

ΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ (ΤΕΙ - Α)

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΙΕΑΣ: ΑΡΧΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ &

ΤΟΜΕΑΣ: ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΜΕΑΣ:

ΠΡΟΪΚΤΗΣ: Κ.ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :ΧΑΡΙΛΑΟΣ Κ. ΚΟΥΤΗΣ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ :Κα ΕΛΠΙΔΑ ΠΑΒΗ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ :Κα Φ. ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ», ΕΣΔΥ – ΤΕΙ -Α

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ**

ΥΠΟ

**ΑΓΓΕΛΟΣ ΒΑΣΜΑΤΖΗΣ**

**ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ *2009*.....

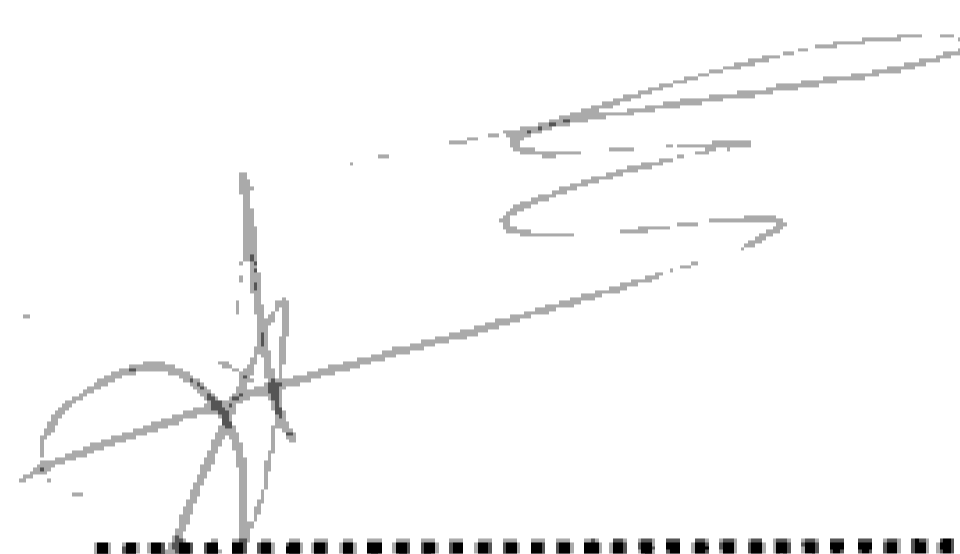
Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

**“ ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ”**

που απονέμει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σε σύμπραξη με το Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής του ΤΕΙ Αθηνών.

Εγκρίθηκε την 14/12/09 από την εξεταστική επιτροπή:


**ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ**



.....  
.....  
Γ. Κούρης  
Καθηγητής



.....  
.....  
Ε. Πάπα  
Επαιτιογία



.....  
.....  
Β. Παπανικολάου  
Επ. Συνεργάτης

**ΒΑΘΜΟΣ:**

**ΑΡΙΣΤΗ:**..... ✓

**ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:**.....

**ΚΑΛΗ:**.....

**ΑΠΟΔΕΚΤΗ:**.....

**«ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΚΑ ΜΟΥ ΛΟΓΙΑ. ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ Η΄ ΜΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΩ ΕΧΩ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΟΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΧΩ ΠΑΡΑΘΕΣΕΙ ΤΙΣ ΠΗΓΕΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ»**

**ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΞΕΩΝ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΝ ΞΕΠΕΡΝΑ ΤΙΣ 50.000 ΛΕΞΕΙΣ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....**



***ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
ΒΥΡΩΝΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΤΟΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ  
ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ Κ. ΑΝΑΡΓΥΡΟ Δ. ΜΑΡΙΟΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΙΣΤΗ  
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ .***

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	1
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	
Περίληψη Γενικού Μέρους.....	2
Περίληψη Ειδικού Μέρους.....	3
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	5
1.2 Τα Κέντρα Υγείας.....	7
1.3 Ιστορική Αναδρομή.....	8
1.4 Σχεδιασμός – Οργάνωση των Κέντρων Υγείας.....	9
1.5 Τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.....	13
1.6 Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου.....	16
1.7 Σύγκριση τη Ελλάδας με άλλα κράτη.....	24
<b>2.Οργάνωση και Λειτουργία του Κ.Υ Βύρωνα</b> .....	<b>28</b>
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1.Σκοπός ,Υλικό και Μέθοδος.....	40
2. Αποτελέσματα.....	44
3.Συζήτηση .....	83
4.Συμπεράσματα-Προτάσεις .....	87
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>95</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	<b>98</b>
Συντμήσεις .....	99
Ερωτηματολόγιο.....	101
Νομοθεσία.....	108

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1.Στοιχειά χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών για το σύνολο της Ελλάδας.....	6
2.Κατανομή των χρηστών αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης.....	44
3.Κατανομή των ερωτηθέντων ανά εκπαίδευση.....	45
4.Κατανομή των χρηστών ανά ασφαλιστικό φορέα.....	46
5.Κατανομή των χρηστών αναλόγως του εισοδήματος.....	47
6.Κατανομή των ερωτηθέντων ανά ηλικία.....	48
7.Κατανομή των ερωτηθέντων εθνικότητα.....	49
8.Κατανομή ανά περιοχή προέλευσης Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας Κ.Υ Βύρωνα .....	50
9.Κατανομή των προτάσεων για καλύτερη κατάσταση.....	60
10.Κατανομή Βαθμού ικανοποίησης ανδρών και γυναικών από το χώρο του Κ Υ.....	62
11.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης ανδρών και γυναικών από τη κατάρτιση των νοσηλευτών /ριών του Κ Υ.....	63
12.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης ανδρών και γυναικών από το χρόνο αναμονής στην αίθουσα.....	65
13.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως της ηλικίας από το χώρο.....	67
14.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως της ηλικίας από τη κατάρτιση των νοσηλευτών/ριών.....	69
15.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως της ηλικίας από το χρόνο στην αίθουσα αναμονής.....	71
16.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως του εισοδήματος κατά την προσέλευση στο Κ. Υ .....	73
17.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης από το χώρο αναλόγως του εισοδήματος.....	74
18.Κατανομή βαθμού ικανοποίησης από τη κατάρτιση των νοσηλευτών αναλόγως του εισοδήματος.....	75
19.Σύνολο χρηστών υπηρεσιών υγείας του Κ.Υ. Βύρωνα .....	76
20.Κατανομή παραπομπών 2004-2009.....	77

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. Ενδεικτικό Προσωπικό Κέντρου Υγείας.....	23
2. Προσωπικό Κ.Υ Βύρωνα .....	42
3. Κατανομή των χρηστών αναλόγως του αριθμού των τέκνων.....	45
4. Προέλευση ανά περιοχή Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας του Κ.Υ Βύρωνα .....	50
5. Βαθμός ικανοποίησης από την προσέλευση προς το ΚΥ .....	51
6. Βαθμός ικανοποίησης από τις υποδομές πρόσβασης, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, προς το Κ.Υ.....	51
7. Βαθμός ικανοποίησης από την ενημέρωση περί εμβολιασμών .....	52
8. Βαθμός ικανοποίησης από την παροχή κατ' οίκο νοσηλείας και φροντίδας .....	53
9. Βαθμός ικανοποίησης από την υποδομή του Κ Υ .....	54
10. Βαθμός ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό .....	55
11. Βαθμός ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό .....	56
12. Βαθμός ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό.....	57
13. Βαθμός ικανοποίησης από απόψεως χρόνου για το ραντεβού, αναμονή στην αίθουσα και το χρόνο εξέτασης.....	58
14 Βαθμός ικανοποίησης από την ενημέρωση των γιατρών σχετικά με τα αποτελέσματα και τη θεραπεία .....	58
15. Βαθμός ικανοποίησης από την αναβάθμιση του ΚΥ .....	58
16. Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ αναλόγως του φύλου.....	60
17. Βαθμός ικανοποίησης από τη WC ανάλογα του φύλου.....	61
18..Βαθμός ικανοποίησης για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών ανάλογα του φύλου.....	63
19. Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ. Υ. αναλόγως της ηλικίας.....	65
20. Βαθμός ικανοποίησης για τη wc αναλόγως της ηλικίας.....	67.
21. Βαθμός ικανοποίησης για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών αναλόγως της ηλικίας.....	69
22. Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ αναλόγως της εκπαίδευσης.....	71
23 Βαθμός ικανοποίησης από το χώρο ανάλογα του εισοδήματος.....	73
24. Συχνότητα παραπομπών 2004-2009.....	76

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΠΦΥ, ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.

Κεντρικό θεσμό για την υλοποίηση των στόχων της Π.Φ.Υ αποτελούν τα κέντρα υγείας (Κ.Υ), που προσδιορίστηκαν σύμφωνα με τους νόμους 1397/1983 & 2071/1992 ως δομές που θα κάλυπταν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Στο πλαίσιο αυτό το Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου είναι μη κερδοσκοπικό ίδρυμα Π.Φ.Υ που ασχολείται με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές οι οποίες θα εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά και επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή υγείας και την προληπτική ιατρική.

Ποια είναι όμως η εξέλιξη των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου στην Ελλάδα 25 χρόνια μετά τον ίδρυση τους ;

Μέχρι σήμερα έχουν ιδρυθεί 8 Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου από τα οποία το ένα δεν λειτουργεί και τα τέσσερα αυτά είναι υπό σύσταση . Το πρόβλημα είναι σημαντικό, καθώς δεν καλύπτουν ούτε το 5% του αστικού πληθυσμού.

Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ουσιαστικά την απουσία μιας ξεκάθαρης άποψης της πολιτείας ως προς τις κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας και τη θέση του ΕΣΥ , στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα . η αδυναμία εφαρμογής μεταρρυθμιστικών προτάσεων οφείλεται επίσης σε παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας.

Αποτελεί πραγματικότητα ότι η αποτυχία σημαντικών μεταρρυθμιστικών σχεδίων στην Ελλάδα σχετίζεται με εγγενείς δυσκολίες στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμά τους σε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και ιστορικές συγκυρίες .Οι μεταρρυθμίσεις πολλές φορές αποτελούν πολιτική υπόθεση η δε εφαρμογή τους βασίζεται σε ατομικές πρωτοβουλίες.

Έστω και με καθυστέρηση πολλών ετών, λειτούργησε το πρώτο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου (Βύρωνα) το 2004.Έξι χρόνια από την έναρξη της λειτουργίας του αποφασίσαμε να διερευνήσουμε κατά πόσο η δράση του Κέντρου υπηρετεί τις αρχές της Π.Φ.Υ .



Συγκεκριμένα η έρευνα αυτή φιλοδοξεί να διερευνήσει την οργάνωση και λειτουργία των κέντρων υγείας αστικού τύπου , εξετάζοντας την ικανοποίηση των ασθενών / χρηστών και τις απόψεις των εργαζομένων, με στόχο την ανάδειξη του ρόλου του θεσμού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα . Ακόμη ,αποσκοπεί να παρουσιάσει προτάσεις σχετικές με την βελτίωση του , ώστε να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες του αστικού πληθυσμού.

Η σημασία αυτής της έρευνας καθίσταται πολύ σημαντική ,γιατί αν και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν δεν θα μπορούν να γενικευτούν , δεδομένων των περιορισμών στους οποίους υπόκειται η εν λόγω έρευνα,(νέος θεσμός, ένα κέντρο υγείας ως αντικείμενο μελέτης), θα αποτελέσουν καταγραφή «τάσης» ,η οποία είναι πιθανόν να λειτουργήσει ως έναυσμα για περαιτέρω έρευνα επί του θέματος, γεγονός που θα αποτελούσε ευχής έργο για την Ελλάδα, λόγω έλλειψης επαρκών δομών στο χώρο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Κεντρικό θεσμό για την υλοποίηση των στόχων της Π.Φ.Υ αποτελούν τα κέντρα υγείας (Κ.Υ), που προσδιορίστηκαν ως δομές που θα κάλυπταν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Ειδικότερα τα Κ.Υ Αστικού Τύπου έχουν σκοπό να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές οι οποίες θα εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά και επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή υγείας και την προληπτική ιατρική.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

Το πρόγραμμα ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, που περιλαμβάνεται στην εισηγητική έκθεση του νόμου 1397/83, προέβλεπε τη δημιουργία 400 κέντρων υγείας (190 στις μη αστικές περιοχές και 210 στις αστικές περιοχές). Ωστόσο συστάθηκαν μόνο 216 κέντρα υγείας. Από αυτά λειτουργούν τα 190 εκ' των οποίων μόνο τα 9 είναι Κ.Υ Αστικού Τύπου. . Το πρόβλημα είναι σημαντικό, καθώς δεν καλύπτουν ούτε το 5% του αστικού πληθυσμού ,την στιγμή που σε άλλες χώρες της Ε.Ε το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 97%.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

**Σκοπός:** Η έρευνα αυτή φιλοδοξεί να διερευνήσει την οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, εξετάζοντας την ικανοποίηση των ασθενών / χρηστών και τις απόψεις των εργαζομένων, με στόχο την ανάδειξη του ρόλου του θεσμού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα. Ακόμη, αποσκοπεί να παρουσιάσει προτάσεις σχετικές με την βελτίωση του, ώστε να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες του αστικού πληθυσμού.

**Υλικό-Μέθοδος ανάλυσης :** Προς επίτευξη του παραπάνω σκοπού καταρτίστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο στο οποίο, πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία, περιέχονταν ερωτήσεις σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης. Το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε ώστε να ανταποκρίνεται στη δομή, λειτουργία και στελέχωση των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου στον ελλαδικό χώρο. Οι προσερχόμενοι χρήστες των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Βύρωνα συμπλήρωναν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο παρουσία του παρόντος ερευνητή. Συνολικά συλλέχτηκαν 252 ερωτηματολόγια από ισάριθμους χρήστες κατά την περίοδο από 8-7-2009 έως 30-9-2009.

Στην περίπτωση του προσωπικού του ΚΥ ΒΥΡΩΝΑ δεν διανεμηθήκαν ερωτηματολόγια λόγω του πολύ μικρού αριθμού των εργαζομένων στις επιμέρους επαγγελματικές ομάδες, γεγονός που καθιστά αδύνατη την στατιστική ανάλυση. Η συνέντευξη ήταν δομημένη αναφορικά με: Τα χαρακτηριστικά της εργασίας (καθήκοντα, υποχρεώσεις, ρόλοι), εκπαιδευτικές και άλλες ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης, εργασιακή ικανοποίηση, προτάσεις για την βελτίωση των παρερχόμενων υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας

**Αποτελέσματα :** Η ικανοποίηση των χρηστών συνδέεται με το επίπεδο εκπαίδευσης, το φύλο, το εισόδημα και βέβαια τον τρόπο και τις συνθήκες διανομής των φροντίδων υγείας. Παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις ο βαθμός ικανοποίησης παραμένει σε υψηλό επίπεδο με  $p < 0,001$ . Το 67% των χρηστών προέρχονται από το δήμο Βύρωνα ενώ καταγράφεται ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της τάξης του 33% χρηστών που προέρχονται από άλλους δήμους. Πολύ σημαντικό εμφανίζεται το ποσοστό 72,5% εκείνων που ζητάνε περισσότερες ιατρικές ειδικότητες. Ένα ποσοστό 11,25% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ εκφράζει την δυσαρέσκεια του σχετικά με την μη συνταγογράφηση φαρμάκων από το Κ.Υ.

Εκφράστηκαν παράπονα από τους ιατρούς, τους επισκέπτες υγείας και τους διοικητικούς, για έλλειψη προσωπικού, θεωρούν ότι το υπάρχον προσωπικό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης του για Πρόληψη –Θεραπεία –Αποκατάσταση. Διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των ΚΥ. Υποχρηματοδότηση του θεσμού από την πολιτεία.

**Συμπεράσματα :** Συνοψίζοντας τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι πως οι δημοσιές υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι απαιτήσεις των χρηστών , η μέτρηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο Υγείας Βύρωνα ,βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα .Ωστόσο εξακολουθούν βέβαια να υπάρχουν προβλήματα υποδομής , οργάνωσης και αποδοτικότητας και άρα και σημαντικά περιθώρια παρεμβάσεων στην λειτουργία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1.1 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Από το 1978 που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) προσδιόρισε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) με την διακήρυξη της *Alma Ata*, έχουν δοθεί πολυάριθμοι ορισμοί της με περιγραφικό ή κανονιστικό περιεχόμενο ανάλογα με τους σκοπούς που εξυπηρετούν. Ο Π.Ο.Υ ορίζει την Π.Φ.Υ «ως την ουσιώδη φροντίδα υγείας που βασίζεται σε εφαρμόσιμες, επιστημονικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, που είναι διαθέσιμη στα άτομα και στις οικογένειες στην κοινότητα και η χώρα μπορεί να αντέξει». (Κυριόπουλος και Συν 1999).

Σε ότι αφορά το περιεχόμενο, «αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Σύστημα Υγείας» και συνιστά βασική προϋπόθεση για μια συνεχιζόμενη φροντίδα για την υγεία. Δεν είναι απλά μόνο το σύνολο των υπηρεσιών και προγραμμάτων της παραδοσιακά αποκαλούμενης ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινοτικής φροντίδας. Η μορφή της εξαρτάται από τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και επιδημιολογικά πρότυπα κάθε χώρας (Κυριόπουλος και Συν 1999).

Με άλλα λόγια ένα οργανωμένο σύστημα Π.Φ.Υ απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Αποτελεί την πύλη εισόδου του πληθυσμού στο σύστημα υγείας και την πρώτη επαφή του με την διεπαγγελματική ομάδα υγείας (Κυριόπουλος και Συν 1999).

Η φροντίδα οφείλει να είναι: προσωπική, διεπαγγελματική, συνεχής, ολιστική, συντονισμένη, εκτενής και προσπελάσιμη (Κυριόπουλος και Συν 1999).

Η Π.Φ.Υ στρέφεται προς την ολιστική προσέγγιση της υγείας και ορίζεται ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που αφορούν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, την παρακολούθηση καθώς και την αποκατάσταση και την επανένταξη των αρρώστων ενός σαφώς οριζομένου πληθυσμού. (Κυριόπουλος και Συν 1999).

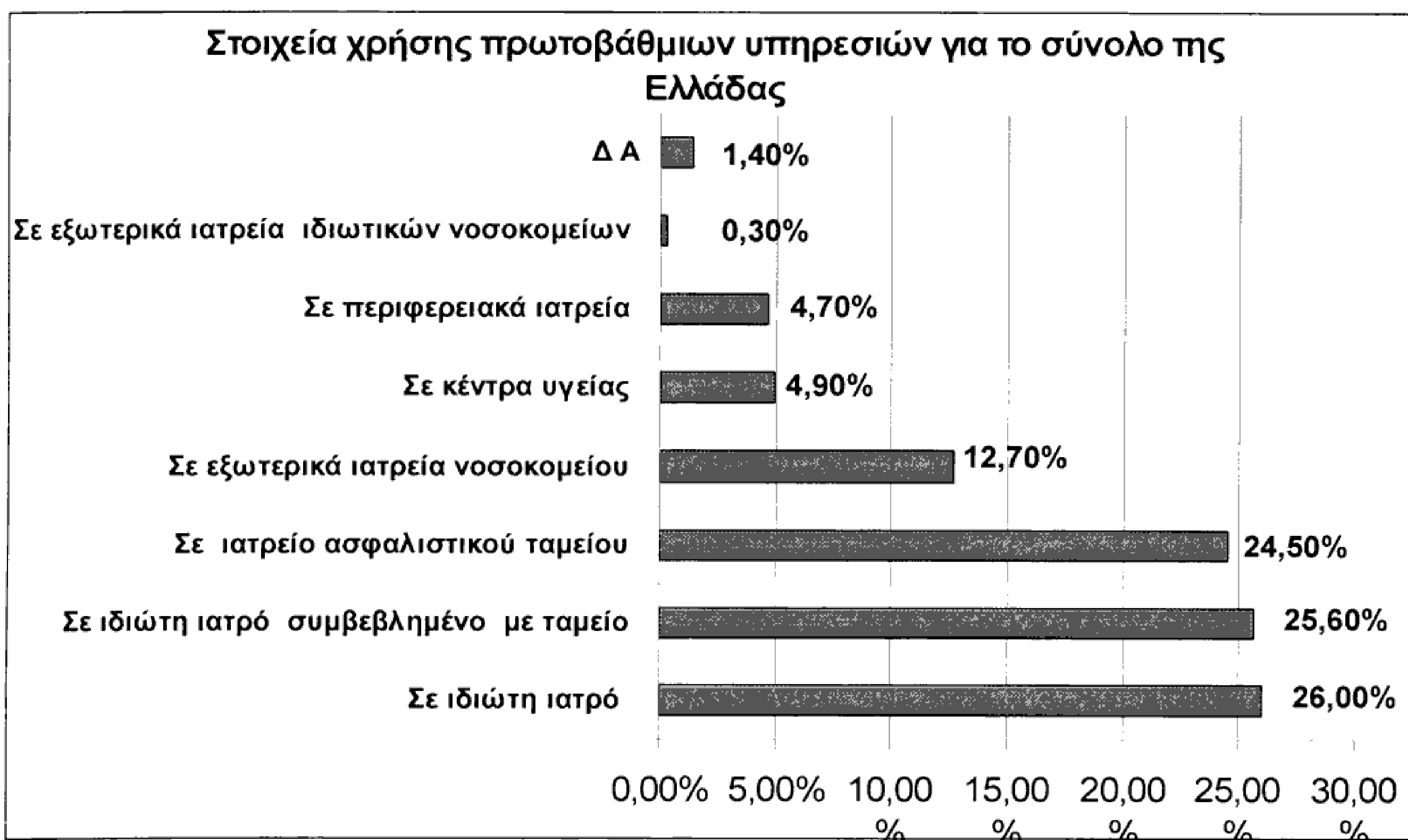
Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας κάθε χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας . (Κυριόπουλος και Συν 1999).

Η Π.Φ.Υ παρέχεται από το Δημόσιο, την τοπική Αυτοδιοίκηση και από ιδιωτικούς φορείς. Στο δημόσιο σύστημα Π.Φ.Υ υπάγονται τα: Κέντρα Υγείας Αστικού και Αγροτικού τύπου (Κυριόπουλος και Συν 1999).

- Διασυνοριακά Κέντρα Υγείας ( Δ.Ι.Κ.Ε.Δ.Υ)
- Περιφερειακά ιατρεία
- Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων
- Πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών
- Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ) συμβεβλημένα με ασφαλιστικά ταμεία
- Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία.

Η Π.Φ.Υ στο δημόσιο τομέα μοιράζεται μεταξύ ενός διπλού συστήματος. Αυτό αποτελείται από τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) και τα ιατρεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α) καθώς και άλλους ασφαλιστικούς φορείς (Κουρέα-Κρεμαστινού Τ(2007)ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ Θεωρία. Πράξη).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:** Στοιχεία χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών για το σύνολο της Ελλάδας



ΠΗΓΗ :Ι.Κ.Π.Ι 2006

## 1.2 Τα Κέντρα Υγείας

Το Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.) είναι μη κερδοσκοπικό ίδρυμα Π.Φ.Υ που ασχολείται με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ολόκληρου του πληθυσμού. Οι πληθυσμοί περιλαμβάνουν και τους άστεγους, τις μειονότητες, τους μετανάστες, τους εποχιακούς εργάτες, τους οροθετικούς, τους ανασφάλιστους κ.τ.λ. (Martin 1986).

Στο πλαίσιο της σύγχρονης αντίληψης περί Π.Φ.Υ οι υπηρεσίες που εξασφαλίζονται μέσω των Κ.Υ στους παραπάνω πληθυσμούς είναι: (Martin 1986).

- α) Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη (διαγνωστική, θεραπευτική, αποκατάστασης).
- β) Προληπτικές υπηρεσίες ( εμβολιασμοί, σχολική και παιδική υγεία, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας ). ( Θεοδώρου Κ. 1996).
- γ) Κοινωνική φροντίδα, περίθαλψη στο σπίτι χρονίων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα ( Θεοδώρου Κ. 1996).

Τα Κ.Υ απασχολούν ειδικούς για την κοινοτική φροντίδα, οικογενειακούς γιατρούς, γενικούς γιατρούς, επισκέπτριες υγείας, κοινοτικές νοσηλεύτριες, μαίες κ.α, οι οποίοι παρέχουν προσιτές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Οι πελάτες τους είναι τα άτομα ξεχωριστά, η οικογένεια και η κοινότητα. Έχουν δε μια σχέση συνεργασίας με την κοινότητα . (Martin 1986).

Η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας συνδράμει αποφασιστικά στην επίτευξη των αποτελεσμάτων που προσδοκούνται από την πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία. Η εξασφάλιση ενός όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση αλλά και των ενεργοποίηση σε δραστηριότητες που αποβλέπουν στην συμμετοχή των κοινωνικών και οικονομικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας, στις διαδικασίες του προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Θεοδώρου και Συν 1996).

Κάθε Κ.Υ σχεδιάστηκε για να καλύπτει όλο το φάσμα της Π.Φ.Υ τα Κ.Υ στην αποστολή τους για παροχή Π.Φ.Υ ασχολούνται με την προσπελασιμότητα, το κόστος και με θέματα ποιότητας. Η προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ από τα Κ.Υ είναι πολύ σημαντική αφού πέτυχαν να αυξήσουν την διαθεσιμότητα και την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, μειώνοντας τις περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες (Θεοδώρου και Συν 1996).

### 1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από τους βασικότερους φορείς Π.Φ.Υ, τα Κ.Υ έχουν εμφανιστεί από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Στην Αγγλία εμφανίζεται για την 1<sup>η</sup> φορά ο θεσμός το Κ.Υ το 1920 κι αργότερα στην Αμερική και την πρώην Σοβιετική Ένωση (Θεοδώρου και Συν.,1996).

Όμως ενώ το Σοβιετικό καθεστώς έδωσε μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη των Κ.Υ, ο ταχέως αναπτυσσόμενος ιδιωτικός τομέας δεν επέτρεψε την ανάπτυξη του θεσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α) και στις άλλες οικονομικές αναπτυγμένες χώρες . (Θεοδώρου και συν.,1996).

Στην Μεγάλη Βρετανία χρειάστηκε να περάσουν 15 χρόνια μετά την αρχική διακήρυξη του 1920 για να λειτουργήσει το 1<sup>ο</sup> Κ.Υ. Το Κ.Υ αυτό στην περιοχή του Λονδίνου, χαρακτηρίστηκε πρότυπο και παρείχε κατά βάση προληπτικές υπηρεσίες υγείας και περιορισμένη θεραπεία.( Laing And Buisson 2001).

Εξωνοσοκομειακά Κ.Υ πρωτοεμφανίστηκαν στην Ευρώπη από τις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα για την περίθαλψη κυρίως των απόρων . .( Laing And Buisson 2001).

Το 1935 λειτουργεί το 1<sup>ο</sup> Κ.Υ στο Λονδίνο. Με την έναρξη λειτουργίας του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) το 1948 προβλεπόταν η λειτουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου Κ.Υ στα οποία θα προσέφεραν τις υπηρεσίες τους γιατροί γενικής ιατρικής, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Τα Κ.Υ παρ' όλα αυτά αναπτύχθηκαν στην δεκαετία του 60 κυρίως λόγω της συνεργασίας των γενικών γιατρών. Στην Αμερική μέχρι την δεκαετία του 60' υπήρχαν ελάχιστα Κ.Υ, τα οποία λειτουργούσαν είτε σαν πανεπιστημιακά κέντρα είτε σαν δημοτικά Κ.Υ. Από την δεκαετία του 70 και μετά λειτούργησαν σαν κοινοτικά κέντρα υγείας υπό τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης .( Laing And Buisson 2001)..

Παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντίδα με σύγχρονο τεχνικό και εργαστηριακό εξοπλισμό και με εξειδικευμένο και πολυπληθές επιστημονικό προσωπικό κατάφεραν να βελτιώσουν θεαματικά τους δείκτες υγείας των φτωχών αστικών πληθυσμών. Στην Γαλλία δημιουργήθηκαν Κ.Υ γενικών ιατρών αλλά χωρίς καμία διοικητική σύνδεση ή εξάρτηση από το Δημόσιο ή το κράτος. Ωστόσο οι αμοιβές των ιατρών καταβάλλονταν από τον Γαλλικό Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. (OECD.2006.)

Όσον αφορά τις Η.Π.Α τα τελευταία 20 χρόνια η ανάπτυξη των Κ.Υ περιορίστηκε και από τη ραγδαία εξάπλωση του θεσμού της οργανωμένης φροντίδας υγείας ( managed

care), που παρέχει πλήρη ιατρική κάλυψη με πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ή συμβεβλημένους ιατρούς .(Wolper 2001)

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι εξελίξεις ήταν διαφορετικές, εξαιτίας των άμεσων και επεκτατικών προβλημάτων υγείας και του περιορισμένου ιατρικού δυναμικού. Το 1926 ιδρύεται στην Κεϋλάνη το 1<sup>ο</sup> Κ.Υ. Οι υπηρεσίες που προσέφερε ήταν σχεδόν αποκλειστικά υπηρεσίες πρόληψης: προληπτικές εξετάσεις για τα παιδιά και τις μητέρες, εμβολιασμοί, υγιεινή του περιβάλλοντος, αγωγή υγείας, περιγεννητική φροντίδα. Μέχρι το 1938 10 Κ.Υ είχαν αναπτυχθεί στην Κεϋλάνη.(Davis K. 1981 )

Το 1931 ο Οργανισμός Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών στην Συνάντηση για την προστασία της υγείας των αγροτικών πληθυσμών διακήρυξε την ανάγκη δημιουργίας αγροτικού Κ.Υ. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο ο θεσμός των Κ.Υ εφαρμόζεται σε ευρεία βάση διεθνώς. Με εξαίρεση την πρώην Σοβιετική Ένωση οι πρώτες χώρες που δημιούργησαν Κ.Υ ήταν οι πρώην βρετανικές αποικίες. . (Davis K. 1981 )

Το 1928 λειτούργησε το 1<sup>ο</sup> Κ.Υ στις Ινδίες με τις εξής λειτουργίες: ιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη, προστασία μητέρας – παιδιού, σχολική υγιεινή, οικογενειακός προγραμματισμός, έλεγχος λοιμωδών νόσων, υγιεινή περιβάλλοντος, αγωγή υγείας, βιοστατιστικές μελέτες. Το προσωπικό αποτελούνταν από 1 γιατρό, 1 νοσηλεύτη δημόσιας υγείας, 1 εκπαιδευτή υγείας, 1 μαία και 1 υγειονολόγο. Την ίδια περίοδο αναπτύσσονται τα πρώτα Κ.Υ στην Αφρική, όπως στην Κένυα. Τα Κ.Υ είχαν μεγάλη απήχηση στην πρώην Σοβιετική Ένωση. Το σοβιετικό Σύστημα Υγείας βασίστηκε σένα εθνικό δίκτυο Κ.Υ που παρείχαν προληπτικές αλλά και θεραπευτικές υπηρεσίες σε στενή συνεργασία με τα τοπικά νοσοκομεία .(Davis K. 1981 ).

#### **1.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο θεσμός των Κ.Υ παρουσιάζει ποικίλες εφαρμογές και σημαντικές διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα ή και στο εσωτερικό κάθε χώρας. Στην τυπική του μορφή ταυτίζεται με παροχή πρωτοβάθμιων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές είναι ή προληπτικές ή θεραπευτικές ή συνυπάρχουν και οι δύο σε ποικίλους σχηματισμούς.

Η στελέχωση των Κ.Υ παρουσιάζει διαφοροποιήσεις όπως ιατρικό προσωπικό που μπορεί να περιλαμβάνει γιατρούς βασικών ειδικοτήτων, γενικούς ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό που μπορεί να περιλαμβάνει νοσηλεύτριες, επισκέπτες υγείας, μαίες, υγειονολόγους. Σε άλλες χώρες το Κ.Υ μπορεί να λειτουργεί κατά βάση με βοηθητικό ή εκπαιδευόμενο επιστημονικό προσωπικό. .(Θεοδώρου Μ, και συν 2005)



Η στελέχωση ποικίλει και ποσοτικά και μπορεί να κυμαίνεται από λίγους επαγγελματίες υγείας μέχρι πολυπληθή ομάδα. Οι διακυμάνσεις αυτές εξαρτώνται από το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης ενός Κ.Υ, το οποίο μπορεί να είναι από λίγες εκατοντάδες μέχρι και 50.000 άτομα. Επίσης, εξαρτώνται από γεωγραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες (συγκοινωνίες, δημογραφία, επιστημονικό δυναμικό), καθώς και από πολιτικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Στις πόλεις, για παράδειγμα, όπου τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία είναι προσιτά, τα Κ.Υ είναι προσανατολισμένα κυρίως στην πρόληψη. Στις αγροτικές όμως περιοχές, όπου οι θεραπευτικές υπηρεσίες σπανίζουν, τα Κ.Υ παρέχουν κατά βάση πρωτοβάθμια θεραπεία. Σε μια φτωχή χώρα με περιορισμένο επιστημονικό προσωπικό δυναμικό και με συντηρητική πολιτική, αγνοείται συχνά η αναγκαιότητα των Κ.Υ ή αναπτύσσονται μερικώς. Αντίθετα σε χώρες με μεγάλη οικονομική ανάπτυξη, με προγραμματισμένη ανάπτυξη ανθρωπίνων πόρων και με κοινωνική πολιτική, τα Κ.Υ είναι οι ουσιαστικοί φορείς Π.Φ.Υ υψηλής ποιότητας. .

.(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Ο σχεδιασμός λοιπόν και η λειτουργία λοιπόν ενός Κ.Υ το πώς θα στελεχωθεί, πως θα συνδέεται με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, ποιες υπηρεσίες θα προσφέρει και πολλά άλλα εξαρτώνται από ιδιαίτερες συνθήκες όπως οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού και οι υπαρκτές δυνατότητες ικανοποίησής τους. .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει οι διαφοροποιήσεις αυτές να ακυρώνουν τον βασικό χαρακτήρα το Κ.Υ το οποίο αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας για την προστασία και προαγωγή της υγείας του τοπικού πληθυσμού

Το Κ.Υ πρέπει να προσφέρει : .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Ατομικές προληπτικές υπηρεσίες, όπως εμβολιασμούς, περιοδικές εξετάσεις, .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

- ❖ συμβουλευτική, προστασία μητέρας – παιδιού και άλλα.
- ❖ Συλλογικά προληπτικά προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού, αντικαπνιστικού αγώνα και άλλα.
- ❖ Κοινοτικά προγράμματα υγείας για την βελτίωση της διατροφής, την προστασία του περιβάλλοντος και άλλα.
- ❖ Αρχική θεραπεία σε κάθε περίπτωση και ολική θεραπεία για τις απλές περιπτώσεις.

- ❖ Πρώτες βοήθειες σε τραυματίες ή σε επείγουσες γενικά περιπτώσεις.
- ❖ (Θεοδώρου Μ, και συν 2005)

Σε αυτές τις λειτουργίες μπορούν να προστεθούν η οδοντιατρική φροντίδα, η ψυχική υγεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η αποκατάσταση αναπήρων ή χρονίων πασχόντων, η επιδημιολογική και βιοστατιστική έρευνα, η χορήγηση φαρμάκων, ειδικευμένες ιατρικές φροντίδες, η νοσηλεία στο σπίτι, ή και η σύντομη νοσηλεία στο Κ.Υ. .(Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ. και συν 2005)

Στα πλαίσια της διερεύνησης του ρόλου των Κ.Υ στην ανάπτυξη των αστικών συστημάτων υγείας ο Π.Ο.Υ όρισε μια ομάδα μελέτης η οποία συναντήθηκε στην Γενεύη τον Δεκέμβριο του 1991. .(Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ. και συν 2005)

Αυτές οι συζητήσεις αποτέλεσαν ένα σημαντικό κύριο σημείο στην ιστορία των προσπαθειών του Π.Ο.Υ υπέρ των φτωχών αστών, λαμβάνοντας υπόψη την κρίσιμη κατάσταση που επικρατεί σε πολλές πόλεις και στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες στον κόσμο. Στόχος ήταν η ανάδειξη του τρόπου με τον οποίο τα Κ.Υ συμβάλλουν στην ανάπτυξη “δίκαιων” αστικών συστημάτων υγείας. .

(Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ. και συν 2005)

Τα αστικά συστήματα υγείας, δηλαδή τα Κ.Υ αστικού τύπου και τα Κ.Υ Αναφοράς, καθόρισαν πληθυσμούς με σαφή διοικητικά και γεωγραφικά όρια.

Ο ρόλος των Κ.Υ αναφοράς δρα ως πηγή αναφοράς για τα υπόλοιπα Κ.Υ αστικού τύπου, ενισχύοντας, υποστηρίζοντας την τοπική Π.Φ.Υ και βελτιώνοντας την προσβασιμότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αφήνοντας τα νοσοκομεία να εξετάζουν τις παραπομπές και τις πιο πολύπλοκες ιατρικές υποθέσεις. Τα Κ.Υ Αναφοράς πρέπει να πραγματοποιήσουν ένα φάσμα προστατευτικών, προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών και αποκατάστασης δραστηριοτήτων. Επίσης οι δράσεις τους περιλαμβάνουν κοινωνική πρόνοια, εκπαίδευση, περιβαλλοντική υγιεινή με στόχο να ανταποκρίνονται στις υποκείμενες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους. .(Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ. και συν 2005)

Η επιλογή του θέματος των Κ.Υ Αστικού τύπου και Αναφοράς από την ομάδα μελέτης του Π.Ο.Υ ήταν μια ιδιαίτερη κρίσιμη καμπή και χαρακτήρισε την αναγνώριση της σπουδαιότητας αυτού του θέματος. .(Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ. και συν 2005)

Η στρατηγική ανάλυσής της στόχευσε στον προσδιορισμό των αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας για την εξέταση της υγείας του αστικού πληθυσμού. .(Θεοδώρου Μ, και συν 2005)

Η στρατηγική ανάλυσης έχει δύο αρχικά στάδια:

1.Την ανάλυση για τις ανάγκες υγείας βασισμένη στην κατανόηση των δημογραφικών στοιχείων, της νοσηρότητας, της διαθέσιμης τεχνολογίας στο πλαίσιο της υπάρχουσας κοινωνικής και πολιτικής κατάστασης, καθορίζοντας με αυτόν τον τρόπο τα σημαντικότερα προβλήματα, έτσι ώστε με επιλογή κατάλληλων στρατηγικών, πολιτικών και αντικειμένων να φτάσει στο στάδιο αξιολόγησης των αναγκών υγείας.

(Θεοδώρου Μ, και συν 2005)

2.Η Δημόσια Υγεία θέτοντας όραμα – σκοπό –στόχο, καθορίζει τα σημαντικότερα θέματα και χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες πηγές, πληροφορίες, έρευνες καταλήγει στις αναγκαίες στρατηγικές – πολιτικές για την αξιολόγηση των αναγκών υγείας. .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Σημαντικό στάδιο λειτουργίας ενός Κ.Υ είναι η συνεχής αξιολόγηση καθώς με αυτόν τον τρόπο εκτιμάται η λειτουργία και η οργάνωση του Κ.Υ, η επισήμανση προβλημάτων ή ελλείψεων, η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά την ισότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ποιότητα. .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση. .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους. .(Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά την λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας ( νοσοκομεία, εργαστήρια) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. .(Θεοδώρου Μ, και συν 2005)

Σε όλες τις περιπτώσεις η ποιότητα στη υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των “ πελατών” των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς , οι συγγενείς , οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος. Επίσης οι

εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται “εσωτερικοί πελάτες” των υπηρεσιών. (Θεοδώρου Μ και συν 2005)

Από τα προγράμματα αξιολόγησης προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα όπως για παράδειγμα τα κοινοτικά Κ.Υ στις υποβαθμισμένες περιοχές των μεγαλουπόλεων των ΗΠΑ οδήγησαν σε μείωση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας . ( Τούντας 2008).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ύπαρξη ενός Κ.Υ γενικά συνεισφέρει στην αναβάθμιση της περιοχής προωθεί σημαντικά την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας, αυξάνει τις επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο, δίνει την δυνατότητα στους πολίτες για ενεργό συμμετοχή σε θέματα που αφορούν την υγεία τους. Όλα αυτά συντελούν στην μείωση της σύγχρονης νοσηρότητας που είναι στενά συνδεδεμένη με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με πτυχές του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος ( Τούντας 2008).

## **1.5 ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Κεντρικό θεσμό για την υλοποίηση των στόχων της Π.Φ.Υ αποτέλεσαν τα Κ.Υ, που προσδιορίστηκαν ως δομές που θα κάλυπταν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το πρόγραμμα ανάπτυξης Π.Φ.Υ προέβλεπε την ίδρυση 400 Κ.Υ, 190 στις αστικές περιοχές και 210 στις μη αστικές. Προτεραιότητα δόθηκε στις μη αστικές περιοχές προκειμένου να εξαλειφθούν οι ανισότητες ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την υπόλοιπη Ελλάδα. Τα Κ.Υ ιδρύθηκαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με άμεση σύνδεση με αυτά. Για την χωροθέτηση λαμβάνονταν υπόψη πληθυσμιακά, δημογραφικά και γεωγραφικά δεδομένα αλλά και δεδομένα κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. (Υπουργός Αυγερινός Π , Υπουργός Γεννηματάς Γ 1983)

Με τον Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλες Διατάξεις» θεσπίστηκε η λειτουργία του Ε.Σ.Υ έχοντας ως φιλοσοφία την αρχή της καθολικότητας, της ισοτιμίας με έμφαση στην Π.Φ.Υ. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ήταν:

- ❖ η δημιουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ)
- ❖ η μετατροπή των Ν.Π.Ι.Δ σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ)
- ❖ η ίδρυση Κ.Υ αστικού και μη αστικού τύπου και περιφεριακών ιατρείων ως δομών Π.Φ.Υ (Νόμος 1397/83).

Τα Κ.Υ σήμερα ανέρχονται σε 214 εκ των οποίων τα 7 δεν λειτουργούν. Επίσης υπάρχουν 8 Κ.Υ αστικού τύπου από τα οποία το 1 δεν λειτουργεί, και 4 από αυτά είναι υπό σύσταση (Κρεμαστινού 2008).

Ο σκοπός των Κ.Υ όπως ορίστηκε στον Νόμο 1397/83 ήταν:

1. Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης της περιοχής τους και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή.
2. Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο ανάρρωσης ή και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
3. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις μέχρι την στιγμή της διακομιδής των αρρώστων στο νοσοκομείο.
4. Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις στο Κ.Υ ή στο νοσοκομείο.
5. Η οδοντιατρική περίθαλψη.
6. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
7. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής καθώς και η υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού.
8. Η ιατρική της εργασίας.
9. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
10. Η ενημέρωση για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
11. Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας .
12. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
13. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους. ( Νόμο 1397/83)

Συνεπώς τα Κ.Υ σχεδιάστηκαν να διαθέτουν τους χώρους και τον εξοπλισμό για να καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ, δηλαδή την διάγνωση, θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, βραχεία νοσηλεία και οδοντιατρική φροντίδα. Εξοπλίστηκαν κατάλληλα και απέκτησαν οργανισμό που ορίζει την στελέχωσή τους και το ακριβές αντικείμενο εργασίας του κάθε επαγγελματία υγείας (Θεοδώρου και συν 1997).

Ως βασικές ιατρικές ειδικότητες των Κ.Υ αστικού τύπου προβλέπονταν της γενικής ιατρικής ή παθολογικής, της παιδιατρικής, της μικροβιολογίας, της ακτινολογίας, της οδοντιατρικής και οι οικογενειακοί ιατροί, καθώς και ειδικότητες των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων. Οι γιατροί των Κ.Υ είναι γιατροί του Ε.Σ.Υ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. (Θεοδώρου και συν 1997).

Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονταν τους αρρώστους στο Κ.Υ ή στο περιφερειακό ιατρείο ή σε ειδικές περιπτώσεις επισκέπτονταν τον άρρωστο στην οικία του. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει στην ευθύνη του 1800 άτομα και μπορεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα έως 2500 άτομα και λαμβάνει ειδικό επίδομα εάν υπηρετεί σε «άγονη και προβληματική» περιοχή ( Νόμος 1397/83).

Οι οικογενειακοί παιδίατροι έχουν την ιατρική φροντίδα 1200 έως 2000 παιδιών. Το ωράριο λειτουργίας Κ.Υ αστικού τύπου ορίζεται με υπουργική απόφαση ενώ για τις ημέρες και ώρες που δεν λειτουργεί το Κ.Υ ορίζεται από τον Συντονιστή του οικογενειακού ιατρού που εφημερεύει. Οι υπηρεσίες υγείας θα παρέχονται σε όλους τους προσερχόμενους δωρεάν. Έτσι κανένα τίμημα δεν καταβάλλεται από τους ασθενείς ούτε τους ασφαλιστικούς φορείς. Τα Κ.Υ χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω των νοσοκομείων. ( Νόμος 1397/83).

Από το 1983 έως το 1986 ανεγέρθηκαν 170 Κ.Υ τα οποία λειτούργησαν άμεσα. Τα επόμενα 5 χρόνια παρατηρήθηκαν ελλείψεις στελέχωσης ( ιατρικής – νοσηλευτικής - διοικητικής), αδυναμίες οργανωτικές και διοικητικές, χρηματοδοτικές αδυναμίες καθώς ο κρατικός προϋπολογισμός αδυνατούσε να καλύψει τα λειτουργικά έξοδα των Κ.Υ. Το σύστημα άρχισε να μετασχηματίζεται σε νοσοκομειοκεντρικό και το Κ.Υ άρχισε σταδιακά να υποβαθμίζεται. Αυτό άρχισε να γίνεται αντιληπτό από το 1992 (Τούντας 2008).

Ακολούθησε το 2001 ο Νόμος 2889/01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ» με τον οποίο τα Κ.Υ μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες των αντίστοιχων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ) σκοπός των οποίων ήταν η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας. Δημιουργούνται 17 Π.Ε.Σ.Υ με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια περίθαλψη την Νοσοκομειακή περίθαλψη, την μετανοσοκομειακή φροντίδα και αποκατάσταση, την κατ' οίκον νοσηλεία, την ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Νόμος 2889/01).

Αυτή η προσπάθεια αποτέλεσε σημαντικό βήμα προς τον εξορθολογισμό της λειτουργίας των δομών της Π.Φ.Υ. (Νόμος 2889/01 ,Ζηλίδης 2005).

Το 2004 με τον Νόμο 3235/04 παρέχεται το σύγχρονο πλαίσιο ανάπτυξης της Π.Φ.Υ επιδιώκοντας την συνεργασία και την συνύπαρξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ και προωθείται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε (Νόμος 3235/04).

Το 2005 με τον Νόμο 3329/05 «Ε.Σ.Υ και Κ.Α και λοιπές διατάξεις» καταργούνται τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) και συστήνονται διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών σε έδρα κάθε μίας Υγειονομική Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Σκοπός των ΔΥΠΕ μεταξύ των άλλων είναι και η λειτουργία όλων των φορέων παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνεπώς και των Κ.Υ. (Νόμος 3329/05).

Ενώ το 2007 ψηφίστηκε ο Νόμος 3527/07 όπου σκοπός των ΔΥΠΕ είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας και η πρωτοβάθμια περίθαλψη ( Νόμος 3527/07).

Το πρώτο Κ.Υ αστικού τύπου λειτούργησε στο Δήμο Βύρωνα το 2004, ανέπτυξε πλούσια δραστηριότητα και είχε μεγάλη προσφορά στην τοπικά κοινωνία.

## **1.6 ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ**

Τα Κ.Υ αστικού τύπου έχουν σκοπό να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές οι οποίες θα εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά και επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή υγείας και την προληπτική ιατρική. ( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

Η λειτουργία των Κ.Υ σε αστικές περιοχές καλύπτει πληθυσμό περίπου 100.000 κατοίκων και αποτελεί μεγάλη ανάσα για τα νοσοκομεία, καθώς συμβάλλει στην αποσυμφόρησή τους, μειώνοντας σημαντικά τον όγκο εργασίας, σε επίπεδο τόσο επειγόντων περιστατικών όσο και τακτικών ιατρείων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει αφενός τα νοσοκομεία και αφετέρου τους ασθενείς, αφού η πρόσβαση στο Κ.Υ είναι ευκολότερη και η εξυπηρέτηση ταχύτερη και αποτελεσματικότερη. (Νόμος 1397/83, Ζηλίδης 1995).

Προκειμένου να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, τα Αστικά Κ.Υ πρέπει να πληρούν τις εξής τρεις κατηγορίες προδιαγραφών:

- Πολεοδομικές
- Κτιριολογικές - Κτιριοδομικές
- Λειτουργικές

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

## **ΠΟΛΕΟΔΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ**

Οι πολεοδομικές προδιαγραφές διαμορφώνονται από μία σειρά κριτηρίων όπως δημογραφικά, συγκοινωνιακά, κοινωνικοοικονομικά, περιβαλλοντικά, επιδημιολογικά και άλλα , τα οποία αποδίδουν την εικόνα των διοικητικών ενοτήτων ενός πολεοδομικού συγκροτήματος, στα όρια του οποίου θα γίνει η χωροθέτηση μιας Μονάδας Υγείας. ( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

## **ΚΤΙΡΙΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΚΤΙΡΙΟΔΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ**

Οι κτιριολογικές- κτιριοδομικές προδιαγραφές καθορίζονται από κριτήρια αναφορικά με την περιγραφή των απαιτούμενων χώρων όπως του αναγκαίου εξοπλισμού και ενός ενδεικτικού προϋπολογισμού για το κόστος κατασκευής και προμήθειας του εξοπλισμού. Σύμφωνα με το κτιριολογικό πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας ένα αστικό Κ.Υ πρέπει να περιλαμβάνει: ( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

- Εξεταστήρια (χώροι εξετάσεις των ασθενών ανά ιατρική ειδικότητα, καθώς και γραφεία ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, χώρους υποδοχής – αναμονής ανά εξεταστήριο)
- Τμήμα Α΄ Βοηθειών - βραχείας νοσηλείας
- Εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό)
- Χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (γραφείο κοινωνικού λειτουργού, υποδοχή επισκεπτών, γραφεία προσωπικού, γραφεία συναντήσεων ή συνεντεύξεων)
- Χώρους εξυπηρέτησης κοινού και προσωπικού
- Χώρους συναφών επαγγελμάτων ( γραφείο διαιτολόγου, επόπτη δημόσιας υγείας, φυσιοθεραπευτή, αίθουσα φυσιοθεραπείας-υδροθεραπείας, αποδυτήρια)
- Χώρους διοίκησης
- Χώρους λοιπού προσωπικού (γραφείο τεχνικών-συντηρητών, θυρωρού, προσωπικού καθαριότητας)
- Βοηθητικούς χώρους (αποθήκες γενικές-αναλώσιμων ιατρικών μηχανημάτων, χώροι ιματισμού, λεβητοστάσιο, φαρμακείο, χώρος πυρόσβεσης)

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)



## **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ**

Οι λειτουργικές προδιαγραφές απαρτίζονται από ένα σύνολο κριτηρίων που σχετίζονται με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μια μονάδα υγείας, την λειτουργική και την διοικητική της οργάνωση, τις ειδικότητες και τον αριθμό του απαιτούμενου προσωπικού για την στελέχωσή της.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **1.**

### **2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Τα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών πρέπει το σύνολο υπηρεσιών τους να καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα.

Αναλυτικότερα οι υπηρεσίες είναι:

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

#### **A) Πρόληψη**

Υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού και συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας, υγεία στον χώρο εργασίας, έγκαιρη διάγνωση, σχολική υγιεινή (εμβολιασμοί, έλεγχος όρασης ακοής, οδοντιατρικός έλεγχος και άλλα).

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

#### **B) Διάγνωση και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**

Συνέντευξη - κλινική εξέταση - διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, τόσο από οικογενειακούς-προσωπικούς ιατρούς όσο και από ιατρούς ειδικοτήτων.

Εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικό, ακτινολογικό και άλλα).

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **Γ) Α΄ Βοήθειες**

Μικροεπεμβάσεις , προετοιμασία του ασθενή για διακομιδή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα. ( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **Δ) Φυσική Ιατρική- Αποκατάσταση**

Ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας από το παρελθόν προσαρμοσμένες στη σύγχρονη τεχνολογία ( υδροθεραπεία), ασκήσεις φυσιοθεραπείας. ( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **Ε) Οικογενειακή Ιατρική με εφαρμογές Πληροφορικής**

Εκπαίδευση απομονωμένων ιατρών μέσω διαδικτύου, δημιουργία αρχείου ιατρικών ιστορικών, εφαρμογή λογισμικού σχετικά με την ορθή επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ιατρό, κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας, χρήση εφαρμογών όπως τηλεδιάσκεψη, τηλεματική.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **ΣΤ) Εκπαίδευση Ιατρών και λοιπού Προσωπικού**

Ανάπτυξη ενός θέματος από ένα ιατρό ή από ειδικούς ομιλητές και πραγματοποίηση συζήτησης, επιστημονικές προβολές από φαρμακευτικές εταιρείες.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή παρακολούθηση ασθενών στο στάδιο της ανάρρωσης. Θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά. ( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντίληψη, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα και άλλα. Κοινωνική φροντίδα των νέων.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Παροχή φαρμάκων, νοσηλεία στο σπίτι, προστασία μητρότητας, παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού, διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού, οργάνωση τράπεζας αίματος, τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

### **ΔΟΙΗΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων, γραφείο πληροφοριών και προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών – ασθενών.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

## 2. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Το οργανωτικό σχήμα των Κ.Υ αστικών περιοχών πρέπει να λάβει υπόψη του κάποιες παραμέτρους, για την σχεδίαση της δομής όπως την ευελιξία της οργάνωσης και διοίκησης, το δημόσιο χαρακτήρα, τον σαφή καθορισμό αρμοδιοτήτων και καθηκόντων των Διευθύνσεων και Τμημάτων της Κεντρικής Διοίκησης, την αποκέντρωση λήψης αποφάσεων, την διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και πληροφόρησης, αξιοποίηση και ορθολογική κατανομή ανθρώπινου δυναμικού, χρησιμοποίηση υφιστάμενων πόρων, λειτουργία του κέντρου με βάση τα διεθνή πρότυπα. ( Νόμος 1397/83)

Οι βασικές συνιστώσες της οργάνωσης ενός Κ.Υ αστικού τύπου είναι στο επίπεδο διοίκησης που αποτελείται από τον Διευθυντή ο οποίος δεν ασκεί ιατρικά καθήκοντα αλλά έχει διοικητικές αρμοδιότητες, ενώ προΐσταται επίσης και της Διεύθυνσης Ιατρικών Υπηρεσιών. Αναγκαίος ορισμός είναι του Αναπληρωτή Διευθυντή. Στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών , ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και πλαισιώνεται από ιατρούς ειδικότητας, νοσηλευτικό προσωπικό και κοινωνικούς λειτουργούς (Νόμος 1397/83)

Επίσης διασφαλίζει την συνέχεια της φροντίδας και διαχειρίζεται την αγωγή – προαγωγή της υγείας, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την προληπτική ιατρική. Προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες όπως κατ' οίκον νοσηλεία, Α' βοήθειες, συμβουλευτική είναι αναγκαία η ύπαρξη νοσηλευτικού ,παραϊατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού. Ιδιαίτερη έμφαση χρειάζεται να δοθεί στην εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

( Νόμος 1397/83, Νόμος 3235/04)

Στο Μέτρο 1.1 που αφορά την ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ.Υ στην χώρα μας, έχουν ενταχθεί οκτώ κτιριακά έργα που αφορούν νέα Αστικά Κ.Υ τα οποία δημιουργούνται στην Αττική και στην Θεσσαλονίκη: ( Νόμος 3235/04 )

Νέα Κ.Υ Αστικού Τύπου.

Κ.Υ Αχαρνών

Καλυβίων

Περιστερίου  
Κερατσινίου Αττικής.  
Κ.Υ Οδού Φράγκων  
Ευόσμου Θεσσαλονίκης.  
Κ.Υ Καλλικράτειας  
Κ.Υ Καμένων Βούρλων  
Δύο αναβαθμιζόμενα Κ.Υ  
το Κ.Υ Μαρκόπουλου  
Νέας Μάκρης Αττικής.  
Νέα Κ.Υ  
Κ.Υ Μαυροθάλασσας Σερρών  
Κ.Υ Αβδήρων  
Κ.Υ Καρπάθου.

Ένα πρότυπο Κ.Υ αστικού τύπου είναι των Καλυβίων «Χριστίνα Σπυράκη» που λειτουργεί επίσημα από τις 4 Απριλίου 2006. Καλύπτει τις περιοχές Καλυβίων, Σαρωνίδας, Λαγονησίου, Π. Φωκαίας και της Αναβύσσου. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο διευθυντής κύριος Δημήτρης Γαρούφαλλος, το πρώτο εξάμηνο έναρξής του έχουν εξεταστεί 2.079 επείγοντα περιστατικά ενώ ο αριθμός των τακτικών περιστατικών ξεπερνά τις 12.500 επισκέψεις. Έχουν δεχθεί 1.351 άτομα ακτινολογικό έλεγχο και υπερηχογραφικό έλεγχο καρδιάς 167. Το μικροβιολογικό εργαστήριο έχει εξυπηρετήσει πάνω από 1.750 τακτικά περιστατικά. Επίσης έχει οργανωθεί πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιαστική κάλυψη παιδιών και πραγματοποιήθηκε ειδικό πρόγραμμα ελέγχου οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και ειδικός έλεγχος άσθματος. Εφαρμόζει επίσης ετήσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με στόχο την ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού( Ιατρικό Βήμα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2006).

Σήμερα στο Κ.Υ Καλυβίων λειτουργούν σε πρωινό - απογευματινό ωράριο 4 Ιατρεία γενικής Ιατρικής, 1 Μαιευτικό- Γυναικολογικό, 1 Ορθοπαιδικό, 1 Καρδιολογικό, 1 Παιδιατρικό, 1 ΩΡΛ, 1 Πνευμονολογικό, 1 Οδοντιατρικό και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Το Κ.Υ Καλυβίων εφημερεύει σε εβδομαδιαία βάση μέχρι τις 10:00 μ.μ  
Το Κ.Υ Βύρωνα με διευθυντή τον κύριο Ανάργυρο Μαριόλη, επίσης είναι πρότυπο Κ.Υ αστικού τύπου στην χώρα μας. Πραγματοποιεί μεγάλο κλινικό έργο όπως διαχείριση χρόνιων νοσημάτων της κοινότητας, διάγνωση- αντιμετώπιση και παρακολούθηση συμπτωμάτων, διαχείριση μείζονων παραγόντων κινδύνου, παροχή φροντίδας στον ασθενή, παροχή προληπτικής ιατρικής και προαγωγή υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία, αρχείο

ασθενών με ατομικό φάκελο για την καλύτερη προαγωγή υγείας της κοινότητας, εμβολιασμοί, προσυμπτωματικός έλεγχος, οικογενειακός προγραμματισμός, αγωγή υγείας σε σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, έλεγχος περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, επιδημιολογικές έρευνες στον πληθυσμό ευθύνης. Επίσης αξιόλογο είναι το εκπαιδευτικό και επιστημονικό του έργο. (Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

<b>ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>
<b>ΙΑΤΡΙΚΟ</b>	Γενική Ιατρική ή Παθολογία	10
	Παιδιατρική	2
	Οδοντιατρική	8
	Βιοπαθολογία	1
	Ακτινοδιαγνωστική	1
	Κυτταρολογία	1
	Γυναικολογία	1
	Ωτορινολαρυγγολογία	1
	Οφθαλμιατρική	1
	Γενική Χειρουργική	1
	Ψυχιατρική	1
	Καρδιολογία	1
	Ορθοπαιδική	1
	Δερματολογία	1
	Πνευμονολογία	1
	Νευρολογία	1
	Ουρολογία	1
	Γαστρεντερολογία	1
	Ενδοκρινολογία	1
	Ρευματολογία	1
Αλλεργιολογία	1	
Κοινωνική Ιατρική	1	
Φυσική Ιατρική	1	
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ</b>	Νοσηλευτική (Π.Ε. και Τ.Ε.)	20
	Μαιευτική	
	Βοηθοί νοσηλευτές	6
<b>ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	Επισκέπτες υγείας (Τ.Ε.)	20
<b>ΣΥΝΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ</b>	Κοινωνική Λειτουργός	6
	Διαιτολογία	1
	Επόπτης Δημόσιας Υγείας	2
	Φυσιοθεραπεία	4
	Τεχνολόγος Ακτινολόγος	1
	Τεχνολόγος Ιατρικών εργαστηρίων	1
	Οδοντοτεχνίτης	7
	Βοηθοί Τραυματιοφορείς	
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>	Γραμματεία Ιατρικής Υπηρεσίας	8
	Γραμματεία Γραφείου	2
	Πληροφοριών	5
	Υπηρεσία Οικονομικής Διαχείρισης.	1
		2
	Πληροφορικής (Τ.Ε.)	2
	Χειριστής Η/Υ	3

	Τεχνικός / Συντηρητής Θυρωρός/Κλητήρας Τραπεζοκόμος Καθαριότητας	1 6
--	---	--------

ΠΗΓΗ : Δανδουλάκης, Μιχαήλ Π. Ιατρικό Βήμα, τ. -, τχ. 94, 2004, σ. 72-74

### 1.7 Σύγκριση Ελλάδας με άλλα κράτη

Στην **Ελλάδα** υπάρχει διεύθυνση ΠΦΥ ,λειτουργούν 9 Κ.Υ.Α.Τ και καλύπτουν μόλις το 5% του αστικού πληθυσμού . Τα κέντρα υγείας στελεχώνονται κυρίως με γενικούς ιατρούς –νοσηλευτές –επισκέπτες υγείας –διοικητικούς .Τα Κ.Υ.Α.Τ είναι δημόσιου χαρακτήρα. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων χωρίς να είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους ιατρό. (Τούντας Ι, 2008)

Στην **Μεγάλη Βρετανία** η ΠΦΥ παρέχεται από το NHS εδώ και πολλά χρόνια και στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών ιατρών . Οι γενικοί ιατροί , που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του 97% του πληθυσμού , είναι ιδιώτες ιατροί που εργάζονται , κατά κανόνα , στα ιδιωτικά τους ιατρεία , ή σπανιότερα σε ομαδική βάση. Τα Κέντρα Υγείας περισσότερο με την μορφή πολυιατρίων απλώνονται σε όλη τη Μεγάλη Βρετανία παρέχοντας προληπτικές και θεραπευτικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και εξυπηρετούν πληθυσμούς που δεν ξεπερνούν τους 10000 κατοίκους ανά Κ.Υ. Οι ασθενείς που επισκέπτονται τα ιατρεία των νοσοκομείων είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους ιατρό.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι οργανωμένη σε περιοχές ευθύνης ( primary care districts). Κάθε περιοχή έχει ένα ή περισσότερα Κ.Υ και ένα “nursing home” . Στα Κ.Υ στελεχώνονται κυρίως από γενικούς ιατρούς αλλά και από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων παρέχουν θεραπεία, συμβουλές και πρόληψη. Στην Σουηδία υπάρχουν 1200 Κ.Υ κάθε ένα παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10000-50000 ατόμων. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων χωρίς να είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους ιατρό. (Wolper 2001)

Στην **Ισπανία** ο θεσμός δεν είναι τόσο ανεπτυγμένος όσο στις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ωστόσο το νέο σύστημα καλύπτει ήδη το 50% του πληθυσμού. Η ΠΦΥ στελεχώνεται από γενικούς ιατρούς, παιδίατρους και

νοσηλευτές εργάζονται σε δημόσια Κ.Υ ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων κατά γεωγραφική περιοχή, ως Ομάδα Π.Φ.Υ, με πλήρη απασχόληση, 6 ώρες ημερησίως, αμείβονται με μισθό (κλιμακωτά) και είναι υπεύθυνοι για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. (Holland W, Mossialos E 1999)

Στην **Γερμανία** η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες ιατρούς. Το 75% έχει δικό του ιατρείο ενώ το 25% συνεργάζεται με άλλους ιατρούς. Το 5% των ιδιωτών ιατρών έχει δικαίωμα να περιθάλλει τους ασθενείς του σε νοσοκομείο. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα τον γενικό ιατρό από κατάλογο συμβεβλημένοι με το ταμείο του, ενώ έχει ελεύθερη πρόσβαση στους ιατρούς ειδικοτήτων (OECD. 2006)

Στην **Πορτογαλία** στο νέο ολοκληρωμένο σύστημα κάθε Κ.Υ διοικείται από ένα γιατρό (δημόσιας υγείας ή γενικό γιατρό) με αρμοδιότητες και στην υγεία και στην οικογενειακή ιατρική. Κάθε Κέντρο Υγείας εξυπηρετεί 25.000-30.000 κατοίκους. (OECD. 2006)

Οι γιατροί ειδικοτήτων, που παλαιότερα προσέφεραν υπηρεσίες στα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών δύο περίπου ώρες ημερησίως, αντικαθίστανται σταδιακά από ειδικευμένους γενικούς γιατρούς με πλήρη καθημερινή απασχόληση, οι οποίοι αμείβονται με μισθό και επιπλέον επιδόματα για τις αγροτικές περιοχές καθώς και ένα μικρό ποσό κατά κεφαλή εγγεγραμμένου πολίτη. Εξετάζουν 4 ασθενείς την ώρα, ενώ οι αναγκαίες εργαστηριακές εξετάσεις παρέχονται από το Κ.Υ, όπως και όλες οι δραστηριότητες προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας. Οι ασθενείς όμως μπορούν να χρησιμοποιηθούν ελεύθερα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. (OECD. 2006)

Στην **Γαλλία** η ΠΦΥ παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα τον γενικό ιατρό, ενώ έχει δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους ιατρούς. (OECD. 2006)

Στις **Η.Π.Α** ένα Κ.Υ αστικού τύπου καλύπτει πληθυσμό περίπου 15.000 άτομα. Το επανδρώνουν 6 παθολόγοι, 4 νοσηλευτές, 1 μαία, 1 νοσοκόμα, 1 βοηθός παθολόγου, 5 οδοντίατροι, 5 κοινωνικοί λειτουργοί, 1 ψυχίατρος, 1 διατροφολόγος, 4 έως 5 εργαζόμενοι κοινότητας στον ιατρικό κλάδο. Ωστόσο η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες ιατρούς στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται με αυξανόμενο ρυθμό κέντρα υγείας, ειδικά κέντρα, χειρουργεία και κλινικές ημέρας, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κ.α. (Wolper 2001)

Στην **Cali Colombia** ένα Κ.Υ αστικού τύπου καλύπτει πληθυσμό περίπου 60.000-90.000 άτομα. Εργάζονται 4-5 ιατροί παθολόγοι, 1-2 παιδίατροι, 1 γυναικολόγος, 3-6 νοσηλευτές, 3 οδοντίατροι, 12-20 βοηθητικές νοσοκόμες, 8-12 υποστηρικτές υγείας. (WHO /<http://www.who.int/en/>)

Στην **Ινδονησία** ένα Κ.Υ αστικού τύπου καλύπτει πάνω από 30.000 πληθυσμό. Περιλαμβάνει 1-2 ιατρούς διευθυντές, 1 οδοντίατρο, 12 μαίες - νοσηλεύτριες, 1 νοσοκόμο οδοντίατρο, 1 βοηθό φαρμάκου, 1 τεχνικό εργαστηρίου, 2 διοικητές, 1 οδηγό. . WHO /<http://www.who.int/en/>)



Στην **Μογγολία** έως το 1990 οι κλινικές της περιοχές από τους ειδικούς ιατρούς παρείχαν όλη την φροντίδα. Η αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών το 1991, εκμεταλλεύτηκε τις αρχικές κλινικές της περιοχής και ίδρυση τα Κ.Υ της πόλης τα aimag και τα somon. Τα Κ.Υ είναι προσανατολισμένα προς την προώθηση υγείας και πρόληψη ασθενειών. Σε ένα υψηλότερο επίπεδο τα νοσοκομεία με τους ειδικούς γιατρούς επικεντρώνονται στην θεραπεία και αποκατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης. . WHO /<http://www.who.int/en/>)

Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, που λειτουργούν αυτήν την περίοδο στην Μογγολία.

1..Η Πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα που επανδρώνονται οι θέσεις από ένα μεσαίο επίπεδο εργαζομένων στον ιατρικό κλάδο και μία μαία και εξυπηρετεί πληθυσμό 300-500. . WHO /<http://www.who.int/en/>)

2.Η θέση υγείας somon τα οποία καλύπτουν πληθυσμό περίπου 3000-6000. . WHO /<http://www.who.int/en/>)

3. Η Δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα τα aimag που αποτελούνται από τους οικογενειακούς γιατρούς. Υποστηρίζονται από τα νοσοκομεία ( 200 – 400 κρεβάτια) και από αρκετούς ειδικούς ιατρούς. WHO /<http://www.who.int/en/>)

4.Το ανώτατο επίπεδο ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στα Γενικά Νοσοκομεία , τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην πρωτεύουσα της πόλης. Η πόλη έχει πολλά Κ.Υ αστικού τύπου τα οποία διοικούνται από τους οικογενειακούς γιατρούς. .( WHO /<http://www.who.int/en/>)

Στην **Manila**. Το τμήμα υγείας της είναι η κύρια αρμόδια αρχή για την προστασία της υγείας στην πόλη και είναι δεσμευμένο σε μία πρωτοβάθμια προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν 44 Κ.Υ αστικού τύπου τα οποία είναι διανεμόνται στρατηγικά σε 6 περιοχές. Το σύστημα υγείας είναι καλά δομημένο έτσι ώστε υπάρχουν τρία επίπεδα φροντίδας υγείας. Υποστηρίζοντας την Π.Φ.Υ που παραδίδεται από τα περιφερειακά Κ.Υ, τα δύο Κ.Υ Αναφοράς, γνωστά ως νοσοκομεία μισής απόστασης, που το κα΄ένα έχει 10 κρεβάτια και παραλαμβάνει διακομιδές από τα 18 περιφερειακά Κ.Υ. Έξι τέτοια Κ.Υ Αναφοράς προβλέθηκαν αλλά λόγω δημοσιονομικών περιορισμών μόνο δύο είναι μέχρι τώρα λειτουργικά. Η οργάνωση των Κ.Υ υποκινήθηκε από τις διαβουλεύσεις στις προηγμένες αστικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης που διοργανώθηκαν στη Γενεύη από τον Π.Ο.Υ τον Μάιο του 1991. Επίσης δρουν ως κέντρα εκπαίδευσης, το προσωπικό του μπορεί να εκπαιδεύσει τον πληθυσμό και τους εθελοντές προκειμένου να ενισχυθεί η ικανότητα της κοινότητας στο να κατευθύνει τα τοπικά προβλήματα υγείας. . WHO /<http://www.who.int/en/>)

**Συγκρίνοντας** τα παραπάνω συστήματα διαπιστώνουμε ότι άλλα κράτη εφαρμόζουν των θεσμό των Κ.Υ ο οποίος χρηματοδοτείτε από δημόσιες δαπάνες και άλλες στηρίζονται σε ένα δίκτυο ιδιωτών Γενικών Ιατρών που αμείβονται κατά πράξη από τους ασφαλιστικούς φορείς. Στην Μεγάλη Βρετανία λειτουργεί ένας συνδυασμός των δυο παραπάνω συστημάτων εδώ και πολλά χρόνια με μεγάλη επιτυχία . Σε αντίθεση με τα περισσότερα κράτη στις ΗΠΑ δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , το κενό αυτό καλύπτεται από ιδιώτες ιατρούς. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια , ακόμα και στις ΗΠΑ έχει αρχίσει και γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα δημιουργίας οργανωμένων κέντρων υγείας.

Δυστυχώς στην Ελλάδα η πολιτεία δεν έχει αντιληφθεί την σημασία της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου .Το πρόβλημα είναι σημαντικό, καθώς δεν καλύπτουν ούτε το 5% του αστικού πληθυσμού. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ουσιαστικά την απουσία μιας ξεκάθαρης άποψης της πολιτείας ως προς τις κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας και τη θέση του ΕΣΥ , στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα . η αδυναμία εφαρμογής μεταρρυθμιστικών προτάσεων οφείλεται επίσης σε παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας.

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ

### **2. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ**

1ο Κέντρο Υγείας αστικού τύπου στην Ελλάδα.



ΠΗΓΗ : <http://www.hevyrona.gr/index.php>:

### **ΔΙΑΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ιατρεία**

**Εργαστήριο**

**Βραχεία Νοσηλεία**

**Κατ' οικον νοσηλεία**

**Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**

**Γραφείο Επισκεπτών Υγείας**

**Γραφείο Διοικητικής Υπηρεσίας**

**Γραφείο Βιοστατιστικής**

**Γραφείο Εκπαίδευσης - Έρευνας**

**Γραφείο Προληπτικής Ιατρικής, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας**

(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

**Ιατρεία**

**ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

**ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΕΜΒΟΛΙΩΝ**

**ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

**ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑΣ**

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ**

(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

## **Εργαστήριο**

Στο Κέντρο Υγείας υπάρχει η δυνατότητα διενέργειας αιματολογικών, βιοχημικών και άλλων εξετάσεων στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών.

Συνοπτικά πραγματοποιούνται οι παρακάτω εργαστηριακές εξετάσεις

Γενική εξέταση αίματος  
Βιοχημικές εξετάσεις  
Μέτρηση ηλεκτρολυτών ορού  
Ανάλυση αερίων αίματος

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

## **Βραχεία Νοσηλεία**

Ο θάλαμος βραχείας νοσηλείας αποτελείται από τρεις κλίνες. Είναι πλήρως εξοπλισμένος ικανός για να ανταπεξέλθει στην καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών που προσέρχονται στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών του Κέντρου Υγείας παραμονή των ασθενών στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας διευκολύνει τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία.

Νοσηλεύονται ασθενείς όλες τις ημέρες, κατά τις ώρες 8:00 έως 24:00.

Μέσος όρος νοσηλευομένων ανά ημέρα: 21,7

**( Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

## **Κατ' οικον νοσηλεία**

Ένα βασικό κομμάτι των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας είναι η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας. Μέσω αυτής της δραστηριότητας οι Υπηρεσίες Υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια, στο χώρο που ζουν, με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας τους. Γνωρίζοντας πως το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει αποφασιστικά την υγεία, τη νόσο, ή την αναπηρία, η οργανωμένη δράση ομάδων υγείας σε αυτό το επίπεδο αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Επιπλέον, ευνοείται η συνεργασία επαγγελματιών υγείας – ασθενούς καθώς τα άτομα συμπεριφέρονται με περισσότερη άνεση στο φυσικό τους περιβάλλον. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας δίνει μεγάλη έμφαση στην κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα επιτυγχάνοντας έτσι παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Ομάδα από καταρτισμένα στελέχη επισκέπτεται μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, δίνοντας προτεραιότητα σ' αυτούς που διαβιούν μόνοι τους, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία. Η επίσκεψη στο σπίτι ως μέθοδος επικοινωνίας είναι πιο προσωπική και εξατομικευμένη.

Υπάρχει διαφοροποίηση αξιολόγησης του ασθενούς στον προσωπικό του χώρο σε σχέση με το νοσοκομείο. Στο περιβάλλον του ο ασθενής εκφράζεται ευκολότερα, εκμυστηρεύ-

εται τα προβλήματά του.

Σε καθημερινή βάση, με ραντεβού, πραγματοποιούνται σε πολίτες του Βύωνα κατ' οίκον επισκέψεις για νοσηλεία και φροντίδα από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας (Ιατρό, Επισκέπτρια Υγείας και Νοσηλεύτρια)

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

### **Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**

Οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στις δραστηριότητες του Κέντρου Υγείας, αναπτύσσοντας πολυσχιδή δράση. Οι αρχές της ολιστικής προσέγγισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας που διέπουν τη Νοσηλευτική, βρίσκουν άριστη εφαρμογή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ειδικότερα οι νοσηλευτές του Κέντρου Υγείας:  
Αναγνωρίζουν τις ανάγκες υγείας του αρρώστου/υγιούς ατόμου στην κοινότητα και ανιχνεύουν πηγές για την κάλυψη των αναγκών αυτών.

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

- Χρησιμοποιούν κάθε μέσο αποτελεσματικής επικοινωνίας, ώστε να παρέχουν αποτελεσματικότερη φροντίδα υγείας.
- Προάγουν την αυτοφροντίδα ατόμων, οικογένειας και ομάδας.
- Συνεργάζονται με άτομα, οικογένειες αλλά και την κοινότητα.
- Συνεργάζονται με όλα τα μέλη της οικογένειας στα πλαίσια της οικογενειακής νοσηλευτικής . **(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**
- Ασκούν διαπολιτισμική νοσηλευτική σε μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε υγιείς ομάδες πληθυσμού όπως: λεχώνες και νεογνά, παιδιά, σχολικός πληθυσμός (σχολική νοσηλευτική), εργαζόμενοι, ηλικιωμένοι, αποκλεισμένες ομάδες του πληθυσμού. . **(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**
- Συμμετέχουν στην υγειονομική διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού της κοινότητας (προγράμματα αγωγής υγείας) με σκοπό την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας. . **(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**
- Συντονίζουν δραστηριότητες ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζονται με την υγεία σε συνεργασία με τους υπεύθυνους για το κοινωνικό και οικονομικό σκέλος των προγραμμάτων. . **(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**
- Συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες εκτός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τις κινητοποιούν. . **(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**
- Τηρούν τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας σε κάθε πράξη.

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

## Γραφείο Επισκεπτών Υγείας

Ο Επισκέπτης/τρια Υγείας, σε συνεργασία με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας, αντιμετωπίζει ολοκληρωμένα και πολυδύναμα ιατροκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλει στην ανάπτυξη της κοινότητας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στόχος τους είναι η πρόληψη της ασθένειας και η διατήρηση και προαγωγή της υγείας στην κοινότητα, στην οικογένεια, στο σχολείο και στο χώρο εργασίας.

Για την υλοποίηση αυτού του στόχου προβαίνει σε: . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

- Ανίχνευση, μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης, ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, και παραπομπή τους στις ανάλογες υπηρεσίες. (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- Άσκηση συμβουλευτικής και προγράμματα αγωγή υγείας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Συμμετοχή σε προγράμματα προστασίας και προαγωγής της υγείας ατόμων με χρόνια προβλήματα. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Προσυμπτωματικό έλεγχο με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Στα σχολεία, ειδικότερα, διενεργεί σωματομετρικές μετρήσεις, μέτρηση οπτικής οξύτητας, αδρό έλεγχο σκελετικών διαταραχών, αρτηριακής πίεσης, στοματικής και ατομικής υγιεινής, με παραπομπή στον ειδικό στις περιπτώσεις που χρειάζεται. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Επισκέψεις στο σπίτι για συμβουλευτική υγείας σε ομάδες υψηλού κινδύνου για γενετικά, κοινωνικά νοσήματα, νοσήματα φθοράς και σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένους, έγκυες και παιδιά). . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Διερεύνηση των συνθηκών διαβίωσης και των υγειονομικών αναγκών των ατόμων που νοσηλεύονται στο σπίτι.
- Βοήθεια στον ασθενή για να μπορέσει να αποδεχτεί τη νόσο του, εκπαίδευση για φροντίδα και αυτοεξυπηρέτηση, παροχή οδηγιών για την προφύλαξη των υγιών μελών της οικογένειας.
- Ενημέρωση - εκπαίδευση των ατόμων που έχουν την ευθύνη για την κάλυψη των ενδεδειγμένων και εξειδικευμένων μέσων νοσηλευτικής φροντίδας, υγιεινής και αποκατάστασης του ασθενούς. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Διενέργεια και εκτίμηση φυματινοαντιδράσεων mantoux.
- Στα πλαίσια του αντιφυματικού ελέγχου, διενεργεί ομαδικούς εμβολιασμούς στα σχολεία της περιοχής ευθύνης του Κέντρου Υγείας. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Συμμετοχή σε προγράμματα ειδικών προληπτικών εξετάσεων σε ομάδες υψηλού κινδύνου και διενέργεια εμβολιασμών π.χ. στους εργαζόμενους στον τομέα καθαριότητας. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Διενέργεια εμβολιασμών σε βρέφη, παιδιά και εφήβους.
- Έλεγχος ανάπτυξης των βρεφών, οδηγίες διατροφής και συμβουλευτική γονέων. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)
- Διενέργεια σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών που αφορούν

ατυχήματα, λοιμώδη και κοινωνικά νοσήματα με σκοπό τη διερεύνηση και ανίχνευση των αιτιολογικών παραγόντων και την εφαρμογή μέτρων πρόληψης. . (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

- Οργάνωση προγραμμάτων για εθελοντική αιμοδοσία στο Νοσοκομείο, στην Κοινότητα και σε χώρους εργασίας.

Το γραφείο Επισκεπτριών Υγείας λειτουργεί καθημερινά 8:00 - 15:00.

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

### **Γραφείο Διοικητικής Υπηρεσίας**

Οι αρμοδιότητες του γραφείου

Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:

Διεκπεραίωση όλων των θεμάτων που αφορούν στην οργάνωση της γραμματειακής στήριξης του Κέντρου Υγείας.

- Διεκπεραίωση των θεμάτων που αφορούν στην υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού.(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

Τήρηση αρχείων και των βιβλίων κίνησης των ιατρείων του Κέντρου Υγείας.

- Τήρηση γενικού πρωτοκόλλου.
- Διακίνηση της αλληλογραφίας.
- Χορήγηση πιστοποιητικών στους ασθενείς.
- Φροντίδα για τη διακομιδή των ασθενών με ασθενοφόρο όχημα ή οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς στο νοσοκομείο.
- Φροντίδα για κάθε θέμα που αφορά στην καθαριότητα των χώρων του Κέντρου Υγείας.
- Φροντίδα για προμήθεια ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού σε συνεργασία με το Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο».

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

### **Γραφείο Βιοστατιστικής**

Ωράριο λειτουργίας: Καθημερινά 8:00 – 15:00.Στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα λειτουργεί γραφείο Βιοστατιστικής στο οποίο γίνεται καταγραφή σε ηλεκτρονική μορφή όλων των δεδομένων που αφορούν στα νοσήματα και στους ασθενείς που προσέρχονται στο Κέντρο Υγείας. Επίσης διενεργούνται αναλύσεις όλων των μεταβλητών για την σύνταξη επιδημιολογικών δελτίων για τα κυριότερα νοσήματα με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών αλλά και αρτιότερη και πιο ολοκληρωμένη προαγωγή της υγείας στην περιοχή ευθύνης. Παράλληλα, τα αποτελέσματα των αναλύσεων τεκμηριώνονται με τη μορφή ανακοινώσεων ή δημοσιεύσεων σε Ιατρικά Συνέδρια και Περιοδικά.

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

## **Γραφείο Εκπαίδευσης - Έρευνας**

Στο γραφείο εκπαίδευσης - έρευνας του Κέντρου Υγείας, οργανώνονται και διενεργούνται μαθήματα, σεμινάρια, διαλέξεις και ομιλίες σε ιατρικό και μη προσωπικό. Επιπλέον, γίνονται ομιλίες και παρουσιάσεις εργασιών σε Διεθνή και Ελληνικά ιατρικά συνέδρια, καθώς και ενδεδειγμένη έρευνα και συνεχής ενημέρωση των ιατρών πάνω σε νέες ιατρικές τεχνικές και θεραπείες από τις μεγαλύτερες παγκόσμιες ιατρικές βάσεις δεδομένων και από τα εγκυρότερα ελληνικά και ξενόγλωσσα ιατρικά περιοδικά. Ταυτόχρονα, διενεργούνται μελέτες και κλινικές δοκιμές στα πλαίσια της ΠΦΥ τα αποτελέσματα των οποίων δημοσιεύονται και κοινοποιούνται σε διεθνή ιατρικά περιοδικά. **(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

## **Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής**

Η εκπαίδευση των Ειδικευομένων Ιατρών Γενικής Ιατρικής στο Κέντρο Υγείας αποτελεί βασικό τμήμα της ειδικότητας για την απόκτηση και εφαρμογή βασικών γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων σε Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.  
**( Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

## **Κλινικό Έργο**

- Προσέγγιση του ρόλου του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού σε όλο το φάσμα της Π.Φ.Υ με έμφαση στις ιδιαίτερες γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες της Γενικής Ιατρικής που δεν αναπτύσσονται στο Νοσοκομείο.
  - Φροντίδα του ασθενούς ή υγιούς πολίτη ως σύνολο και όχι σαν μεμονωμένο σύμπτωμα, λαμβάνοντας ιδιαίτερα υπόψη την ψυχολογική και οικογενειακή του κατάσταση.
- Διαχείριση των νοσημάτων και προβλημάτων στην Π.Φ.Υ.
- Παροχή άμεσης περίθαλψης σε επείγοντα περιστατικά.
  - Αξιολόγηση μειζόνων παραγόντων κινδύνου
  - Εκπαίδευση στη χρήση διαγνωστικών εργαλείων και μέσων διαλογής
  - Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα
  - Ανάπτυξη πνεύματος συνεργασίας με επαγγελματίες υγείας
  - Δράση στα πλαίσια ομάδας και όχι μεμονωμένου λειτουργού υγείας
  - Ενθάρρυνση στη λήψη πρωτοβουλιών
  - Εξοικείωση με τις διαδικασίες παραπομπής
- (Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**



### **Εκπαίδευση και συμμετοχή σε όλα τα ιατρεία**

#### **Κέντρου Υγείας όπως:**

- Γενικής / Οικογενειακής ιατρικής
- Επειγόντων περιστατικών
- Διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων
- Παιδιατρικής
- Εμβολίων
- Συνταγογραφίας
- Πρόληψης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου
- Μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας
- Οικογενειακού προγραμματισμού
- Εκπαίδευσης ασθενών
- Εργαστήριο
- Θάλαμος βραχείας νοσηλείας

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

### **Κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα**

- Καταγραφή και παρακολούθηση όλων των ατόμων που χρειάζονται βοήθεια στο σπίτι.
- Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών τελικού σταδίου

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

### **Εκπαίδευση ασθενών**

- Εξοικείωση στη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση
- Εφαρμογή Δεξιοτήτων Επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένεια
- Εισαγωγή στις βασικές αρχές της συμβουλευτικής

**Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ**

### **Ιατρικός Φάκελος**

Δημιουργία και ενημέρωση της ατομικής Κάρτας Υγείας του αρχείου ασθενών, σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή.

Συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Κέντρου Υγείας

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

### **Εκπαιδευτικό Έργο**

Συνοπτικά περιλαμβάνει:

- Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα
- Κλινικά Φροντιστήρια
- Διαλέξεις
- Παρουσιάσεις κλινικών περιστατικών
- Σεμινάρια επείγουσας ιατρικής
- Ειδικές επιστημονικές συναντήσεις
- Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (ηλεκτρονικής ή μη).
- Εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών (clinical guidelines) βασισμένες στην τεκμηρίωση (evidence based)

στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

- Εκπαίδευση στο Γραφείο Πληροφορικής
- Κλινικές και Εργαστηριακές Δεξιότητες

(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

#### **Ερευνητικό έργο**

- Διατύπωση υποθέσεων και συμβολή στην ανάπτυξη επιδημιολογικών ερευνών με σκοπό την εκτίμηση των αναγκών υγείας και την παρέμβαση σε συνεργασία με άλλους φορείς
- Μελέτη της φυσικής πορείας των νοσημάτων που επιπολάζουν στην περιοχή ευθύνης.
- Προγράμματα ποιοτικής έρευνας κατάλληλα προσαρμοσμένα για τη Γενική Ιατρική και την Π.Φ.Υ.

(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )

#### **Πρόληψη, Προαγωγή και Αγωγή Υγείας**

Συμμετοχή στο σχεδιασμό, υλοποίηση, αξιολόγηση προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στην Κοινότητα, στα πλαίσια της ομάδας αγωγής υγείας, σε:

- Σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- Ανάπτυξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου
- Ενημέρωση του πληθυσμού ή / και ειδικών κοινωνικών ομάδων σε θέματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης
- Ενημέρωση και διαφώτιση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και κοινωνικής φροντίδας.
- Παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και προαγωγή υγείας σε ατομικό και συνολικό επίπεδο.
- Αγαστή συνεργασία και λειτουργική διασύνδεση με τοπικούς φορείς
- Ομάδες υψηλού κίνδυνου
- Κοινωνικοί ξενώνες
- Οικοτροφεία
- Κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων
- Έλεγχος περιβαλλοντικών παραγόντων κίνδυνου

(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

#### **Αξιολόγηση Εκπαιδευόμενου**

Κάθε 2 (δύο) μήνες και συνολικά στο τέλος της εκπαίδευσης

#### **Αξιολόγηση Εκπαιδευτή**

Στο τέλος της 10 μήνης εκπαίδευσης

(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )

## **Φοιτητές**

Στο Κέντρο Υγείας εκπαιδεύονται και πραγματοποιούν κλινική - πρακτική άσκηση οι παρακάτω φοιτητές - σπουδαστές:

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

- ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
- ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΚΡΗΤΗΣ
- ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
- ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
- ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΩΝ
- ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΩΝ
- ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ

## **Γραφείο Προληπτικής Ιατρικής, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας**

Η υπεροχή της πρόληψης σε σχέση με τη θεραπεία είναι δεδομένη. Η πρόληψη επηρεάζει περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας και είναι και η μοναδική που μπορεί να επηρεάσει τους δείκτες νοσηρότητας. Η πρόληψη στην υγεία - μέσω προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας - έχει ως στόχο την αποτροπή της εκδήλωσης των νόσων και των ανεπιθύμητων συνεπειών τους για το άτομο, την κοινωνία και το περιβάλλον. Η Προαγωγή Υγείας προσανατολισμένη στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό στον τομέα της πρόληψης μιας και η νοσοκομειακή/θεραπευτική ιατρική περιορίζεται συνήθως στο διαγνωστικό-εργαστηριακό τομέα. **(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

Ένας από τους στόχους της Προαγωγής Υγείας είναι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών η οποία αποτελεί και το αντικείμενο της Αγωγής Υγείας.

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μία ολοκληρωμένη δέσμη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και όχι απλώς υγειονομική διαφώτιση. Έτσι αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του έργου μας για την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Με βάση τα παραπάνω, στο Κέντρο Υγείας πραγματοποιούνται προγράμματα Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στην Κοινότητα σε: . **(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

- Σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- Ομάδες εργαζομένων υψηλού κινδύνου
- Κοινωνικούς ξενώνες - Οικοτροφεία
- Κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων
- Έλεγχος περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου

Τελευταία Τρίτη κάθε μήνα πραγματοποιείται συνάντηση για Σχεδιασμό, Υλοποίηση και Αξιολόγηση προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας

**(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

**Περιφερειακά Ιατρεία Κ.Υ. Βύρωνα  
(Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )**

Στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα υπάγονται τα κάτωθι Περιφερειακά Ιατρεία (πρώην Ιατροκοινωνικά Κέντρα) :

Ωράριο λειτουργίας  
7:00 - 14:30 κάθε μέρα, εκτός Σάββατο-Κυριακή

**ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ  
ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΛΑΤΕΙΑΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΖΩΓΡΑΦΟΥ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΝΕΩΝ ΣΦΑΓΕΙΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΣΥΡΜΑΤΟΥ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ  
(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

**Σκοπός Περιφερειακών Ιατρείων**

Τα Περιφερειακά Ιατρεία εφαρμόζουν προγράμματα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που απευθύνονται κυρίως σε ανασφάλιστο παιδικό πληθυσμό, παλινοστούντες, και αλλοδαπούς. (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι δωρεάν και αφορούν τα εξής:

(Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

- Παρακολούθηση νεογνών – βρεφών για τη σωστή και ομαλή ψυχοκινητική εξέλιξη και ανάπτυξη.
  - Συμβουλές για σωστή διατροφή.
  - Εμβολιασμός για ανοσοποίηση - τα εμβόλια παρέχονται δωρεάν στα ανασφάλιστα παιδιά και στα ασφαλισμένα του ΟΓΑ.
  - Ιατρική παρακολούθηση ασθενών παιδιών.
  - Κοινωνικές παρεμβάσεις σε οικογένειες υψηλού κινδύνου.
  - Παρεμβάσεις σε σχολεία και πληθυσμιακές ομάδες, π.χ. αθίγγανοι.
- (Υ.Υ.Κ.Α, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ)

- Οδοντιατρική φροντίδα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.
- Ορθοδοντική φροντίδα.
- Οφθαλμολογική εξέταση.
- Χορήγηση πιστοποιητικών υγείας για εγγραφή σε παιδικούς σταθμούς και αθλητικές δραστηριότητες.
- Συμπλήρωση ατομικών δελτίων υγείας μαθητών.
- Παρακολούθηση επιτόκων.
- Πρόληψη γυναικολογικού καρκίνου με PAP- TEST.
- Λογοθεραπεία από το Κέντρο Οικογένειας Αθηνών, ψυχολογική (Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ )

## **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΤΗΣ ΜΙΝΕΣΟΤΑ.**

C.U.H AT HENNEPIN COUNTY MEDICAL CENTER(2009) <http://www.centerforurbanhealth.org/>

### **Αποστολή**

Η αποστολή του Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου είναι η βελτίωση και διατήρηση της υγείας του αστικού πληθυσμού.

- **Αποθήκη δεδομένων.**  
Δημιούργησε τις δυνατότητες αποθήκευσης δεδομένων για την παρακολούθηση της υγείας και της φροντίδας της υγείας
- Παροχή ιατρικής βοήθειας και στους ανασφάλιστους .
- **Διαπολιτισμικής επικοινωνίας στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.**  
Ξεπερνώντας περιορισμένη γνώσεων για την υγεία  
Ενδυνάμωση της κοινότητας να θέσει ερωτήσεις σχετικά με το σύστημα υγείας και τη φροντίδα τους  
Ξεπερνώντας τα γλωσσικά εμπόδια στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης
- **Υπερπήδηση εμποδίων για χρόνιες ασθένειες αυτο-διαχείριση.**  
**Έγκαιρων παρεμβάσεων.**  
Ταχείας διαλογής και σύντομη παρέμβαση για την κατάχρηση ουσιών  
Εξέταση και παρεμβάσεις για τον προγεννητικό έλεγχο και κατάθλιψη μετά τον τοκετό
- **Δημόσιων και ιδιωτικών πολιτικών.**  
Επιπτώσεις της μέτρησης της ποιότητας και την υποβολή εκθέσεων σχετικά με τις διαφορές

Χρησιμοποιώντας τη μέτρηση της ποιότητας και την υποβολή εκθέσεων για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων

**C.U.H AT HENNEPIN COUNTY MEDICAL CENTER(2009)** <http://www.centerforurbanhealth.org/>

### **Υπηρεσίες Υποστήριξης**

Κοινότητα Συνάδελφοι:

- Minneapolis Υπουργείο Υγείας και Οικογενειακής Υποστήριξης
- Κλινικές Κέντρο Έρευνας στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα
- Πρόγραμμα στην Υγεία και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα
- North Point Υγεία και Wellness Center
- Κοινότητα Πανεπιστήμιο Κέντρο Υγείας
- Minnesota Cancer Alliance
- Μινεσότα Υγείας Literacy Συμβουλίου
- Ομάδα Μινεσότα Epic Χρήστη

**C.U.H AT HENNEPIN COUNTY MEDICAL CENTER(2009)**  
<http://www.centerforurbanhealth.org/>

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**Σκοπός:** : Η έρευνα αυτή φιλοδοξεί να διερευνήσει την οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου , εξετάζοντας την ικανοποίηση των ασθενών / χρηστών και τις απόψεις των εργαζομένων, με στόχο την ανάδειξη του ρόλου του θεσμού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα . Ακόμη , αποσκοπεί να παρουσιάσει προτάσεις σχετικές με την βελτίωση του , ώστε να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες του αστικού πληθυσμού.

**Υλικό – Μέθοδος ανάλυσης (χρήστες):** Προς επίτευξη του παραπάνω σκοπού καταρτίστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο στο οποίο, πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία, περιέχονταν ερωτήσεις σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης. Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας περιεχομένου ,το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε ώστε να ανταποκρίνεται στη δομή , λειτουργία και στελέχωση των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου στον ελλαδικό χώρο .

Οι προσερχόμενοι χρήστες των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Βύρωνα συμπλήρωναν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο παρουσία του ερευνητή.

Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10 λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 10 ερωτήσεις για τον καθορισμό της προσωποτυπίας των χρηστών , 10 κλειστές ερωτήσεις για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης και μια ανοιχτού τύπου για προτάσεις – παρατηρήσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών του Κ.Υ.

Οι δέκα 10 κλειστές ερωτήσεις βασιζόνταν στην χρήση κλίμακας των 5 βαθμών .

Συνολικά συλλέχτηκαν 252 ερωτηματολόγια από ισάριθμους χρήστες κατά την περίοδο από 8-7-2009 έως 30-9-2009

Για την εκπόνηση της έρευνας ζητήθηκε έγκριση από τους αρμόδιους φορείς (Επιτροπή Διπλωματικής Εργασίας – διοίκηση του Κ.Υ Βύρωνα ).

Περιορισμοί μελέτης :Ο βασικός μεθοδολογικός περιορισμός ήταν η επιλογή εστίασης σε ένα μόνο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου , που έχει ως αποτέλεσμα ένα σχετικά μικρό πληθυσμό –στόχο .Παρόλα αυτά , το δείγμα της μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικό των χρηστών των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας .

Ως μέθοδος στατιστικής ανάλυσης, πέραν της περιγραφής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ο  $\chi^2$ -έλεγχος για πιθανές διαφοροποιήσεις του βαθμού ικανοποίησης αναλόγως των ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών των χρηστών.

**Υλικό-Μέθοδος ανάλυσης (προσωπικό):**Στην περίπτωση του προσωπικού του ΚΥ ΒΥΡΩΝΑ δεν διανεμηθήκαν ερωτηματολόγια λόγω του πολύ μικρού αριθμού των εργαζομένων στις επιμέρους επαγγελματικές ομάδες , γεγονός που καθιστά αδύνατη την στατιστική ανάλυση .

Για τον λόγο αυτό προτιμήθηκε η διαδικασία της συνέντευξης. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με εκπροσώπους από κάθε μια επαγγελματική ομάδα.

**Αναλυτικά : 10 από το ιατρικό προσωπικό ( 2 γενικούς ιατρούς και 8 ειδικευόμενους της γενικής ιατρικής)**

**8 από το νοσηλευτικό προσωπικό ( 2 ΤΕ ΚΑΙ 6 ΔΕ)**

**2 επισκέπτες υγείας**

**2 από διοικητικό προσωπικό .**



Πίνακας 2 : Αναλυτικά στο ΚΥ απασχολούνται :

<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ</b>		
<b>ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>
<b>ΙΑΤΡΙΚΟ</b>	ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	3
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	1
	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	11
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ</b>	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ ( ΤΕ)	3
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ ( ΔΕ)	8
	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	1
<b>ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (Τ.Ε.)	2
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ</b>	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ	2

**Η συνέντευξη ήταν δομημένη αναφορικά με : ( για προσωπικό )**

- 1) Τα χαρακτηριστικά της εργασίας ( καθήκοντα , υποχρεώσεις , ρόλοι )
- 2) Εκπαιδευτικές και άλλες ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης
- 3) Εργασιακή ικανοποίηση
- 4) Προτάσεις για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας

Περιορισμοί μελέτης : Ο βασικός μεθοδολογικός περιορισμός της προσωπικής συνέντευξης είναι η ψυχολογική φόρτιση του συνεντευξιαζόμενου , οποίος αισθάνεται περιορισμένος και απαντάει πολλές φορές με μια δόση ανασφάλειας . Για το λόγο αυτό επισήμανα στον

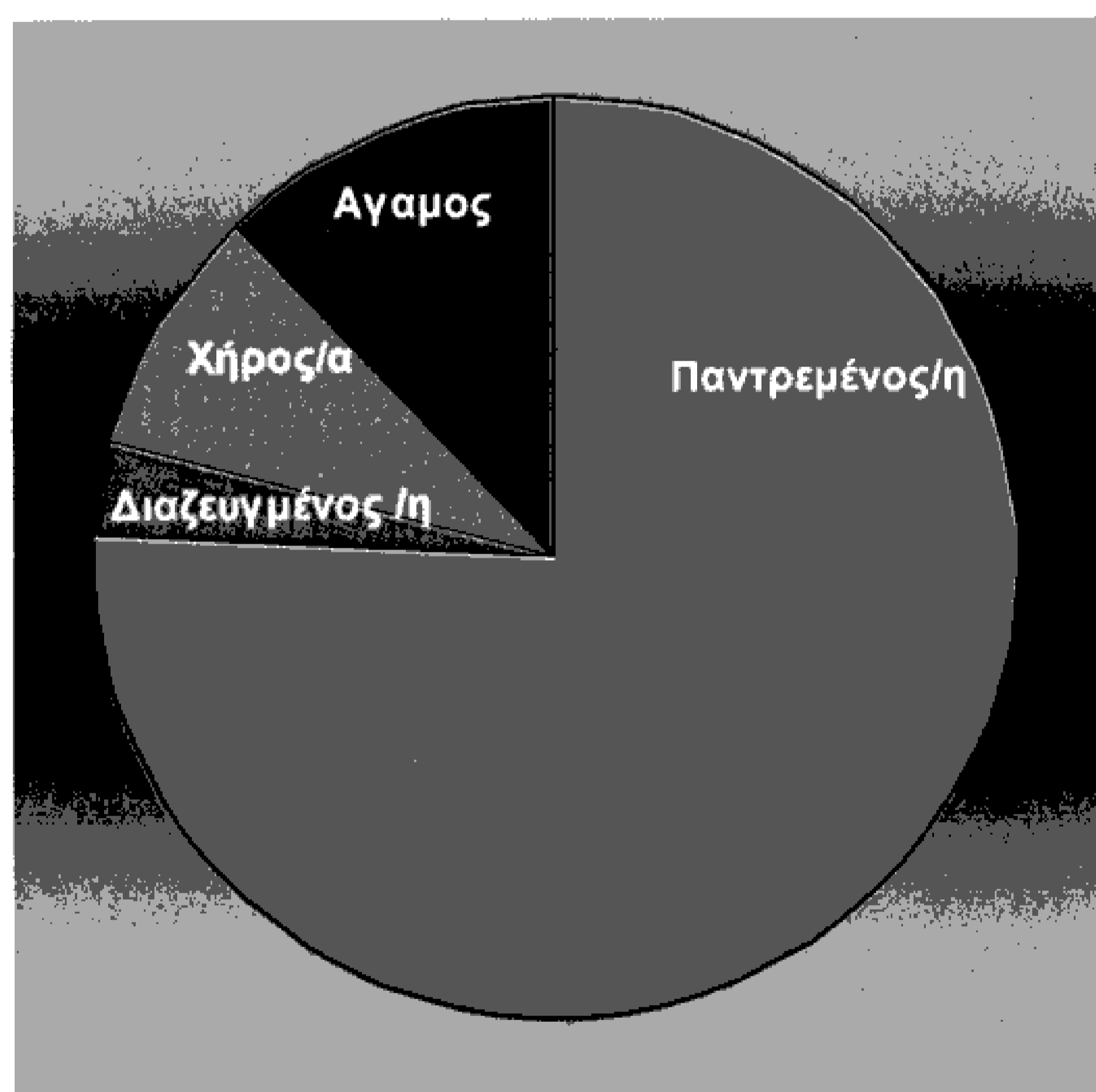
ερωτώμενο την ανωνυμία της συνέντευξης και φρόντισα την ώρα της διαδικασίας αυτής να μην παρευρίσκεται άλλο άτομο (προσωπικό ή ασθενής) .

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εκ των 252 συνολικά εξεταζόμενων το 60% ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο άνδρες.

Από άποψης οικογενειακής κατάστασης το 75,9% ήταν έγγαμοι και το 12,8% άγαμοι και το υπόλοιπο διαζευγμένοι ή σε χηρεία όπως διαπιστώνεται και από το παρακάτω διάγραμμα.

Διάγραμμα 2: Κατανομή των χρηστών αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης.



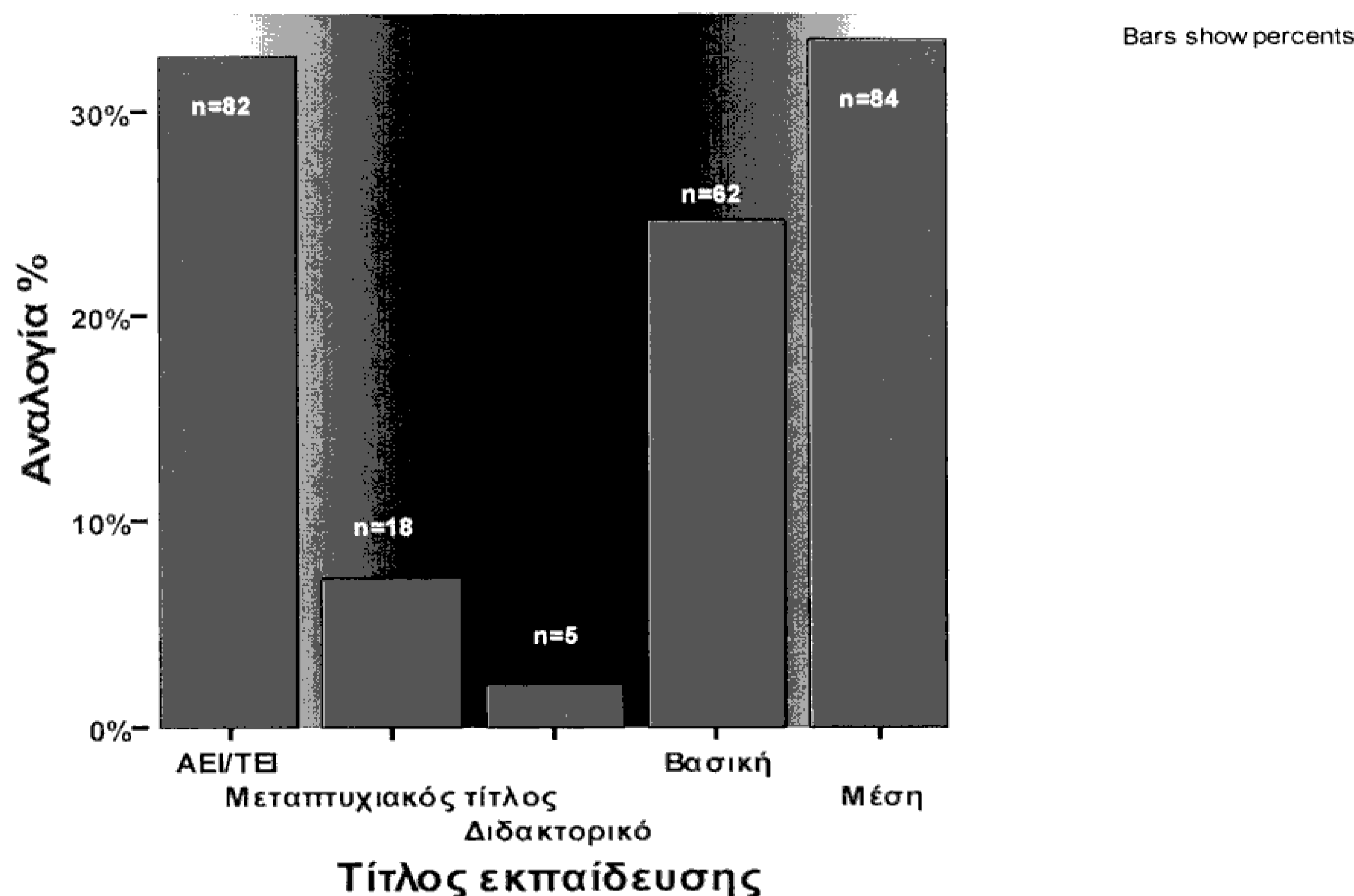
Pies show percents

### Οικογενειακή κατάσταση

- Παντρεμένος/η
- Διαζευγμένος /η
- Χήρος/α
- Αγαμος

Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων ήταν 25,48% κατώτερης (μέχρι 6 χρόνια στο σχολείο) , το 34,1,3% μέσης, το 32.5 % απόφοιτοι ΠΕ / ΤΕ και το 9.1% κατείχε μεταπτυχιακό.

**Διάγραμμα 3: Κατανομή των ερωτηθέντων ανά εκπαίδευση**



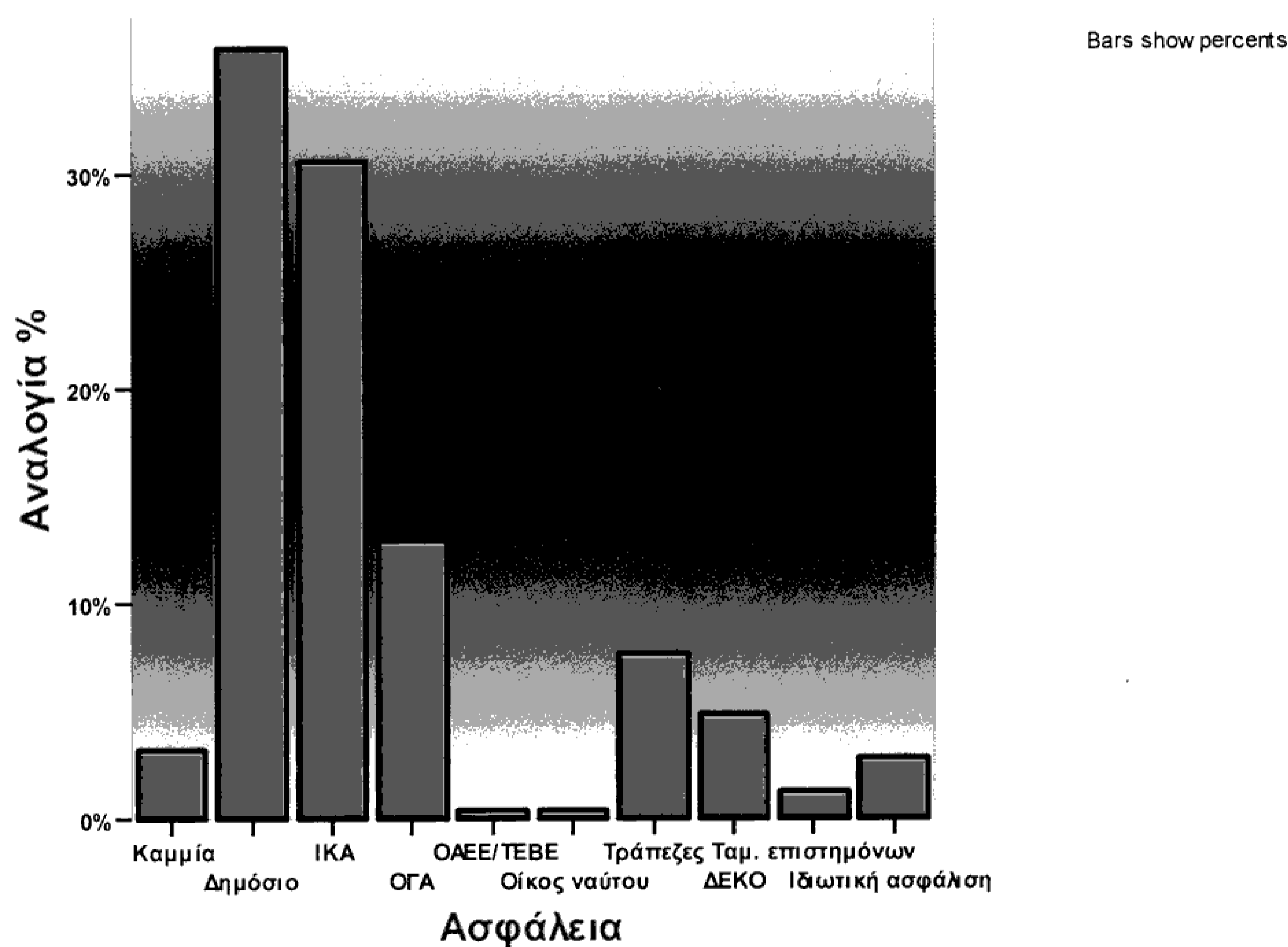
Ο αριθμός των παιδιών των χρηστών κυμάνθηκε από 0 μέχρι και 4 η δε κατανομή αυτών παρουσιάζεται στο παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 3: Κατανομή των χρηστών αναλόγως του αριθμού των τέκνων.**

Αριθμ. παιδιών	Αριθμός Χρηστών	Αναλογία %
0	31	12,3
1	44	17,5
2	138	54,8
3	22	8,7
4	10	4,0
Δεν απάντησαν	7	2,8
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

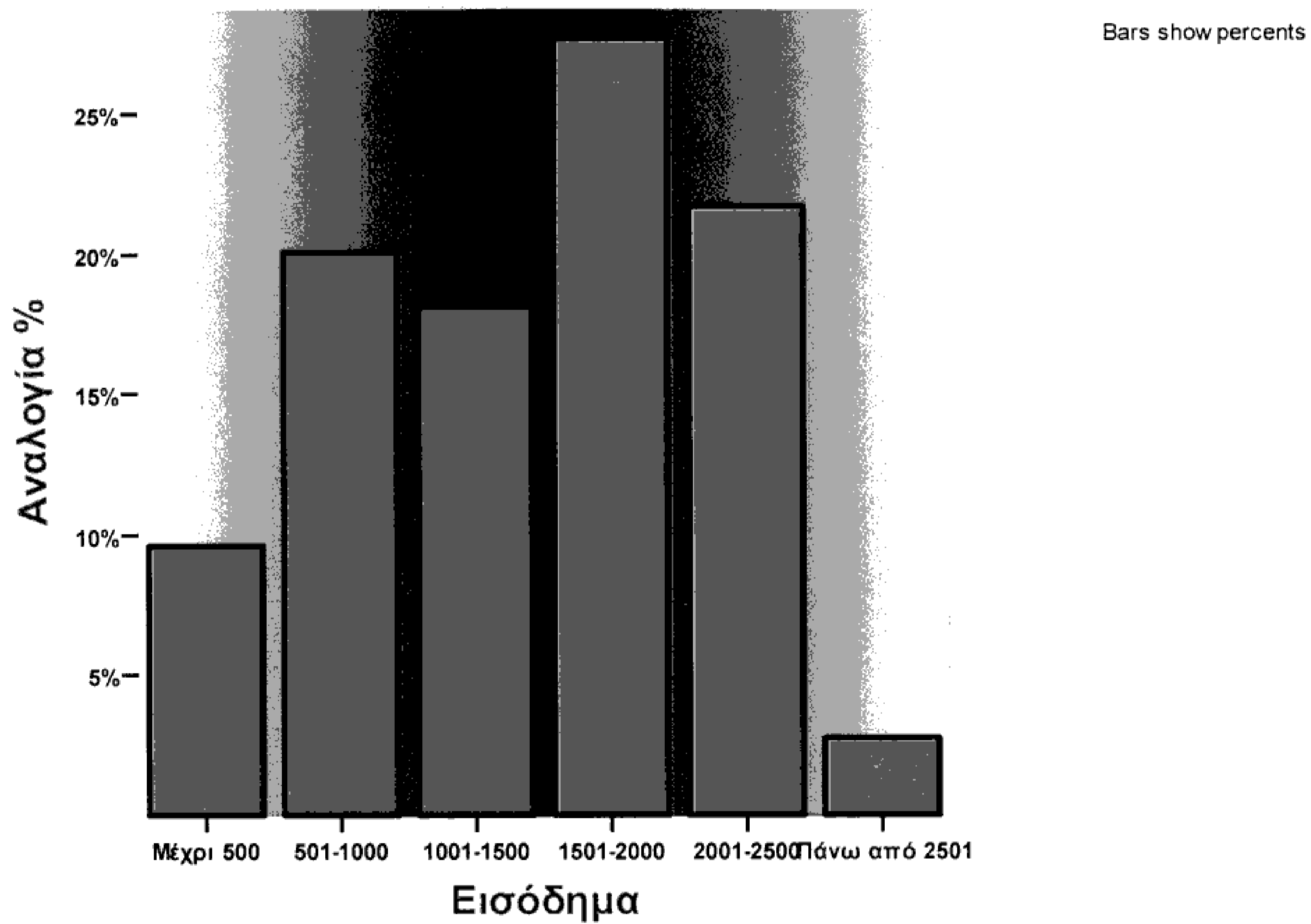
Η κατανομή των χρηστών από απόψεως ασφαλιστικού φορέα παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα από όπου διαπιστώνεται ότι ο κύριος φορέας ήταν το Δημόσιο σε ποσοστό 35.9% στη συνέχεια το ΙΚΑ με 30.6% και τρίτος ο ΟΓΑ με 12.9% ενώ άλλο ασφαλιστικοί οργανισμοί παρουσιάστηκαν με μικρότερες συχνότητες.

**Διάγραμμα 4: Κατανομή των χρηστών ανά ασφαλιστικό φορέα.**



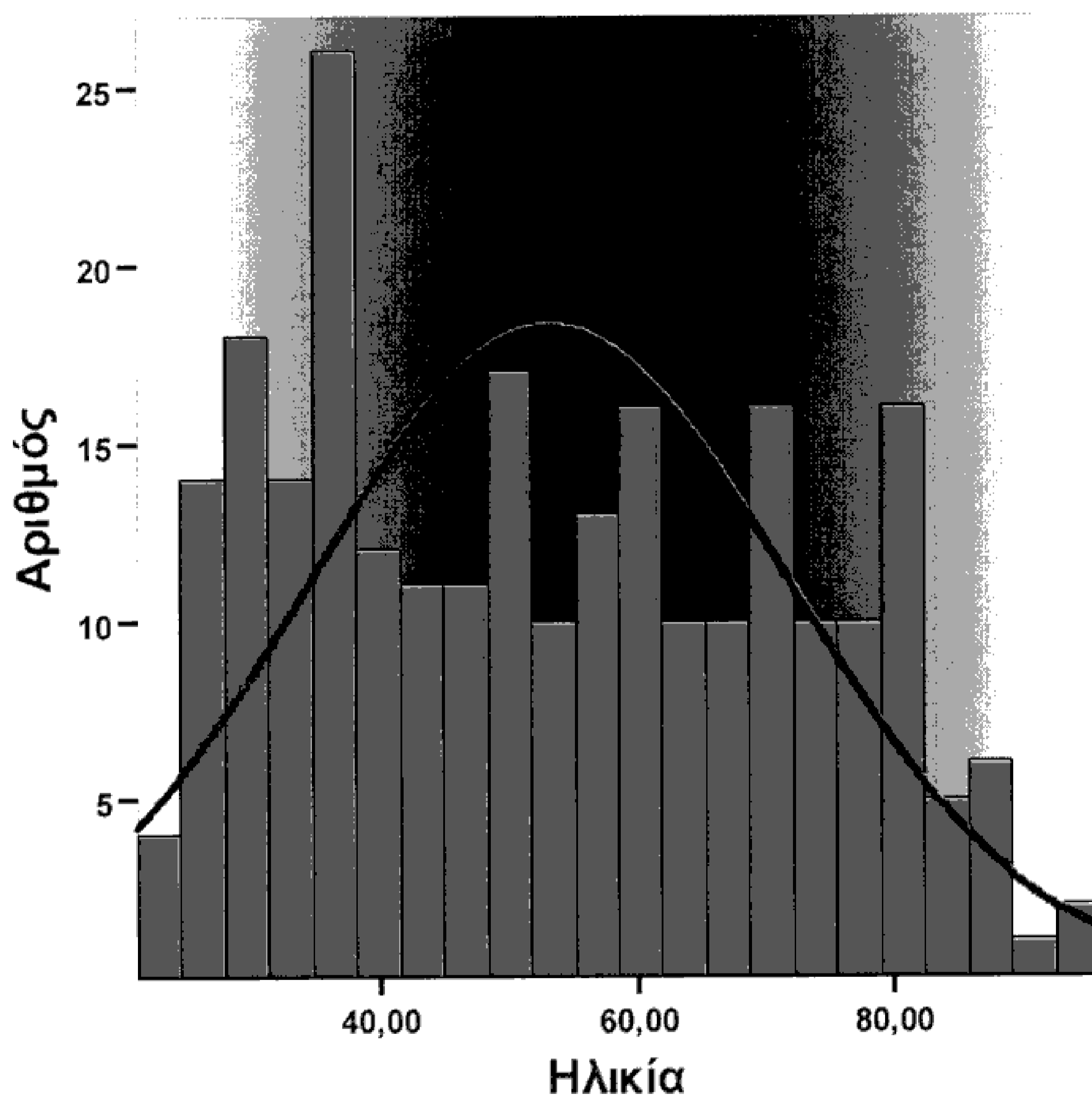
Το 6,6% των ερωτηθέντων είχαν εισόδημα μέχρι 500€ ευρώ το 20.1% από 501-1000€, το 18.1% από 1001-1500€ και το υπόλοιπο άνω των 1500€

**Διάγραμμα 5: Κατανομή των χρηστών αναλόγως του εισοδήματος.**



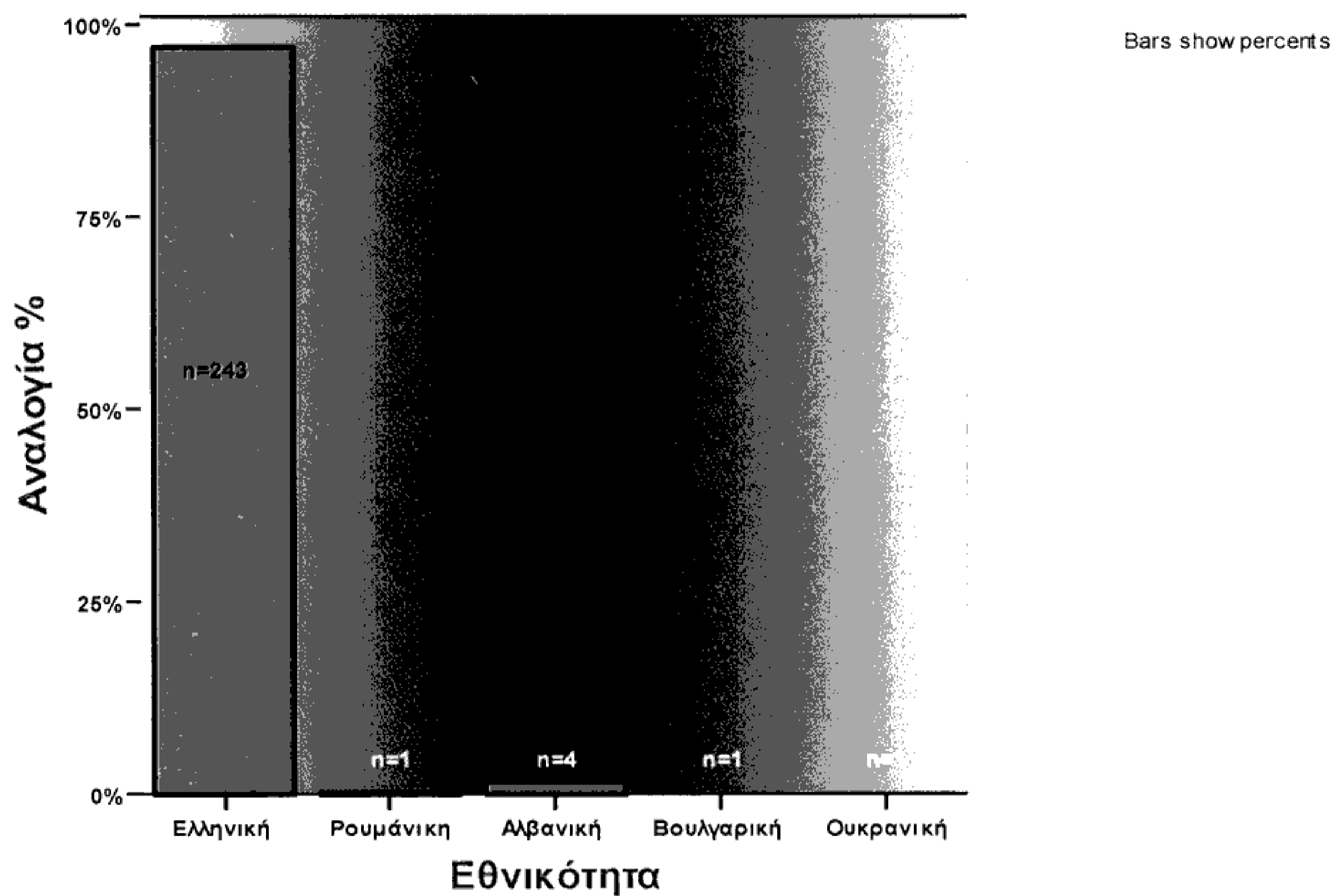
Η ηλικία τους κυμάνθηκε από 21 μέχρι και 96 ετών με μέση τιμή 53,17 και τυπική απόκλιση 18,7 .

**Διάγραμμα 6: Κατανομή των ερωτηθέντων ανά ηλικία**



Η πλειοψηφία των χρηστών ήταν Έλληνες σε ποσοστό 97,2%, Αλβανοί σε ποσοστό 1.6%, ενώ άλλες εθνικότητες παρουσιάστηκαν σπανιότερα ( βλέπε διάγραμμα 7)

**Διάγραμμα 7: Κατανομή των ερωτηθέντων εθνικότητα.**

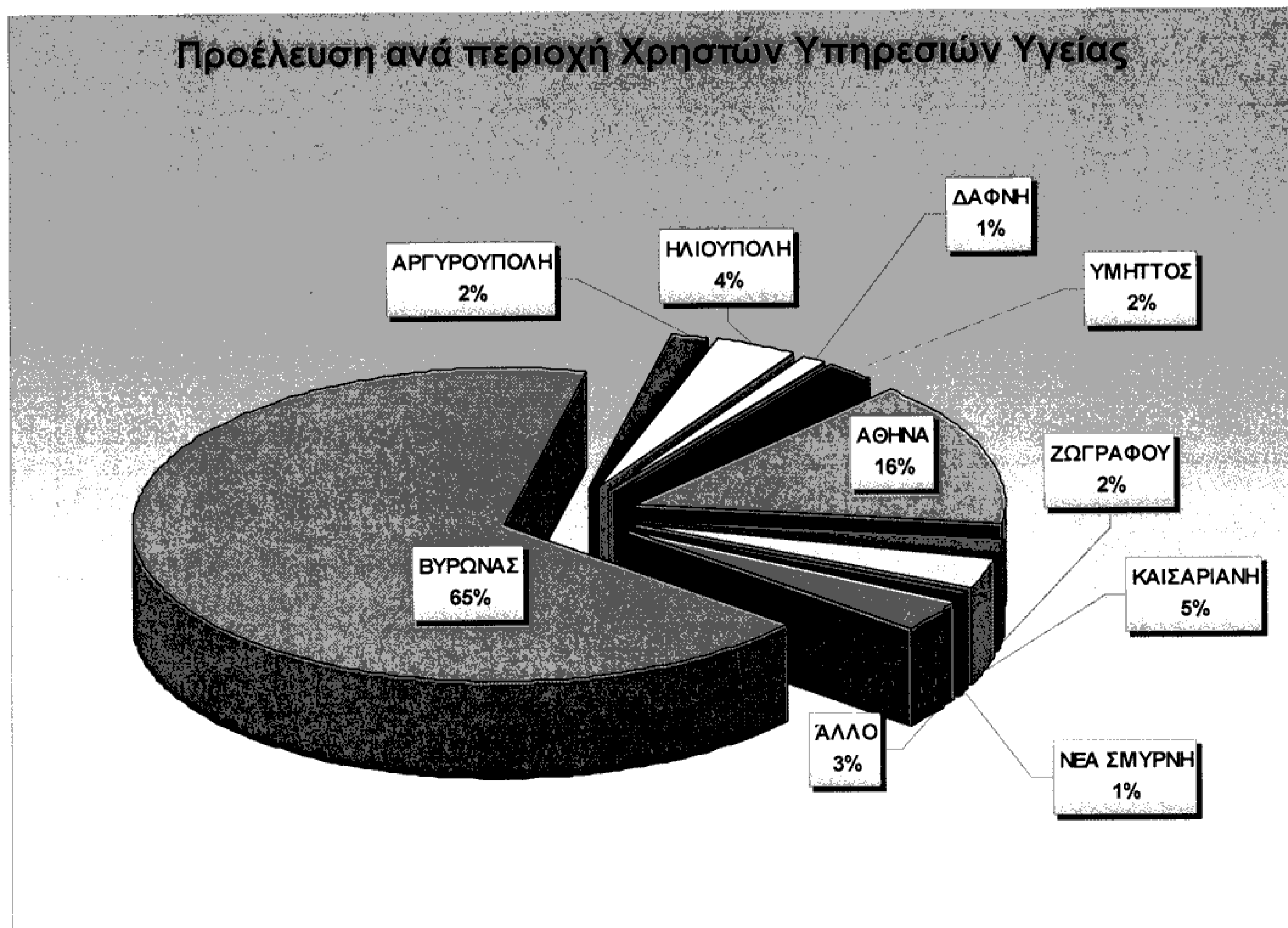




**Πίνακας 4: Προέλευση ανά περιοχή Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας  
Κ.Υ Βύρωνα**

ΒΥΡΩΝΑΣ	65%
ΑΘΗΝΑ	16%
ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ	5%
ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ	3,6%
ΥΜΗΤΤΟΣ	2,2%
ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗ	1,8%
ΖΩΓΡΑΦΟΥ	1,%
ΔΑΦΝΗ	1%
ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ	1%
ΆΛΛΟ	3,21%

**Διάγραμμα 8 :Προέλευση ανά περιοχή Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας  
Κ.Υ Βύρωνα .**



Το 65% των χρηστών προέρχονται από το δήμο Βύρωνα ενώ καταγράφεται ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της τάξης του 35% χρηστών που προέρχονται από άλλους δήμους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία το πίνακα 2 παρακάτω φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων 54% ήταν ικανοποιημένοι ενώ ένα επίσης μεγάλο ποσοστό (25%) ήταν πολύ ευχαριστημένοι όσον αφορά την ευκολία προσέλευσης προς το Κ Υ.

**Πίνακας 5 :Βαθμός ικανοποίησης από την προσέλευση προς το ΚΥ .**

<b>Βαθμ. Ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>29</b>	<b>11,5</b>
<b>Ουδέτερος</b>	<b>23</b>	<b>9,1</b>
<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>134</b>	<b>53,2</b>
<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>	<b>62</b>	<b>24,6</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 6: Βαθμός ικανοποίησης από τις υποδομές πρόσβασης, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, προς το Κ.Υ αλλά και προς τα εξωτερικά ιατρεία**

<b>Βαθμ. Ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	<b>2</b>	<b>0.8</b>
<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>7</b>	<b>2.8</b>
<b>Ουδέτερος</b>	<b>86</b>	<b>34.1</b>
<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>109</b>	<b>43.3</b>
<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>	<b>8</b>	<b>3.2</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>40</b>	<b>15.9</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Από όπου προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι ικανοποιημένοι από την πρόσβαση ενώ ταυτόχρονα ένα μεγάλο ποσοστό δηλώνει ουδέτερο (34.1%).

Με την είσοδο στο Κ.Υ. το 56.9% διάβασε το ενημερωτικό φυλλάδιο, εκ των οποίων ο βαθμός ικανοποίησης από την ενημέρωση περί εμβολιασμών φαίνεται στο πίνακα 7 και για την παροχή κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας στον πίνακα 8.

**Πίνακας 7 : Βαθμός ικανοποίησης από την ενημέρωση περί εμβολιασμών .**

<b>Βαθμ. Ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Ουδέτερος</b>	<b>7</b>	<b>2,8</b>
<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>119</b>	<b>47,2</b>
<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>	<b>7</b>	<b>2,8</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>118</b>	<b>46,8</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Σχεδόν ένας στους δύο χρήστες δηλώνει ικανοποιημένος από την ενημέρωση μέσω του φυλλαδίου για τα εμβόλια.

Από τα στοιχεία του πίνακα 8 φαίνεται ότι πάνω από τους μισούς χρήστες από αυτούς που απάντησαν είναι ικανοποιημένοι από την ενημέρωση μέσω του φυλλαδίου για την κατ' οίκο νοσηλεία και φροντίδα

**Πίνακας 8: Βαθμός ικανοποίησης από την παροχή κατ' οίκο νοσηλείας και φροντίδας .**

<b>Βαθμ. Ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	-	-
<b>Δυσαρεστημένος</b>	-	-
<b>Ουδέτερος</b>	<b>44</b>	<b>17,5</b>
<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>48</b>	<b>19,0</b>
<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>155</b>	<b>61,5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από την υποδομή του κέντρου παρουσιάζεται στο πίνακα 9 παρακάτω απ' όπου προκύπτει ότι :

Από το χώρο γενικά είναι όλοι ικανοποιημένοι, από την καθαριότητα το 99.2% ικανοποιημένοι και πολύ ικανοποιημένοι, από το wc το 92% και από την αίθουσα αναμονής το 98%.

**Πίνακας 9: Βαθμός ικανοποίησης από την υποδομή του Κ Υ .**

<b>Ικανοποίηση από:</b>	<b>Βαθμός Ικανοποίησης.</b>	<b>Αριθμ. χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>το χώρο</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>182</b>	<b>72,2</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>68</b>	<b>27,0</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>
<b>την καθαριότητα</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>162</b>	<b>64,3</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>86</b>	<b>34,1</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>
<b>το W C</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>20</b>	<b>7,9</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>165</b>	<b>65,5</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>65</b>	<b>25,8</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>
<b>την αίθουσα αναμονής</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>174</b>	<b>69,0</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>72</b>	<b>28,6</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>252</b>	<b>100</b>

Ο βαθμός ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα 10.

**Πίνακας 10 Βαθμός ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό .**

<b>Ικανοποίηση από:</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Την κατάρτιση των ιατρών</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>9</b>	<b>3,6</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>25</b>	<b>9,9</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>111</b>	<b>44,0</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>106</b>	<b>42,1</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Την ευγένεια των ιατρών</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>8</b>	<b>3,2</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>115</b>	<b>45,6</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>124</b>	<b>49,2</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Το ενδιαφέρον των ιατρών</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>6</b>	<b>2,4</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>116</b>	<b>46,0</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>121</b>	<b>48,0</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>252</b>	<b>100</b>

Από την επιστημονική κατάρτιση των ιατρών το 86.1% των χρηστών είναι ικανοποιημένοι, το 94.8% ικανοποιημένοι από την ευγένειά των και το 94% από το ενδιαφέρον. Οι ουδέτεροι και οι δυσανεστημένοι είναι σε ελάχιστα ποσοστά.

Αντίστοιχα δεδομένα για τους νοσηλευτές παρέχονται στο πίνακα 11 παρακάτω.

**Πίνακας 11: Βαθμός ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό .**

<b>Ικανοποίηση από:</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Την κατάρτιση των νοσηλευτών</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>25</b>	<b>9,9</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>99</b>	<b>39,3</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>82</b>	<b>32,5</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>46</b>	<b>18,3</b>
<b>Την ευγένεια των νοσηλευτών</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>18</b>	<b>7,1</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>106</b>	<b>42,1</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>82</b>	<b>32,5</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>45</b>	<b>17,9</b>
<b>Το ενδιαφέρον των νοσηλευτών</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>19</b>	<b>7,5</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>106</b>	<b>42,1</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>82</b>	<b>32,5</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>45</b>	<b>17,9</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>252</b>	<b>100</b>

Από την επιστημονική κατάρτιση των νοσηλευτών το 71.8% είναι ικανοποιημένοι και πολύ ικανοποιημένοι, από την ευγένεια είναι το 74.6% και από το ενδιαφέρον είναι επίσης το 74.6%. Οι ουδέτεροι και οι δυσανεστημένοι είναι σε ελάχιστα ποσοστά.

Ο βαθμός ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό παρουσιάζεται στο αμέσως επόμενο πίνακα (πίνακας 12).

**Πίνακας 12: Βαθμός ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό .**

<b>Ικανοποίηση από:</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Την οργάνωσή του</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>3</b>	<b>1,2</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>20</b>	<b>7,9</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>73</b>	<b>29,0</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>58</b>	<b>23,0</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>98</b>	<b>38,9</b>
<b>Την ευγένεια του</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>20</b>	<b>7,9</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>73</b>	<b>29,0</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>58</b>	<b>23,0</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>96</b>	<b>38,1</b>
<b>Το ενδιαφέρον του</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>3</b>	<b>1,2</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>21</b>	<b>8,3</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>75</b>	<b>29,8</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>56</b>	<b>22,2</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>97</b>	<b>38,5</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>252</b>	<b>100</b>

Από τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το 52% μόλις είναι ευχαριστημένο από την οργάνωση του διοικητικού προσωπικού, ισόποσο ποσοστό για την ευγένειά του και ακόμη ίδιο το ποσοστό για το ενδιαφέρον. Το ποσοστό που δεν απάντησαν στο ερώτημα αυτό είναι περίπου 39%.



**Πίνακας 13: Βαθμός ικανοποίησης από απόψεως χρόνου για το ραντεβού, αναμονή στην αίθουσα και το χρόνο εξέτασης.**

<b>Ικανοποίηση από:</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Χρονικό διάστημα ραντεβού</b>	<b>Πολύ δυσ/μένος</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>38</b>	<b>15,1</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>12</b>	<b>4,8</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>198</b>	<b>78,6</b>
<b>Χρόνο αναμονής στην αίθουσα</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>19</b>	<b>7,5</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>49</b>	<b>19,4</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>137</b>	<b>54,4</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>46</b>	<b>18,3</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Χρόνο εξέτασης</b>	<b>Πολύ δυσ/μένος</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>15</b>	<b>6,0</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>160</b>	<b>63,5</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>45</b>	<b>17,9</b>
	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>27</b>	<b>10,7</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>252</b>	<b>100</b>

Από το χρονικό διάστημα του ραντεβού μόνο το 19.8% είναι ικανοποιημένο, ενώ το 78.6% δεν απάντησε στο ερώτημα.

Από το χρόνο αναμονής στην αίθουσα το 72.7% είναι ικανοποιημένο και το 7.5% δυσανεστημένο. Τέλος από το χρόνο εξέτασης το 81.4% είναι ικανοποιημένο.

**Πίνακας 14: Βαθμός ικανοποίησης από την ενημέρωση των γιατρών σχετικά με τα αποτελέσματα και τη θεραπεία .**

<b>Βαθμ. Ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
<b>Ουδέτερος</b>	<b>10</b>	<b>4,0</b>
<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>163</b>	<b>64,7</b>
<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>	<b>30</b>	<b>11,9</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>44</b>	<b>17,5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Διαπιστώνεται ότι 76.6% είναι ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα και τη θεραπεία, το 17.5% δεν απάντησε και μικρό ποσοστό ήταν οι δυσαρεστημένοι.

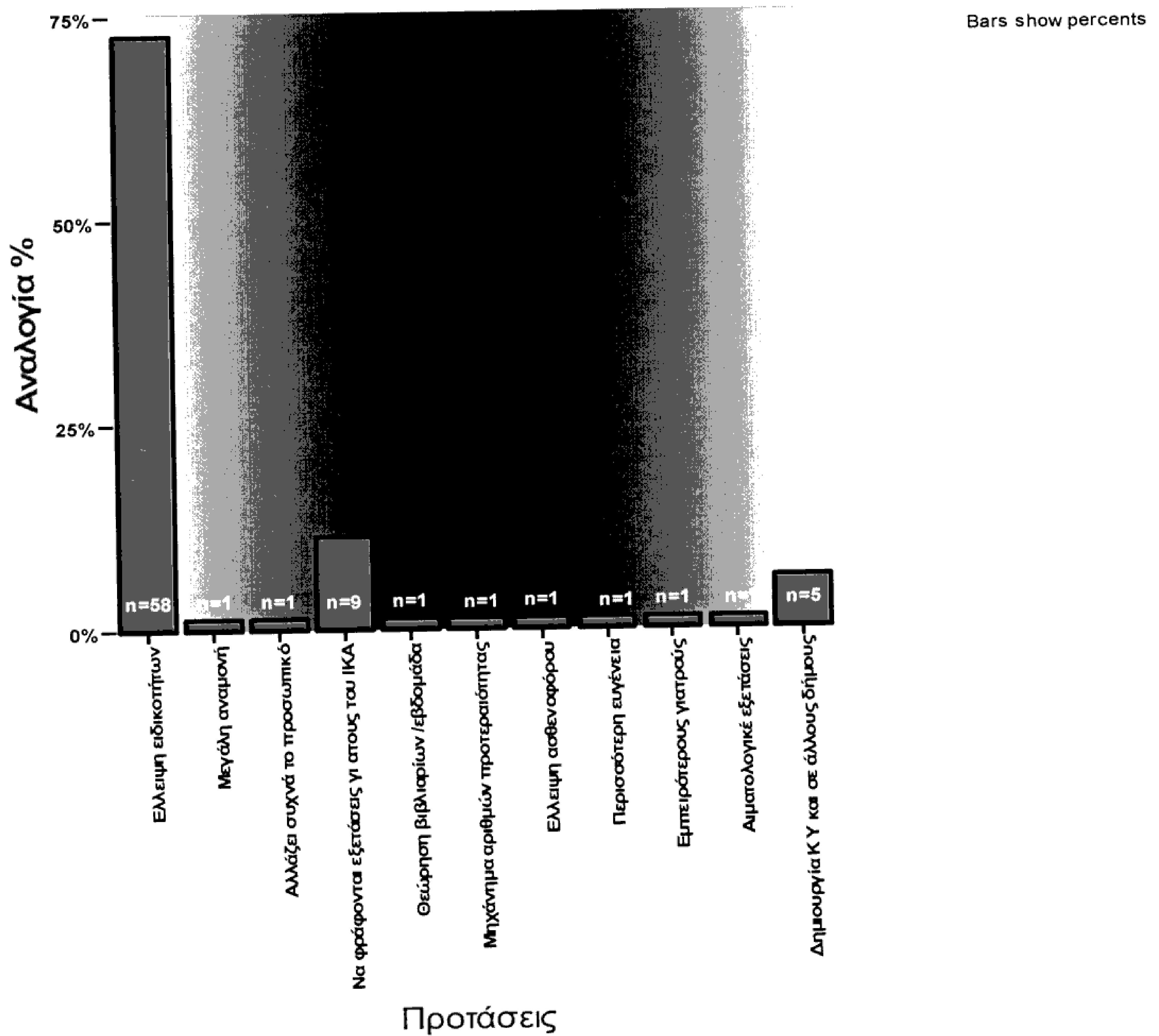
Ο βαθμός ικανοποίησης από την αναβάθμιση του Κ Υ παρουσιάζεται στο παρακάτω πίνακα όπου το 40.1% είναι ικανοποιημένο και το 54.4 δηλώνει ουδέτερο.

**Πίνακας 15: Βαθμός ικανοποίησης από την αναβάθμιση του ΚΥ .**

<b>Βαθμ. Ικανοποίησης</b>	<b>Αριθμός χρηστών</b>	<b>Αναλογία %</b>
<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
<b>Ουδέτερος</b>	<b>137</b>	<b>54,4</b>
<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>90</b>	<b>35,7</b>
<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>	<b>11</b>	<b>4,4</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>9</b>	<b>3,6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Τέλος η κατανομή των διαφόρων προτάσεων για καλυτέρευση της κατάστασης παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα απ' όπου προκύπτει ότι η έλλειψη ειδικοτήτων υποδεικνύεται από το 72,5%, η δημιουργία Κ Υ σε άλλους δήμους σε ποσοστό 6,3% ενώ άλλες προτάσεις παρουσιάστηκαν σπανιότερα.

**Διάγραμμα 9: Κατανομή των προτάσεων για καλύτερη κατάσταση.**



Από την εφαρμογή του  $\chi^2$ - ελέγχου ελήφθησαν τα παρακάτω αποτελέσματα αφού επανακωδικοποιήθηκαν ( συμπτύχτηκαν) ορισμένες κατηγορίες των μεταβλητών ηλικία , εκπαίδευση και εισόδημα).

### **α) Βαθμός ικανοποίησης αναλόγως του φύλου.**

Από την εφαρμογή του ελέγχου διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συχνότητα του βαθμού ικανοποίησης προς το Κ Υ μεταξύ ανδρών και γυναικών  $P=0.001$ .

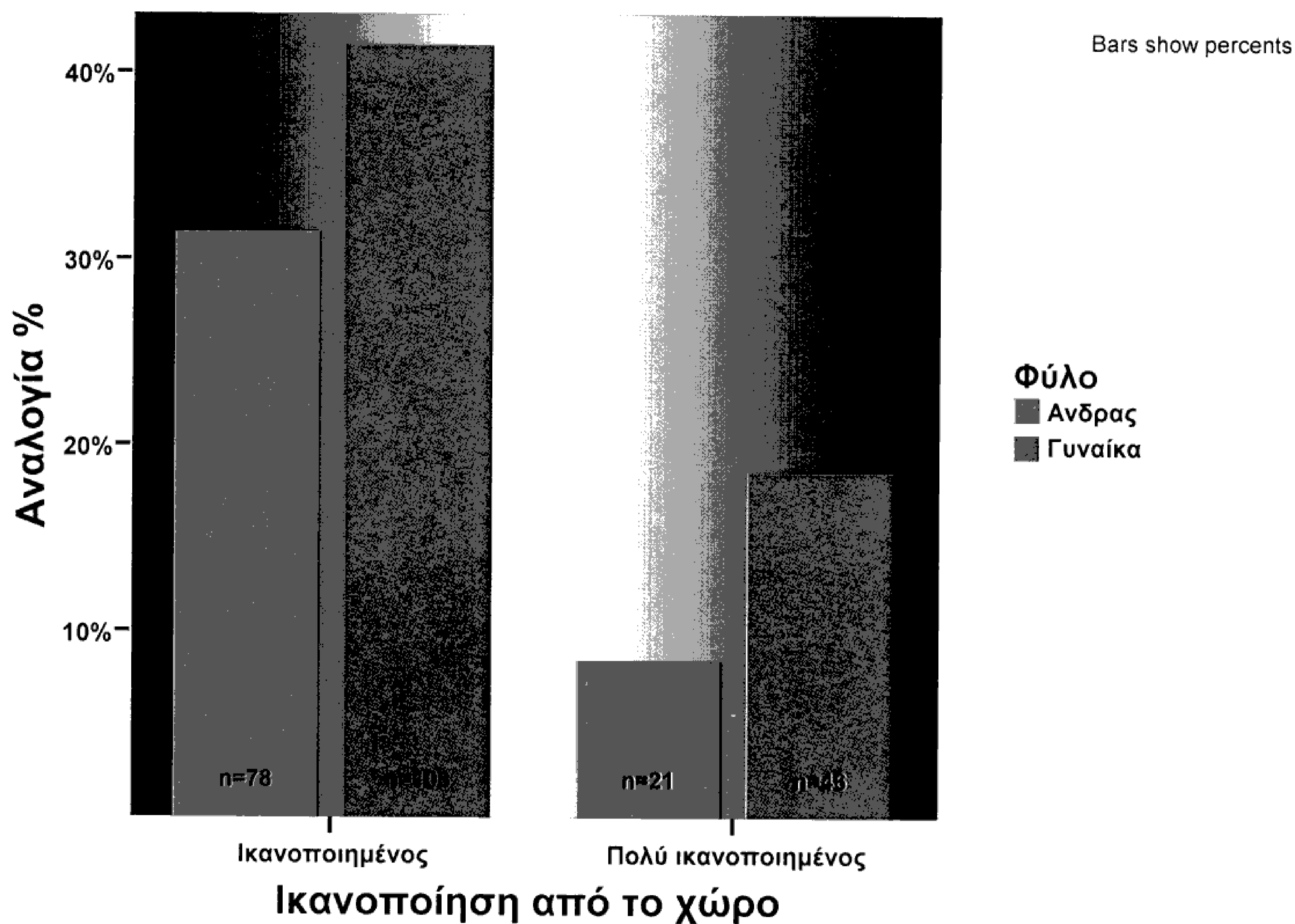
**Πίνακας 16: Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ αναλόγως του φύλου.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ</b>	<b>Βαθμός ικανοπ.</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>29</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>23</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>68</b>	<b>66</b>	<b>134</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>13</b>	<b>47</b>	<b>60</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>98</b>	<b>148</b>	<b>246</b>

Ειδικότερα δε οι γυναίκες είναι συχνότερα δυσανεστημένες και ουδέτερες συγκριτικά με τους άνδρες ενώ οι άνδρες είναι συχνότερα ικανοποιημένοι από ότι οι γυναίκες. Τέλος πολύ ικανοποιημένες είναι συχνότερα οι γυναίκες από ότι οι άνδρες.

Ο βαθμός ικανοποίησης όσον αφορά το χώρο είναι ίδιος μεταξύ ανδρών και γυναικών  $P=0.093$  (διάγραμμα 10 ).

**Διάγραμμα 10: Κατανομή Βαθμού ικανοποίησης ανδρών και γυναικών από το χώρο του Κ Υ.**



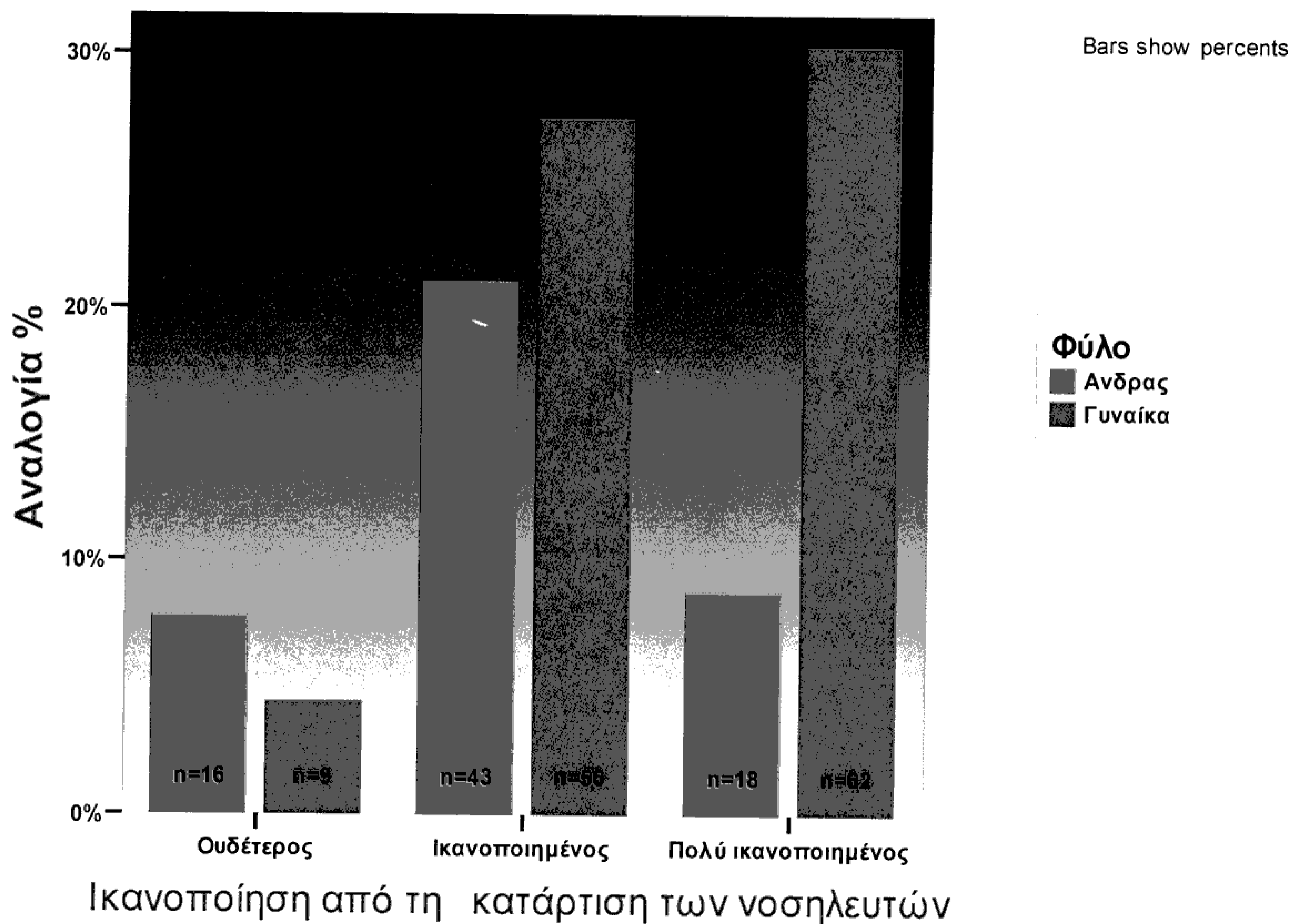
Επίσης ο βαθμός ικανοποίησης από τη WC είναι ίδιος μεταξύ ανδρών και γυναικών  $P=0.22$  πίνακας 17 παρακάτω.

**Πίνακας 17: Βαθμός ικανοποίησης από τη WC ανάλογα του φύλου.**

Βαθμός ικανοποίησης από το wc	Βαθμός ικανοπ.	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Ουδέτερος		10	10	20
Ικανοποιημένος		68	96	164
Πολύ ικανοπ.		20	44	64
Σύνολο		98	150	248

Ο βαθμός ικανοποίησης από την κατάρτιση των νοσηλευτών αναλόγως του φύλου διαφοροποιείται  $p < 0.001$ . Ειδικότερα οι άνδρες είναι λιγότερο ‘πολύ ικανοποιημένοι’ από την κατάρτιση των νοσηλευτών συγκριτικά με τις γυναίκες ταυτόχρονα δε είναι και ουδέτεροι συχνότερα από ότι οι γυναίκες.

**Διάγραμμα 11: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης ανδρών και γυναικών από τη κατάρτιση των νοσηλευτών /ριών του Κ Υ.**



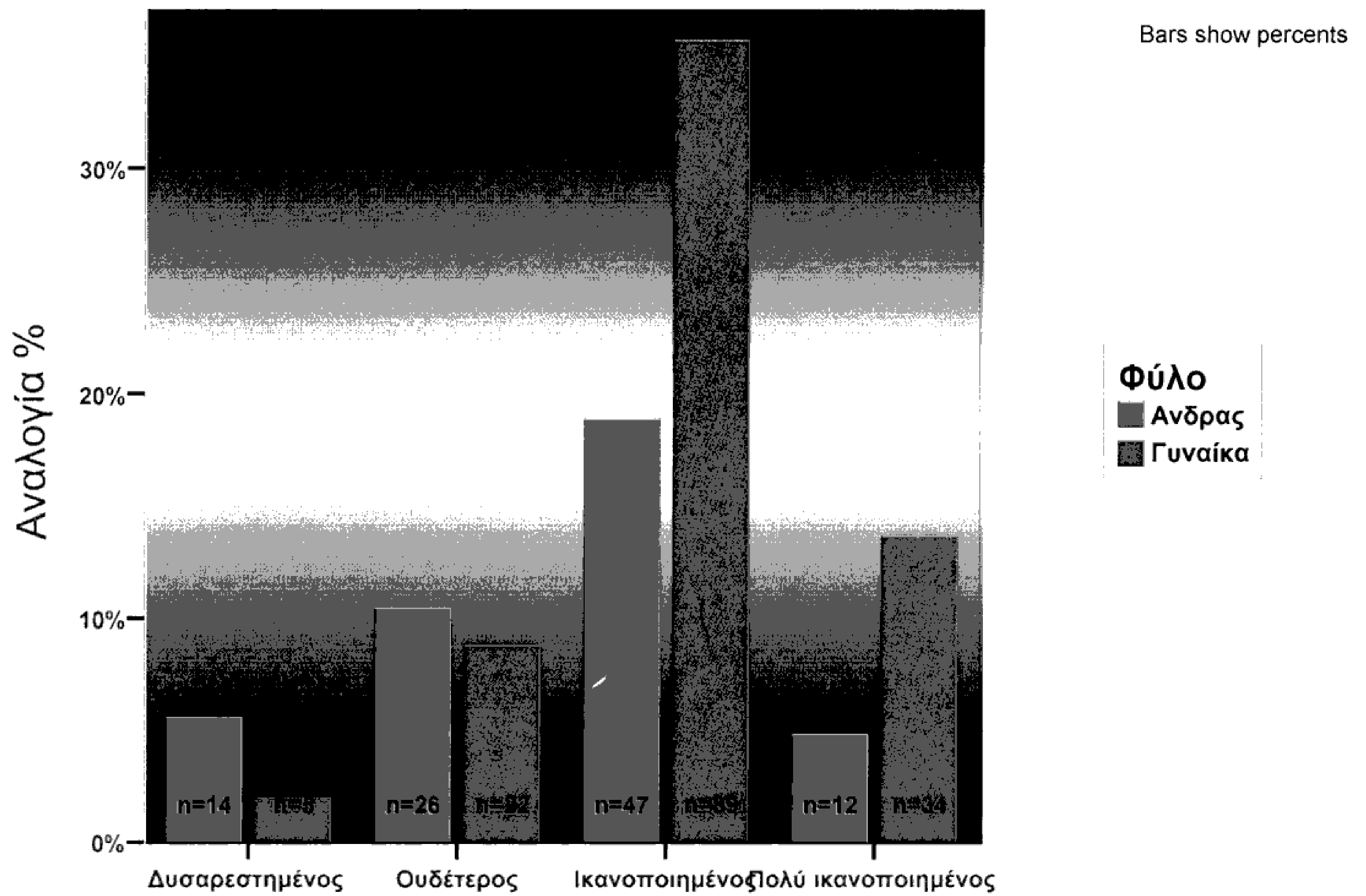
Άνδρες και γυναίκες διαφοροποιούνται ως προς το βαθμό ικανοποίησης από το ενδιαφέρον των νοσηλευτών  $p < 0.001$ .

**Πίνακας 18: Βαθμός ικανοποίησης για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών ανάλογα του φύλου.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών .</b>	<b>Βαθμός ικανοπ.</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>19</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>47</b>	<b>59</b>	<b>106</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>17</b>	<b>63</b>	<b>80</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>77</b>	<b>128</b>	<b>205</b>

Τέλος άνδρες και γυναίκες διαφοροποιούνται ως προς το βαθμό ικανοποίησης από το χρόνο στη αίθουσα αναμονής  $p < 0.001$ . Οι γυναίκες είναι συχνότερα ‘πολύ ικανοποιημένες’ από ότι οι άνδρες από το χρόνο αναμονής στην αίθουσα ενώ οι άνδρες είναι συχνότερα δυσαρεστημένοι από ότι οι γυναίκες.

**Διάγραμμα 12: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης ανδρών και γυναικών από το χρόνο αναμονής στην αίθουσα.**



Ικανοποίηση από το χρόνο στην αίθουσα αναμονής

Η εξαγωγή σχέσης των υπόλοιπων ερωτήσεων με το φύλο δεν κατέστη δυνατή λόγω του μεγέθους του δείγματος και κατ'επέκταση μη εκπλήρωσης των στατιστικών προϋποθέσεων εφαρμογής του ελέγχου.



## β) Βαθμός ικανοποίηση αναλόγως της ηλικίας

Η συχνότητα του βαθμού ικανοποίησης για τη προσέλευση στο Κ.Υ. ανάλογα με την ηλικία των χρηστών παρουσιάζεται στο πίνακα 19. Από τον έλεγχο προέκυψε ότι ο βαθμός ικανοποίησης διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία των χρηστών  $p < 0.001$ .

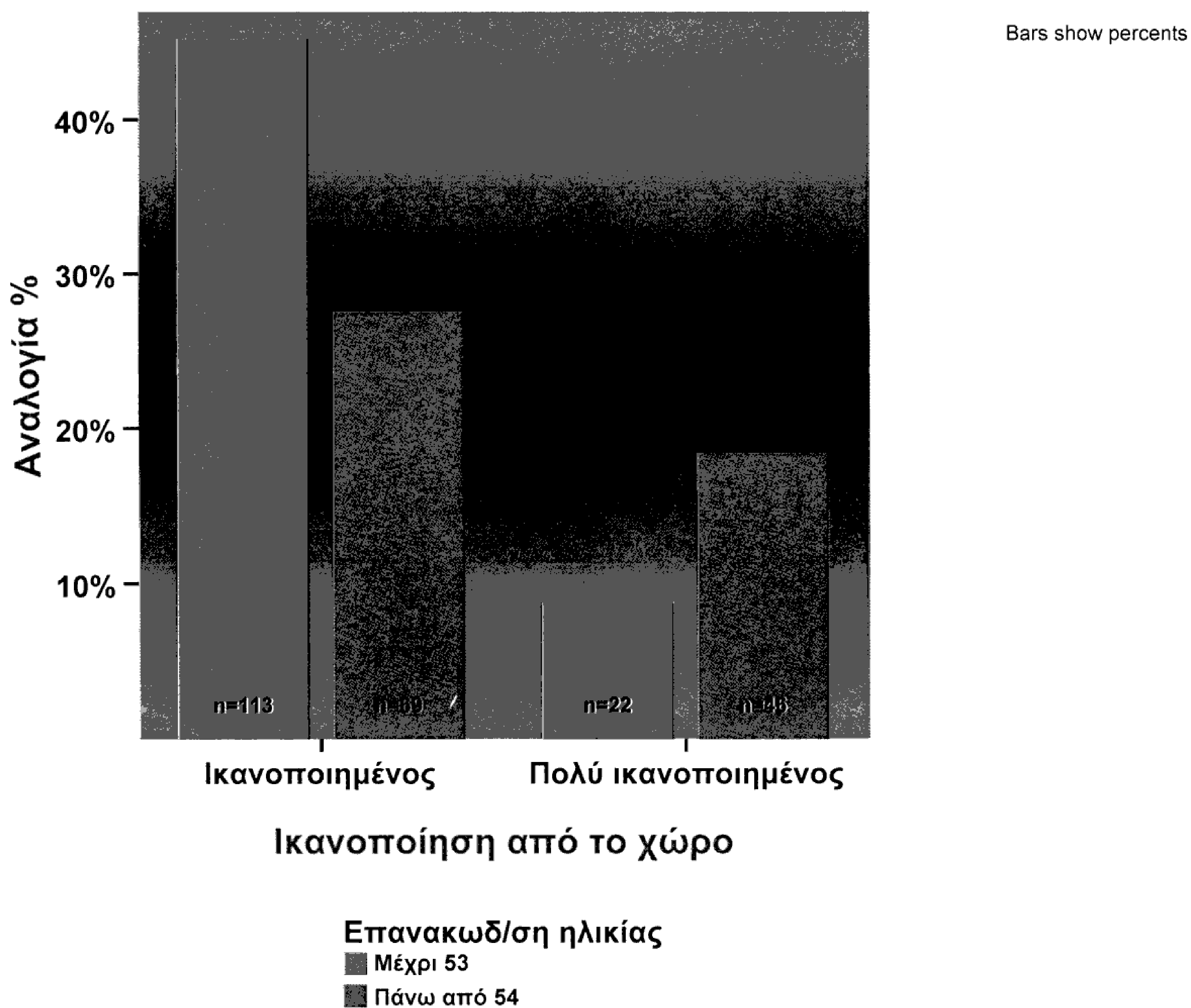
Ειδικότερα οι μικρότερες ηλικίες (κάτω των 53 ετών) είναι συχνότερα δυσαρεστημένοι ενώ οι άνω των 54 είναι συχνότερα ικανοποιημένοι .

**Πίνακας 19: Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ. Υ. αναλόγως της ηλικίας.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ</b>	<b>Βαθμός ικανοπ.</b>	<b>Μέχρι 53</b>	<b>54 και πάνω</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>29</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>23</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>81</b>	<b>53</b>	<b>134</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>18</b>	<b>44</b>	<b>62</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>133</b>	<b>115</b>	<b>248</b>

Ο βαθμός ικανοποίησης από το χώρο διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία των χρηστών  $p < 0.001$  όπου οι άνω των 54 ετών είναι σε υψηλότερο βαθμό ικανοποιημένοι από ότι οι νεώτεροι (διάγραμμα 13).

**Διάγραμμα 13: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως της ηλικίας από το χώρο.**



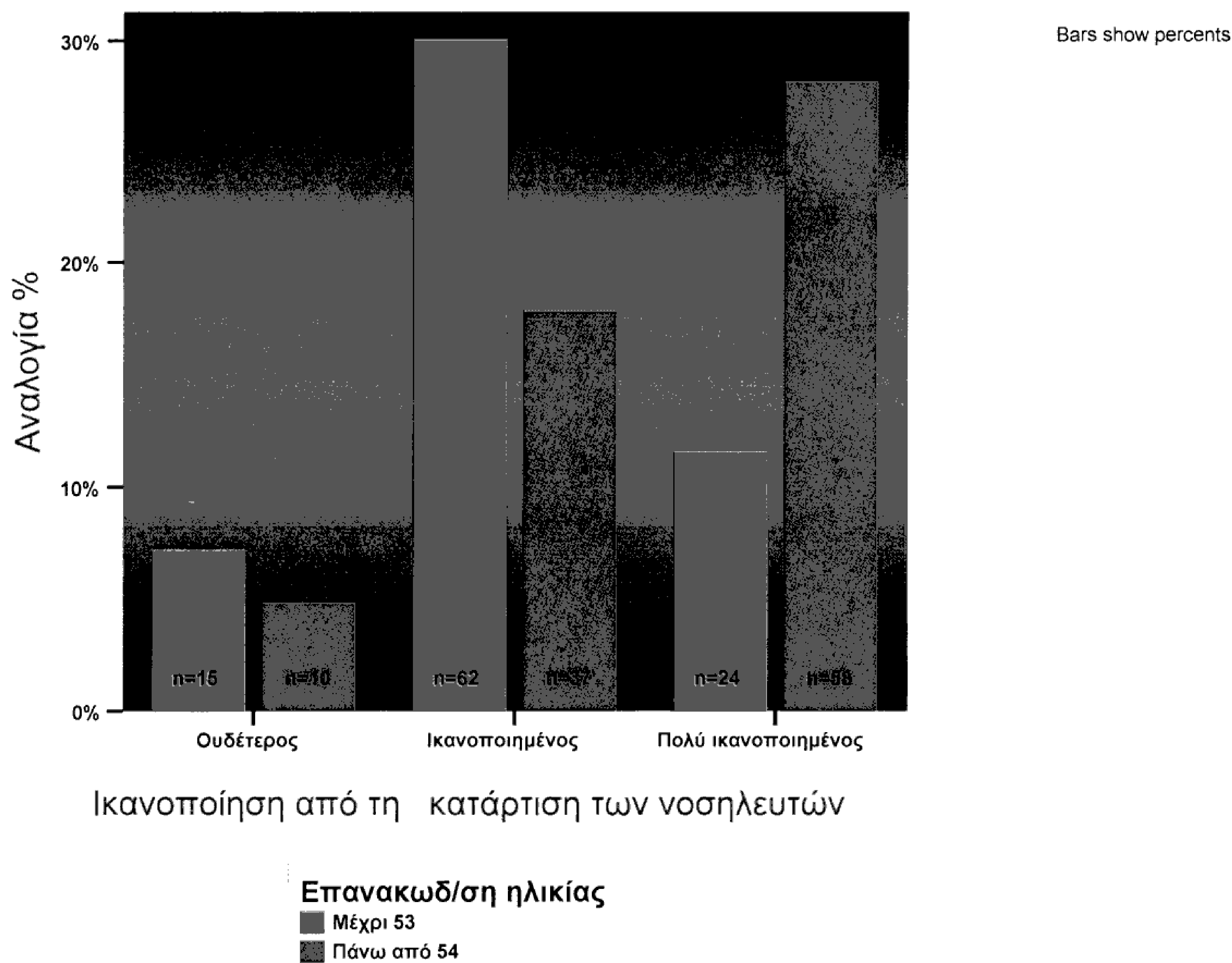
Ο βαθμός ικανοποίησης για το *we* διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία των χρηστών  $p < 0.001$ . Οι νεότεροι στην ηλικία είναι συχνότερα ουδέτεροι και απλά ‘ικανοποιημένοι’, ενώ οι γηραιότεροι είναι συχνότερα ‘πολύ ικανοποιημένοι’ (πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Βαθμός ικανοποίησης για τη wc αναλόγως της ηλικίας.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης για τη wc</b>	<b>Βαθμός ικανοπ.</b>	<b>Μέχρι 53</b>	<b>54 και πάνω</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>99</b>	<b>66</b>	<b>165</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>20</b>	<b>45</b>	<b>65</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>135</b>	<b>115</b>	<b>250</b>

Ανάλογα με την ηλικία των χρηστών διαφοροποιείται ο βαθμός ικανοποίησης από την κατάρτιση των νοσηλευτών/ριών  $p < 0.001$  (επόμενο διάγραμμα).

**Διάγραμμα 14: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως της ηλικίας από τη κατάρτιση των νοσηλευτών/ριών.**



Επίσης διαφοροποιείται ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών/ριών ανάλογα με την ηλικία των  $p < 0.001$ . Ειδικότερα οι γηραιότεροι είναι συχνότερα 'πολύ ικανοποιημένοι'

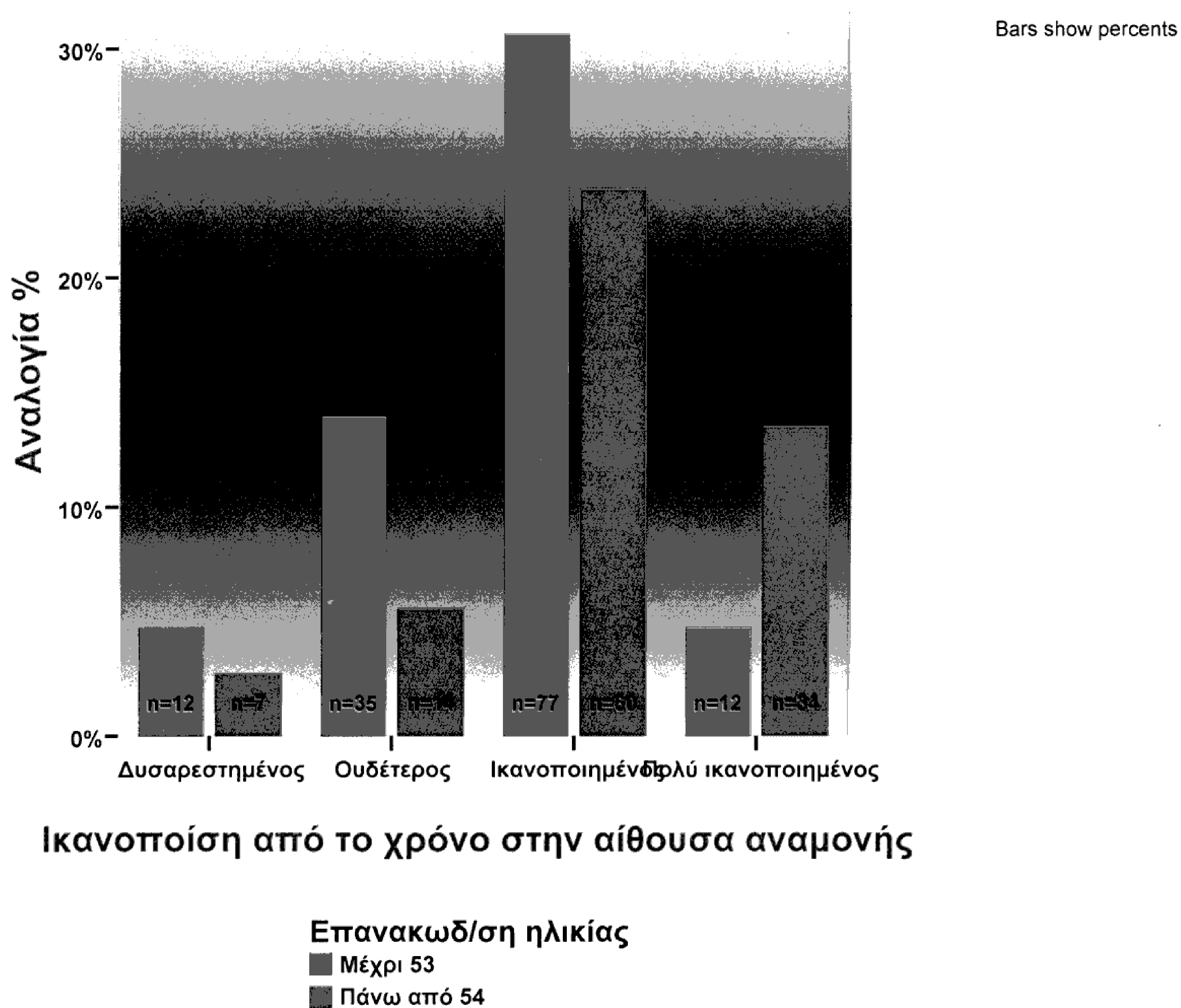
συγκριτικά με του νεότερους που είναι συχνότερα ουδέτεροι ή απλά ‘ικανοποιημένοι’ (βλέπε επόμενο πίνακα).

**Πίνακας 21: Βαθμός ικανοποίησης για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών αναλόγως της ηλικίας.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης για το ενδιαφέρον των νοσηλευτών /ριών</b>	<b>Βαθμός ικανοπ.</b>	<b>Μέχρι 53</b>	<b>54 και πάνω</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Ουδέτερος</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>19</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>66</b>	<b>40</b>	<b>106</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>25</b>	<b>57</b>	<b>82</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>102</b>	<b>105</b>	<b>207</b>

Ανάλογα με την ηλικία ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από το χρόνο στη αίθουσα αναμονής διαφοροποιείται  $p < 0.001$ , όπου και πάλι οι νεότεροι είναι συχνότερα δυσαρεστημένοι και ουδέτεροι από το χρόνο αναμονής στην αίθουσα ενώ οι μεγαλύτεροι είναι συχνότερα ‘πολύ ικανοποιημένοι’ (διάγραμμα 15).

**Διάγραμμα 15: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως της ηλικίας από το χρόνο στην αίθουσα αναμονής.**



Άλλες συσχετίσεις με την ηλικία δεν διαπιστώθηκαν λόγω μεγέθους δείγματος και αδυναμίας εφαρμογής του ελέγχου.

### γ) Ικανοποίηση αναλόγως της εκπαίδευσης.

Ο βαθμός ικανοποίησης για το χώρο διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών  $p < 0.001$  όπου οι απόφοιτοι των ΠΑΝ/ΤΕΙ και οι έχοντες μεταπτυχιακούς τίτλους είναι συχνότερα απλά 'ικανοποιημένοι' και σπανιότερα 'πολύ ικανοποιημένοι'. Η εικόνα αντιστρέφεται για τα άλλα επίπεδα εκπαίδευσης (πίνακας 19).

**Πίνακας 22: Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ αναλόγως της εκπαίδευσης.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης από τον χώρο</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης.</b>	<b>ΠΑΝ /ΤΕΙ</b>	<b>Μεταπτ. τίτλος</b>	<b>Μέση</b>	<b>Βασική</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>74</b>	<b>20</b>	<b>61</b>	<b>27</b>	<b>182</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>68</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>23</b>	<b>83</b>	<b>35</b>	<b>68</b>

Άλλες συσχετίσεις με το επίπεδο εκπαίδευσης δεν διαπιστώθηκαν λόγω μη εκπλήρωσης των στατιστικών προϋποθέσεων εφαρμογής του ελέγχου.

**γ) Ικανοποίηση αναλόγως της εκπαίδευσης.**

Ο βαθμός ικανοποίησης για το χώρο διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών  $p < 0.001$  όπου οι απόφοιτοι των ΠΑΝ/ΤΕΙ και οι έχοντες μεταπτυχιακούς τίτλους είναι συχνότερα απλά 'ικανοποιημένοι' και σπανιότερα 'πολύ ικανοποιημένοι'. Η εικόνα αντιστρέφεται για τα άλλα επίπεδα εκπαίδευσης (πίνακας 19).

**Πίνακας 22: Βαθμός ικανοποίησης προς το Κ Υ αναλόγως της εκπαίδευσης.**

<b>Βαθμός ικανοποίησης από τον χώρο</b>	<b>Βαθμός ικανοποίησης.</b>	<b>ΠΑΝ /ΤΕΙ</b>	<b>Μεταπτ. τίτλος</b>	<b>Μέση</b>	<b>Βασική</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>74</b>	<b>20</b>	<b>61</b>	<b>27</b>	<b>182</b>
	<b>Πολύ ικανοπ.</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>68</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>82</b>	<b>23</b>	<b>83</b>	<b>35</b>	<b>68</b>

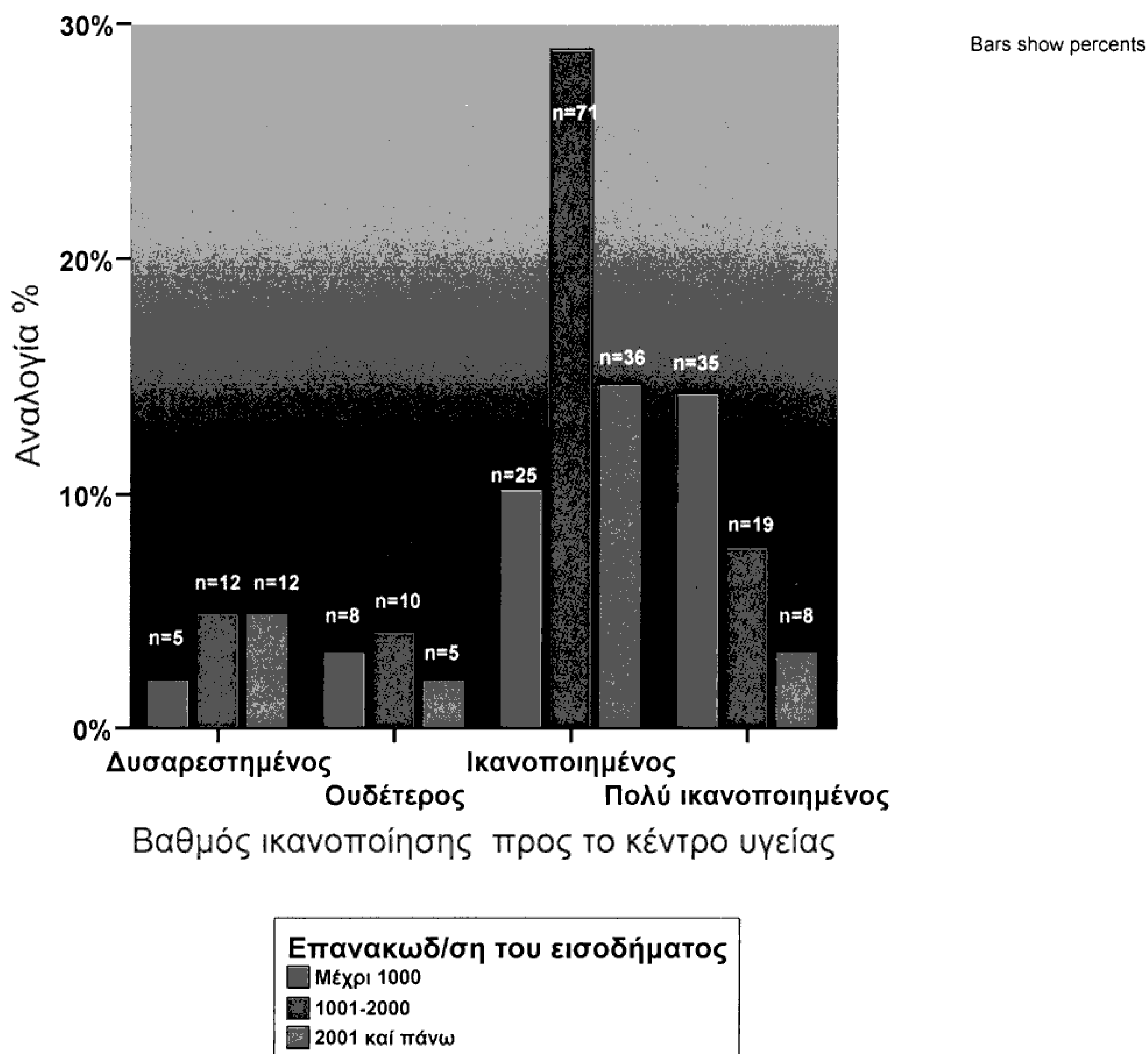
Άλλες συσχετίσεις με το επίπεδο εκπαίδευσης δεν διαπιστώθηκαν λόγω μη εκπλήρωσης των στατιστικών προϋποθέσεων εφαρμογής του ελέγχου.



δ) Ικανοποίηση αναλόγως του εισοδήματος.

Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών για την προσέλευση στο Κ. Υ . διαφοροποιείται ανάλογα με το εισόδημά τους  $p < 0.001$ .

**Διάγραμμα 16: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης αναλόγως του εισοδήματος κατά την προσέλευση στο Κ. Υ .**



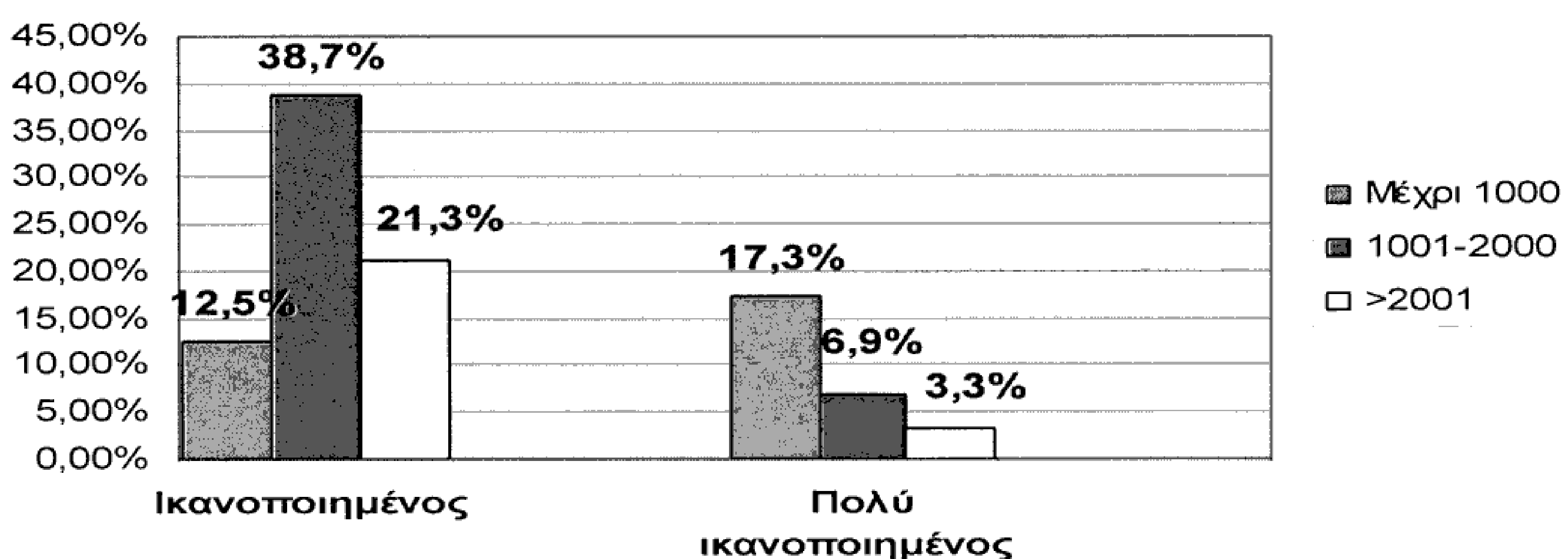
Ειδικότερα αυξάνεται η δυσαρέσκεια αυξανόμενου του εισοδήματος, μειώνεται η ουδετερότητα της ικανοποίησης αυξανόμενου του εισοδήματος, αυξάνεται η ικανοποίηση ‘απλά’ αυξανόμενου του εισοδήματος ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το ‘πολύ ικανοποιημένος’ αυξανόμενου και πάλι του εισοδήματος.

Διαφοροποιείται ο βαθμός ικανοποίησης από το χώρο αναλόγως του εισοδήματος  $p < 0.001$ . Ειδικότερα η ικανοποίηση από το χώρο αυξάνεται αυξανόμενου του εισοδήματος, ενώ το ‘πολύ ικανοποιημένος’ μειώνεται με την αύξηση του εισοδήματος (πίνακας 23).

**Πίνακας 23: Βαθμός ικανοποίησης από το χώρο αναλόγως του εισοδήματος.**

Ικανο- ποίηση από τον χώρο	Βαθμός ικανοπ.	Μέχρι 1000	1001- 2000	>2001	Σύνολο
	Ικανοποιη- μένος.	31	96	53	180
	Πολύ ικανο- ποιημένος	43	17	8	68
	<b>Σύνολο</b>	<b>74</b>	<b>113</b>	<b>61</b>	<b>248</b>

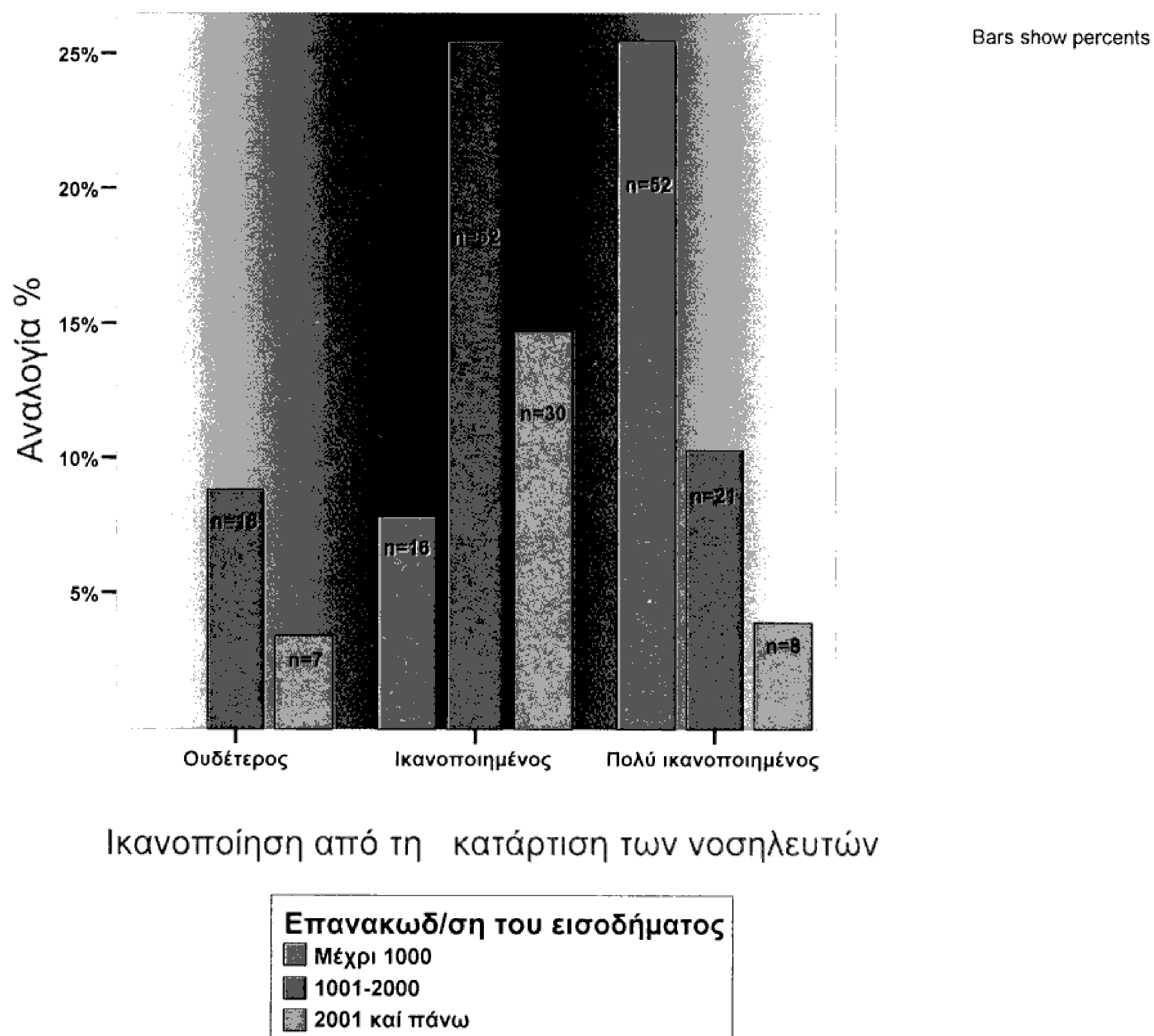
**Διάγραμμα 17: Βαθμός ικανοποίησης από το χώρο αναλόγως του εισοδήματος.**



Ο βαθμός ικανοποίησης από την κατάρτιση των νοσηλευτών διαφοροποιείται ανάλογα με το εισόδημα  $p=0.001$  (βλέπε κατωτέρω διάγραμμα 18).

Ειδικά η ουδετερότητα για την κατάρτιση των νοσηλευτών μειώνεται αυξανόμενου του εισοδήματος, το απλά ‘ικανοποιημένος’ αυξάνει αυξανόμενου και πάλι του εισοδήματος αλλά το ‘πολύ ικανοποιημένος’ μειώνεται αυξανόμενου του εισοδήματος

**Διάγραμμα 18: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης από τη κατάρτιση των νοσηλευτών αναλόγως του εισοδήματος.**



## Αποτελέσματα από τις συνεντεύξεις

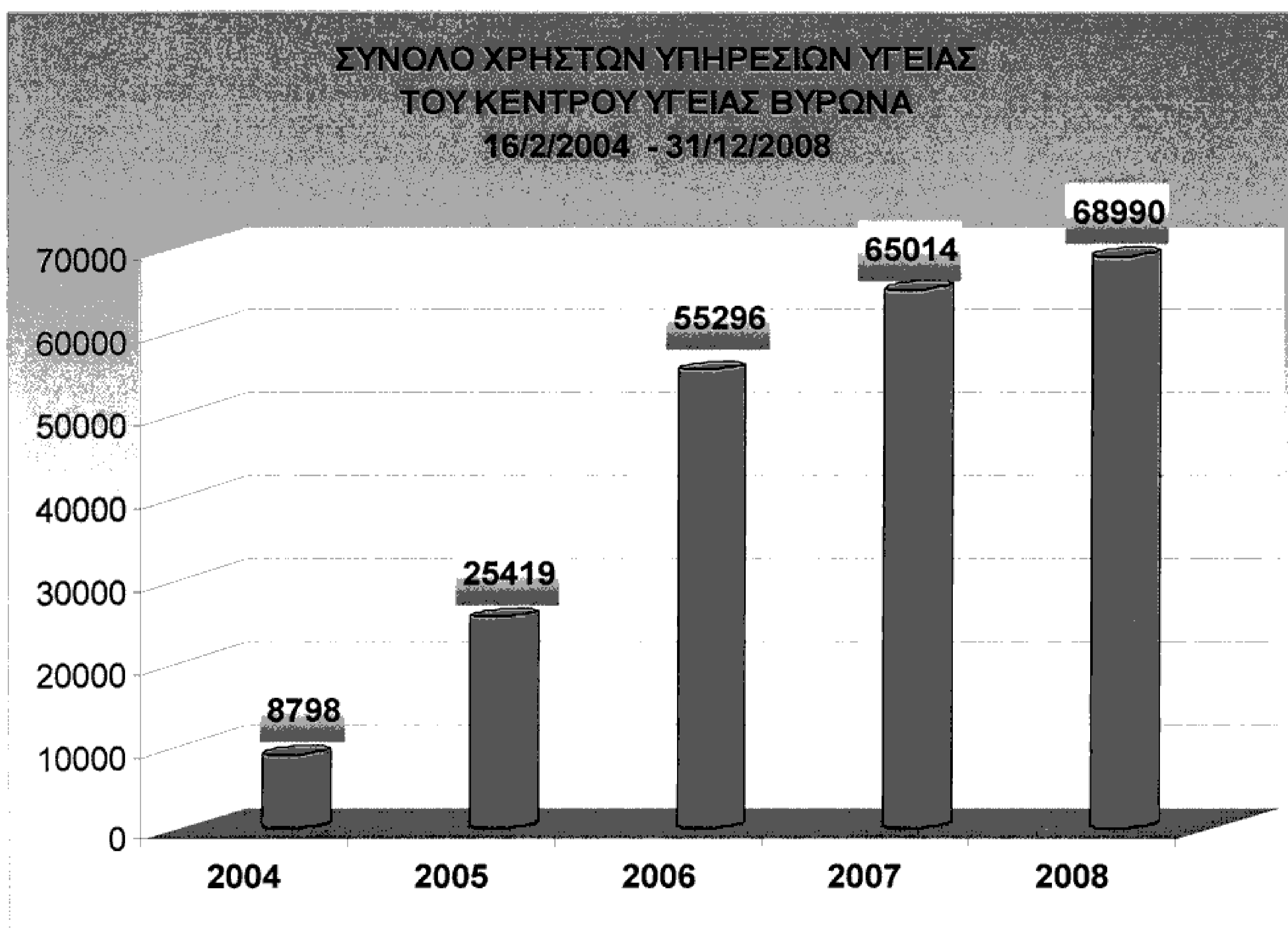
### ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1)Ο προϊστάμενος γενικός ιατρός και οι συνάδελφοί του τόνισαν την ικανοποίηση τους από το πολύ σημαντικό έργο που έχει πραγματοποιηθεί από την έναρξη λειτουργίας του Κέντρου Υγείας μέχρι και σήμερα. Συγκεκριμένα ανέφεραν

Κατά τη διάρκεια της 6 ετούς λειτουργίας του, 295,684 πολίτες επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας Βύρωνα. Από τους παραπάνω, 132,252 επισκέφθηκαν το τμήμα επειγόντων. Το 98,48% αυτών εξυπηρετήθηκε εντός του Κέντρου και 1,52% παραπέμφθηκε σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση και νοσηλεία.

Αυτό αποτελεί απόδειξη του πολύ σημαντικού έργου που παρέχουν οι γενικοί ιατροί του Κ.Υ στην κοινότητα .

### **Διάγραμμα 18:Σύνολο χρηστών υπηρεσιών υγείας του Κ.Υ. Βύρωνα**



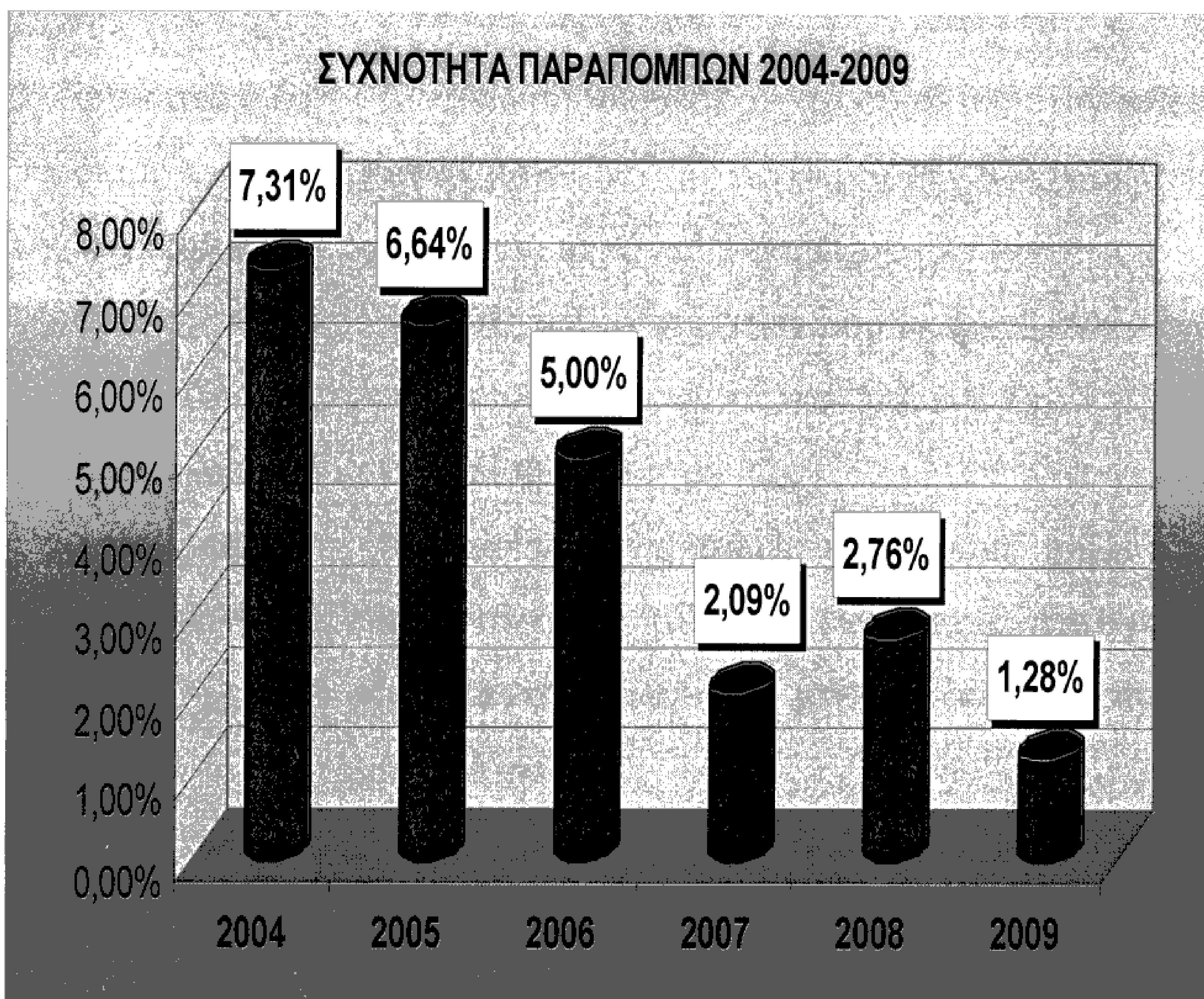
(Το παραπάνω διάγραμμα είναι αποτέλεσμα επεξεργασίας που έγινε από τον ερευνητή ,από στοιχεία που του δόθηκαν από το Κ.Υ Βύρωνα .)

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ 2004-2009

Πίνακας 24: Συχνότητα παραπομπών 2004-2009

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 2004	7,31%
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 2005	6,64%
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 2006	5,00%
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 2007	2,09%
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 2008	2,76%
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 2009	1,28%

Διάγραμμα 17: Συχνότητα παραπομπών 2004-2009



(Το παραπάνω διάγραμμα είναι αποτέλεσμα επεξεργασίας που έγινε από τον ερευνητή, από στοιχεία που του δόθηκαν από το Κ.Υ Βύρωνα)

2) Στο Κέντρο Υγείας πραγματοποιούνται προγράμματα Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στην Κοινότητα σε:

Σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, Ομάδες εργαζομένων υψηλού κινδύνου, Κοινωνικούς ξενώνες - Οικοτροφεία Κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων.

Ωστόσο εξέφρασαν την απογοήτευση τους για την έλλειψη υποστήριξης του όλου εγχειρήματος από την πολιτεία. Τα προγράμματα γίνονται με πρωτοβουλία δικιά τους ,ενώ το οικονομικό σκέλος καλύπτεται με προσωπικά τους έξοδα.

3) Ερευνητικό έργο: Διατύπωση υποθέσεων και συμβολή στην ανάπτυξη επιδημιολογικών ερευνών με σκοπό την εκτίμηση των αναγκών υγείας και την παρέμβαση σε συνεργασία με άλλους φορείς.

Μελέτη της φυσικής πορείας των νοσημάτων που επιπολάζουν στην περιοχή ευθύνης. Προγράμματα ποιοτικής έρευνας κατάλληλα προσαρμοσμένα για τη Γενική Ιατρική και την Π.Φ.Υ.

Όμως και σε αυτήν την περίπτωση η πολιτεία δεν υποστηρίζει στον βαθμό που θα όφειλε τις επιδημιολογικές μελέτες , δείχνοντας την άγνοια της για την πολύ μεγάλη αξία και συμβολή των μελετών αυτών στο σχεδιασμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας .

Ωστόσο παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν , ανέφεραν την ικανοποίησή τους για το ερευνητικό τους έργο αλλά και την επιτυχία των προγραμμάτων προαγωγής υγείας που εκπονήθηκαν με πρωτοβουλία του κέντρο

4)Οι κυριότερες διαγνώσεις υγείας στο ΚΥ είναι τα μη μεταδοτικά νοσήματα (Non Communicable Diseases-NCD's)

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

Η πολιτεία και σε αυτήν την περίπτωση επιδεικνύει αδιαφορία και ενδεχομένως και άγνοια. Συγκεκριμένα αναφέρουν την έλλειψη μεταφορικού μέσου ,καμιά οικονομική υποστήριξη και έλλειψη του αναγκαίου προσωπικού ώστε το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού .

6)Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης πραγματοποιούνται εκπαιδευτικές δραστηριότητες στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα σε ειδικευμένους Ιατρούς Γενικής Ιατρικής και σε φοιτητές των τμημάτων Νοσηλευτικής και Επισκεπτριών/Τριων Υγείας.

Συγκεκριμένα οι Ειδικευόμενοι της Γενικής Ιατρικής θεωρούν ότι οι 10 μήνες εκπαίδευσής τους στο Κ.Υ αποτελούν βασικό τμήμα της ειδικότητάς τους ,καθώς περιλαμβάνεται η προσέγγιση του ρόλου του Γενικού/Οικογενειακού Ιατρού μέσα από την άσκηση σε όλο το φάσμα της Π.Φ.Υ. με έμφαση στις ιδιαίτερες γνώσεις ,στάσεις και δεξιότητες της Γενικής Ιατρικής που δεν αναπτύσσονται στο νοσοκομείο . Ωστόσο κρίνουν ότι το δεκάμηνο δεν επαρκεί ,αλλά είναι αναγκαία η επέκταση της διάρκειάς του .

7) Εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για τις Πολεοδομικές ,Κτιριολογικές – Κτιριοδομικές προδιαγραφές του Κέντρου Υγείας. Το κτίριο ανακαινίστηκε

πρόσφατα ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες ενός συγχρόνου ΚΥ με βάση τις διεθνείς προδιαγραφές.

8)Επίσης την ικανοποίηση τους εξέφρασαν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό του ΚΥ. Υποστήριξαν ότι υπάρχει συνεργασία –συντονισμός –κατανόηση και θετικό κλίμα. Πολύ σημαντικό είναι επίσης ότι οι χρήστες του ΚΥ αναγνωρίζουν την προσφορά τους .

Ωστόσο ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού θεωρεί τους γενικούς ιατρούς υποδεέστερη ειδικότητα έναντι των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων.

Αυτή η αντίληψη είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας ολοκλήρωσης της ΠΦΥ στο πλαίσιο του ΕΣΥ καθώς μιας ιδιάζουσα κουλτούρα που επικρατεί στην Ελλάδα των πολλών εξειδικευμένων ιατρών.

9)Τέλος επισήμαναν την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των κέντρων υγείας

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

1)Οι νοσηλευτές εξέφρασαν την ικανοποίηση τους στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό του ΚΥ. Υποστήριξαν ότι υπάρχει συνεργασία –συντονισμός –κατανόηση και θετικό κλίμα.

2)Εξέφρασαν την ικανοποίηση τους για τις Πολεοδομικές ,Κτιριολογικές –Κτιριοδομικές προδιαγραφές του Κέντρου Υγείας.

3) Δεν εκφράστηκαν παράπονα για έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, θεωρούν ότι το υπάρχον προσωπικό επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Κέντρου Υγείας.

4)Δεν συμμετέχουν στα προγράμματα προαγωγής υγείας που πραγματοποιεί το Κέντρο Υγείας στην κοινότητα.

Δεν έχουν προβλεφθεί προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές του κέντρου υγείας παρά μόνο για φοιτητές νοσηλευτικής.



Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη νοσηλευτικής εκπαίδευσης προσαρμοσμένης στις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .

5) Η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας γίνεται με μεγάλη δυσκολία Συγκεκριμένα αναφέρουν την έλλειψη μεταφορικού μέσου ,καμιά οικονομική υποστήριξη και έλλειψη του αναγκαίου προσωπικού ώστε το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού .

### **ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

1)Οι επισκέπτριες υγείας εξέφρασαν την ικανοποίησή τους στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό του ΚΥ. Υποστήριξαν ότι υπάρχει συνεργασία –συντονισμός – κατανόηση και θετικό κλίμα.

2) Εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για τις Πολεοδομικές ,Κτιριολογικές – Κτιριοδομικές προδιαγραφές του Κέντρου Υγείας.

3) Η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας γίνεται με μεγάλη δυσκολία Συγκεκριμένα αναφέρουν την έλλειψη μεταφορικού μέσου ,καμιά οικονομική υποστήριξη και έλλειψη του αναγκαίου προσωπικού ώστε το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού .

4) Εκφράστηκαν παράπονα για έλλειψη προσωπικού, θεωρούν ότι το υπάρχον προσωπικό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης τους .

5) Ωστόσο εξέφρασαν την απογοήτευσή τους για την έλλειψη υποστηρίξεις των προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στην Κοινότητα από την πολιτεία. Τα προγράμματα γίνονται με πρωτοβουλία του Κέντρου Υγείας ,ενώ το οικονομικό σκέλος καλύπτεται με προσωπικά τους έξοδα.

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

- 1) Ικανοποίηση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό του ΚΥ. Υποστήριξαν ότι υπάρχει συνεργασία – συντονισμός – κατανόηση και θετικό κλίμα.
- 2) Την ικανοποίηση τους για τις Πολεοδομικές ,Κτιριολογικές – Κτιριοδομικές προδιαγραφές του Κέντρου Υγείας.
- 3)Αλλαγή του τρόπου προμήθειας αναλώσιμων , διασφάλιση επάρκειας φαρμακευτικού υλικού και απόκτηση μεταφορικού μέσου για επισκέψεις του προσωπικού σε περιοχές ευθύνης .
- 4) Έλλειψη προσωπικού, θεωρούν ότι το υπάρχον προσωπικό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Κέντρου Υγείας ,αναφέρθηκε χαρακτηριστικά ότι από τις 4 οργανικές θέσεις διοικητικού προσωπικού μόνο οι 2 υπηρετούν στο Κέντρο Υγείας.
- 5)Διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των ΚΥ

## Συζήτηση

Περιορισμοί μελέτης από τα ερωτηματολόγια :Ο βασικός μεθοδολογικός περιορισμός ήταν η επιλογή εστίασης σε ένα μόνο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου , που έχει ως αποτέλεσμα ένα σχετικά μικρό πληθυσμό –στόχο .Παρόλα αυτά , το δείγμα της μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικό των χρηστών των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας .

Περιορισμοί μελέτης από τις συνεντεύξεις :Ο βασικός μεθοδολογικός περιορισμός της προσωπικής συνέντευξης είναι η ψυχολογική φόρτιση του συνεντευξιαζόμενου ,ο οποίος αισθάνεται περιορισμένος και απαντάει πολλές φορές με μια δόση ανασφάλειας .Για το λόγω αυτό επισήμανα στον ερωτώμενο την ανωνυμία της συνέντευξης και φρόντισα την ώρα της διαδικασίας αυτής να μην παρευρίσκεται άλλο άτομο (προσωπικό ή ασθενής ) .

Από την επεξεργασία των επιλεγμένων δεικτών , σκιαγραφήθηκε με σαφήνεια η προσωποτυπία του μέσου χρήστη των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Βύρωνα .

Συγκεκριμένα από τους χρήστες του κέντρου τρεις στους τέσσερις ήταν έγγαμοι, με πάνω από έναν στους δύο έχουν δύο παιδιά, με κύρια ασφάλιση κατά κύριο το Δημόσιο και δευτερευόντως το ΙΚΑ, στην πλειοψηφία τους με εισόδημα 1500-2000 ευρώ, σχεδόν όλοι Ελληνικής καταγωγής (εθνικότητας και ιθαγένειας) και πάνω από τους μισούς ηλικίας άνω των 54 ετών.

Διαπιστώνουμε ότι ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό από το φύλο, την ηλικία ,την εκπαίδευση .

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από ανάλογη έρευνα που έγινε σε Κ.Υ. ( Κυριόπουλος Γ., και συν.1994.)

Η ηλικία διαφοροποιεί το βαθμό ικανοποίησης για τις ευκολίες κατά τη προσέλευση στο Κ Υ , για το χώρο και το wc, Συγκεκριμένα από την

έρευνα προκύπτει ότι ο βαθμός ικανοποίησης στις παραπάνω παραμέτρους αυξάνεται σημαντικά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Η ηλικία διαφοροποιεί το βαθμό ικανοποίησης σχετικά με τη κατάρτιση των νοσηλευτών/ριών και το ενδιαφέρον τους και τέλος για το χρόνο αναμονής στην αίθουσα. Συγκεκριμένα από την έρευνα προκύπτει ότι ο βαθμός ικανοποίησης στις παραπάνω παραμέτρους αυξάνεται σημαντικά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Το παραπάνω εύρημα εξηγείται από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά αντιμετώπιζαν για πολλά χρόνια σημαντικά προβλήματα στις διαδικασίες πρόσβασης στο σύστημα υγείας ,ενώ ήταν αρκετά δυσαρεστημένοι από το ξενοδοχειακό περιβάλλον , την καθαριότητα και τους υψηλούς χρόνους αναμονής .

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από ανάλογη έρευνα που έγινε σε (Κ.Υ. Κυριόπουλος Γ. και Συν.1994).

Οι χρήστες που επιλέγουν το κέντρο υγείας για υπηρεσίες υγείας τους εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από τον χαμηλό χρόνο αναμονής, την απόσταση από την κατοικία και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ( ιατρικών- νοσηλευτικών – διοικητικών ) σε σύγκριση με παλαιότερες επισκέψεις στο Κ.Υ Βύρωνα .

Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνονται και από μια άλλη έρευνα που εκπονήθηκε από το ίδιο το Κ.Υ Βύρωνα με θέμα : Σύγκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μεταξύ ενός αστικού και ενός περιφερειακού Κέντρου Υγείας μετά την ίδρυση του πρώτου Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου στο Βύρωνα .

(Μαριόλης Α και συν 2008)

Οι νοσηλευτές εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό του ΚΥ, τις Πολεοδομικές ,Κτιριολογικές – Κτιριοδομικές προδιαγραφές του Κέντρου

Υγείας ενώ, θεωρούν ότι το υπάρχον προσωπικό επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Κέντρου Υγείας.

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε πλήρη αντίθεση με εκείνα αναφέρονται σε έρευνα που εκπονήθηκε στα Κ.Υ ΤΗΣ 7<sup>Η</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης . (Λιονής Χ. και Συν 2008)

Ο βαθμός ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας του Κ.Υ Βύρωνα είναι πολύ υψηλός

Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με μετρήσεις του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών από τις δημοσιές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000).

Οι νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας εξέφρασαν την δυσαρέσκεια τους για την έλλειψη προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης που να αφορά την επαγγελματική τους ομάδα Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα που εκπονήθηκε στα Κ.Υ ΤΗΣ 7<sup>Η</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης . (.,Λιονής Χ. και Συν 2008)

Οι ιατροί , παρά τις δύσκολες συνθήκες που αντιμετωπίζουν , ανέφεραν την ικανοποίηση τους για το ερευνητικό τους έργο αλλά και την επιτυχία των προγραμμάτων προαγωγής υγείας που εκπονήθηκαν με πρωτοβουλία του κέντρο .

Η επιτυχία του ερευνητικού τους έργου, αλλά και των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης VYRONAS ( Vyronas Youth Regarding Obesity And Nutritional Attitudinal Styles), Mariolis A και Συν (2009)

Οι κυριότερες διαγνώσεις υγείας στο ΚΥ επιβεβαιώνουν αυτό που δείχνουν οι μελέτες ότι τις τελευταίες δεκαετίες τα μη μεταδοτικά νοσήματα

(Non Communicable Diseases-NCD's) αποτελούν μια ομάδα νοσημάτων μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία αφού αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας, της ανικανότητας και των πρόωρων θανάτων διεθνώς. Κουρέα-Κρεμαστινού Τ(2007)

Αναφερθήκαν επίσης η ανάγκη για διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των ΚΥ. Απαίτηση αυτή επιβεβαιώνεται και από άλλα Κ.Υ της χώρας όπως είναι τα **Κ.Υ ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ** (Τσαφαντάκης Μ 2007).

## Συμπεράσματα

- 1) Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι η προσωποτυπία των χρηστών των υπηρεσιών του ΚΥ καλύπτει ένα ευρύ δημογραφικό φάσμα. Καταρύπτεται η γενικότερη εντύπωση ότι η υπηρεσίες των Κ.Υ αξιοποιούνται μόνο από ομάδες του πληθυσμού που έχουν μειωμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας π.χ ( άτομα μεγάλης ηλικίας , αλλοδαποί ,άποροι ,ανασφάλιστοι).
- 2) Γενικά οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες υγείας του ΚΥ απ' ότι οι άνδρες
- 3) Η ηλικία διαφοροποιεί το βαθμό ικανοποίησης για τις ευκολίες κατά τη προσέλευση στο Κ Υ , για το χώρο, για το wc, για τη κατάρτιση των νοσηλευτών/ριών και το ενδιαφέρον τους και τέλος για το χρόνο αναμονής στην αίθουσα. Συγκεκριμένα από την έρευνα προκύπτει ότι ο βαθμός ικανοποίησης στις παραπάνω παραμέτρους αυξάνεται σημαντικά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Το παραπάνω εύρημα εξηγείτε από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά αντιμετώπιζαν για πολλά χρόνια σημαντικά προβλήματα στις διαδικασίες πρόσβασης στο σύστημα υγείας ,ενώ ήταν αρκετά δυσαρεστημένοι από το ξενοδοχειακό περιβάλλον , την καθαριότητα και τους υψηλούς χρόνους αναμονής .
- 4) Το εισόδημα των χρηστών διαφοροποιεί το βαθμό ικανοποίησης για τις ευκολίες πρόσβασης στο ΚΥ, για το χώρο και τέλος για την κατάρτιση των νοσηλευτών.

5) Ειδικότερα τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και με υψηλά εισοδηματία έχουν λιγότερο θετική και ανεκτική στάση απέναντι στις υπηρεσίες υγείας .Σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις εκφράζουν έντονη δυσαρέσκεια , λόγω των υψηλών προσδοκιών τους που συνεπάγονται μεγαλύτερες απαιτήσεις.

6) Αποτυπώνεται ξεκάθαρα η έλλειψη Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου Το 67% των χρηστών προέρχονται από το δήμο Βύρωνα ενώ καταγράφεται ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της τάξης του 33% χρηστών που προέρχονται από άλλους δήμους. Προκαλεί μάλιστα ιδιαίτερη έκπληξη το γεγονός ότι καταγράφονται χρήστες προερχόμενοι από αρκετά μακρινούς δήμους. Το εύρημα αυτό μας προκαλεί ανάμεικτα συναισθήματα αφενός καταδεικνύεται με το πιο γλαφυρό τρόπο η έλλειψη ενός οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ,αν και οι δαπάνες υγείας στην χώρα μας είναι από τις υψηλότερες μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ενώσεως , αφετέρου όμως αποτελεί απόδειξη του πολύ σημαντικού έργου που πραγματοποιεί με επιτυχία το ΚΥ ΒΥΡΩΝΑ μέσα στα έξι χρόνια λειτουργίας του.

7)Ένα σημαντικό ποσοστό των ασφαλισμένων του ΙΚΑ εκφράζει την δυσαρέσκεια του σχετικά με την μη συνταγογράφηση φαρμάκων Αν και το Κέντρο Υγείας δέχεται όλους τους ασθενείς δωρεάν, δεν μπορεί να συνταγογραφήσει φάρμακα για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ. Αυτοί πρέπει να κλείσουν ραντεβού στο ιατρείο του ΙΚΑ, πολλές φορές και μετά από δύο μήνες, για να τους γράψει ο γιατρός τη συνταγή και να μπορέσουν να πάρουν τα φάρμακά τους. Έτσι πολλοί ασφαλισμένοι του ΙΚΑ καταφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς, όπου πληρώνουν την επίσκεψη, για να μπορέσουν να πάρουν άμεσα τα φάρμακά τους, ή περιμένουν με τις ώρες στα εξωτερικά



ιατρεία των νοσοκομείων, όπου υπάρχουν ελεγκτές του ΙΚΑ, που τους γράφουν αμέσως τα φάρμακα που συστήνει ο γιατρός του νοσοκομείου. Ακυρώνεται με αυτό τον τρόπο ο σχεδιασμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς η ταλαιπωρία των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, τελικά δεν μειώνεται. Οι ασφαλισμένοι άλλων Ταμείων, όπως του Δημοσίου, μπορούν αμέσως μετά την εξέτασή τους στο ΚΥΑΤ ΒΥΡΩΝΑ να πάρουν τα φάρμακά τους με τη συνταγή που τους έχει γράψει ο γιατρός που τους εξέτασε μόλις πριν από λίγα λεπτά. Το ίδιο όμως δεν ισχύει και για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ.

8) Πολύ σημαντικό εμφανίζεται το ποσοστό εκείνων που ζητάνε περισσότερες ιατρικές ειδικότητες. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα καθοριστικό γιατί αποκαλύπτει την σύγχυση των χρηστών υγείας γύρω από την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την αξία της ειδικότητας του Γενικού Ιατρού.

9) Οι ιατροί ,οι νοσηλευτές ,οι επισκέπτες υγείας και οι διοικητικοί δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με το προσωπικό του ΚΥ. Υποστήριξαν ότι υπάρχει συνεργασία –συντονισμός –κατανόηση και θετικό κλίμα Την ικανοποίηση τους για τις Πολεοδομικές ,Κτιριολογικές – Κτιριοδομικές προδιαγραφές του Κέντρου Υγείας.

10) Διαπιστώνουμε ότι αν και οι δημοσιές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας υστερούν σημαντικά σε θέματα οργάνωσης του προσωπικού και υποδομής ,το Κ.Υ Βύρωνα αποτελεί πρότυπο για άλλες παρόμοιες δομές στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .

11) Εκφράστηκαν παράπονα από τους ιατρούς ,τους επισκέπτες υγείας και τους διοικητικούς , σε αντίθεση με τους νοσηλευτές, για έλλειψη προσωπικού, θεωρούν ότι το υπάρχον προσωπικό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης του για Πρόληψη –Θεραπεία –Αποκατάσταση .Χαρακτηριστικά ανέφεραν ότι με βάση τον πληθυσμό ευθύνης τους ο αριθμός των ιατρών θα έπρεπε να είναι διπλάσιος.

Ειδικότερα οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό δημιουργούν σημαντικά προβλήματα α) στην παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας β) στα προγράμματα Πρόληψης , Προαγωγής και Αγωγής Υγείας και γ)στο ερευνητικό έργο .

12) Ο ρόλος γενικού ιατρού είναι διττός.

Παρέχει σε πρώτο βαθμό τις αναγκαίες υπηρεσίες , που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι και επαρκείς ,προστατεύει το σύστημα από άσκοπες , ακριβές και εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες .

Διαμορφώνει , το ενδεδειγμένο προφίλ περίθαλψης που θα ακολουθήσει ο ασθενής και έτσι διαχειρίζεται , μέσω του παραπεμπτικού , τη ροή των ασθενών στις επόμενες βαθμίδες και μονάδες υγείας .

13) Οι κυριότερες διαγνώσεις υγείας στο ΚΥ επιβεβαιώνουν αυτό που δείχνουν οι μελέτες, ότι τις τελευταίες δεκαετίες τα μη μεταδοτικά νοσήματα (Non Communicable Diseases-NCD's) αποτελούν μια ομάδα νοσημάτων μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία αφού αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας , της ανικανότητας και των πρόωρων θανάτων διεθνώς .

14) Τα Κ.Υ.Α.Τ στα πλαίσια της διοικητικής και οικονομικής τους αυτοτέλειας όπως ορίζετε από τον νόμο 2889/2001 θα πρέπει να μπορούν να αναλαμβάνουν από μόνα τους ζήτημα όπως είναι η προμήθεια αναλώσιμων , διασφάλιση επάρκειας φαρμακευτικού υλικού, χωρίς την παρέμβαση του νοσοκομείου ή της ΔΥΠΕ στην οποία υπάγονται οργανικά.

Οι διαπιστώσεις αυτές μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας , μέσα από την οποία μπορούν να εντοπιστούν τα αδύνατα σημεία του θεσμού των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου και στην συνέχεια να καθοριστεί η πολιτική υγείας που θα έχει ως αφετηρία τον ασθενή και της ανάγκες του .

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ,ΔΙΚΑΙΟ ,ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Ο ρόλος των Κ.Υ.Α.Τ, είναι να παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους με την Πρόληψη - Θεραπεία –Αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας,.

Η αναγκαιότητα για τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών της υφιστάμενης υποδομής της Π.Φ.Υ. έγκειται και στα παρακάτω αναφερόμενα:

Έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των προσερχομένων στα Κέντρα Υγείας τόσο για πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και για πρόληψη, όπως προκύπτει και από τα στατιστικά δεδομένα. Η παρατηρούμενη αύξηση θεωρείται ότι παρουσιάζεται όχι μόνο λόγω νοσηρότητας αλλά κυρίως για τους παρακάτω λόγους:

- Η εμπιστοσύνη των πολιτών στις υποδομές των Κ.Υ. αυξήθηκε.
- Ο αριθμός επισκέψεων στις υποδομές των Κ.Υ.Α.Τ βρίσκονται σε συνεχή άνοδο.
- Όσο επενδύουμε στις υποδομές Π.Φ.Υ (κτιριακές, ιατροτεχνολογικές, στελέχωση), τόσο μεγαλύτερη είναι η ανταπόκριση των πολιτών.
- Οι παρερχόμενες υπηρεσίες έχουν βελτιωθεί και
- Οι πολίτες έχουν ευαισθητοποιηθεί σημαντικά, λόγω της πληροφόρησης, σε θέματα κυρίως πρόληψης.

1. Κάλυψη των θέσεων των ιατρικών ειδικοτήτων όσο και των λοιπών θέσεων νοσηλευτικής, των επαγγελματιών υγείας , της διοικητικής, ώστε να εναρμονίζονται με τις υφιστάμενες αναγνωρισμένες ανάγκες αλλά και να δίνουν την δυνατότητα ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας .

2. Συνταγογράφηση για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.

3. Η λειτουργία των Κ.Υ.Α.Τ δεν αποσκοπεί μόνο στην συνταγογράφηση φαρμάκων χρόνιων νόσων, αλλά θα πρέπει να εφαρμόζονται όλα τα προγράμματα πρόληψης που είναι ήδη γνωστά αλλά και αυτά που προκύπτουν με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης.

4. Οι ιατροί των Κ.Υ. πρέπει και μπορούν να εφαρμόσουν προγράμματα πρόληψης ώστε να γίνει η καταγραφή των προβλημάτων υγείας και των παραγόντων κινδύνου του πληθυσμού, η «χαρτογράφηση» των νόσων στις συγκεκριμένες περιοχές, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και η αναγνώριση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου, που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν την υγεία του πληθυσμού.

5. Δημιουργία και καταγραφή των δεδομένων σε ιατρικούς φακέλους, ο προγραμματισμός κατά τακτά χρονικά διαστήματα επανελέγχου των παραγόντων κινδύνου καθώς και του ελέγχου σε ηλικίες στις οποίες αυτός γίνεται επιβεβλημένος, ώστε η πρόληψη να γίνει πραγματικότητα

6. Εφαρμογή προγραμμάτων οδοντιατρικής πρόληψης στα παιδιά ηλικίας έως 18 ετών, προγράμματα εμβολιασμών, προγράμματα ενημέρωσης του πληθυσμού με ομιλίες για νόσους που αναφέρθηκαν.

7. Απευθείας χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας, χωρίς την παρέμβαση του νοσοκομείου, για την εκπόνηση επιδημιολογικών ερευνών, προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας στην κοινότητα καθώς και της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλεία.

8.Οριζόντια συνεργασία μεταξύ των κέντρων υγείας .

9.Ομοιόμορφη ανάπτυξη των Κ.Υ Αστικού Τύπου ώστε να εξασφαλίσουμε την ισότητα στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες των Κ.Υ.

10. Κατάρτιση Ενιαίου Προϋπολογισμού για την Π.Φ.Υ, αλλά και ανά Κέντρο Υγείας.

11. Η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για χρόνια το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχημένο μοντέλο διοίκησης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες . Η περιφερειακή συγκρότηση πραγματώνεται με τη σύσταση ολοκληρωμένων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας ανά Περιφέρεια . Αυτό επιτρέπει την αποτύπωση των πραγματικών αναγκών . Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται και η σημερινή ιδιόρρυθμη κατάσταση , όπου σε χώρους με γεωγραφική ενότητα , όπως είναι όμοροι δήμοι , παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες στο επίπεδο και στη ποιότητα υγείας .

12. Ενίσχυση του κύρους του γενικού ιατρού και ανάδειξη του εξαιρετικά σημαντικού του ρόλου στην βελτίωση και διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού .

Η εφαρμογή των προτάσεων αυτών μπορεί να οδηγήσει στην επίτευξη του τελικού στόχου που είναι η προσφορά «ποιότητα ζωής».

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Δανδουλάκης, Μιχαήλ Π. 72-74 Ιατρικό Βήμα, τ. -, τχ. 94, 2004, σ.
- 2) Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ, Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ. 146-162 (2006)  
ΘΕΜΕΛΙΟ.
- 3) Ζηλίδης Χ 202-222 Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας . Η  
Μεταρρύθμιση 2000-2004 Mediforce , Αθήνα , 2005
- 4) Ζηλίδης Χ. 135-145 Τα κέντρα υγείας στη βόρεια Ελλάδα . Προβλήματα και  
δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας . Θεσ/νίκη  
1995
- 5) Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ , Σούλης Σ , 107-113 Συστήματα Υγείας και  
Ελληνική Πραγματικότητα , ΑΘΗΝΑ 1997
- 6) Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο , Καιτελίδου Δ και συν. 203-214 Η οργάνωση και  
διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα .  
ΑΘΗΝΑ 1996
- 7) Ινστιτούτο Κοινωνικής Και Προληπτικής Ιατρικής . 23-25 Έρευνα υγείας του  
ελληνικού πληθυσμού 2006
- 8) Κουρέα-Κρεμαστινού Τ 129-132 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ Θεωρία. Πράξη.  
Πολιτικές Εκδόσεις ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ, Αθήνα(2007)
- 9) Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ , Τσάκος Γ. 279-275 Η ποιότητα  
στις υπηρεσίες υγείας . ΘΕΜΕΛΙΟ. (2006)
- 10) Κυριόπουλος Γ, Ανδριώτη Δ, Γεωργούση Ε, Boerma W, Μερκούρης Μ – Π  
107 -116.: «Η πρώτη επαφή των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας  
του πληθυσμού ευθύνες τους». Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. (1995)

- 11) Μαρκάκη Α.,Αντωνακης, Ν.,Φιλαλήθης Α.,Λιονής Χ.. 7<sup>η</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης νοσηλευτικού προσωπικού στα Κ.Υ. 2008
- 12) Ν. 1397/1983: «Εθνικό Σύστημα Υγείας». ΦΕΚ 143/ Α΄.
- 13) Ν.2889/2001, «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ», ΦΕΚ 37 /Α΄.
- 14) Ν. 3235/2004: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ΦΕΚ 53/Α΄
- 15) Ν.3329/2005: «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ 81/Α΄
- 16) Τούντας Ι,: : 142 – 148, 156 «Υπηρεσίες Υγείας», Εκδ. Οδυσσέας (2008)
- 17) Τούντας Ι ,Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης από τις παρερχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. 2000
- 18) Τσαφαντάκης Μ Κ.Υ ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ. Ανάλυση εργασίας Διοικητική και Οικονομική Αυτοτέλεια των Κ..Υ 2007
- 19) Υπουργός Αυγερινός Π , Υπουργός Γεννηματάς Γ Ν. 1397/1983,
- 20) Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ 2009



## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Davis K. 344-376 . Primary Health Care : Past , Present AND future . Harriman, New YORK , Mediforce, Αθήνα , 1981
- 2) Laing And Buisson . 12-19 Laing's Healthcare Market Review2000-2001. Laing and Buisson publication s, London, 2001
- 3) Mariolis A, Constantinos Mihas, Alevizos Alevizos, Theodoros Mariolis-Sapsakos, Konstantinos Marayiannis, Marek Papathanasiou, Vassilios Gizlis, Dimitris Karanasios, and Bodossakis Merkouris(2008) Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece BMC Health Serv Res. 2008; 8: 124. Published online 2008 June 9.
- 4) Martin J. . &, Kohler L 34-89 Inequalities in Health and Health Care, Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health. (1986).
- 5)Mihas C, Mariolis A, Manios Y, Naska A, Arapaki A, Mariolis-Sapsakos T, Tountas Y (2009) Evaluation of a nutrition intervention in adolescents of an urban area in Greece: short- and long-term effects of the VYRONAS study. Public Health Nutr. 2009 Sep
- 6)OECD. Health Data 2006 A comperative analysis of 29 Countries . rariw 2006
- 7)WHO, (Alma-Ata. Primary Health Care, Health Care for All, Series 1, 1978).
- 8)Wolper LF . 56-67 Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας 2001

## ΔΥΚΤΙΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

<http://www.centerforurbanhealth.org/>: C.U.H AT HENNEPIN COYNTY MEDICAL CENTER(2009)

<http://www.hevyrona.gr/index.php>: Ιστοσελίδα του Κ.Υ Βύρωνα

<http://www.who.int/en/>:Ιστοσελίδα του Π.Ο.Υ

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1) ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

2) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

3) ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

## ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

Δ.Δ.Υ.	Δίκτυα Δημόσιας Υγείας
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Ο.Φ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Σ.Δ.Υ.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας
Ε.ΣΥ.Δ.Υ.	Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΦΕΤ	Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Ε.Ε.Λ.	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
Κ.Ε.Δ.Υ.	Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Κ.Υ	Κέντρο Υγείας
Κ.Υ.Α.Τ	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Π.Ε.Δ.Υ.	Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΥΥΚΑ	Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

## **ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ**

<b>DH</b>	<b>Department of Health</b>
<b>ECDC</b>	<b>European Centre For Disease Prevention And Control</b>
<b>ENHPS</b>	<b>European Network of Health Promoting Schools</b>
<b>EUR</b>	<b>Europe</b>
<b>HAV</b>	<b>Hepatitis A</b>
<b>HBV</b>	<b>Hepatitis B</b>
<b>HBC</b>	<b>Hepatitis C</b>
<b>HIV</b>	<b>Human Immunodeficiency Virus</b>
<b>NCD 's</b>	<b>Non Communicable Diseases</b>
<b>NIPH</b>	<b>National Institute of Public Health</b>
<b>NBHW</b>	<b>National Board of Health and Welfare</b>
<b>NIPH</b>	<b>National Institute of Public Health</b>
<b>SMI</b>	<b>Swedish Institute for Infectious Disease Control</b>
<b>UK</b>	<b>United Kingdom</b>
<b>WHO</b>	<b>World Health Organization</b>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ  
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΖ. ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ  
Δ/ΝΣΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ  
Λ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ 196  
115 21 ΑΘΗΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ:  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΑΡ.ΚΟΥΤΗΣ  
ΤΗΛ: 2132010115-6 εσωτ Ε.Σ.Δ.Υ.:115-6

Το παρόν ερωτηματολόγιο εντάσσεται στα πλαίσια έρευνας που διενεργείται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Βύρωνα. Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική γιατί θα συμβάλει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Οι απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο είναι εμπιστευτικές .**

Ημερομηνία συμπλήρωσης (ημέρα / μήνας / έτος) ... .. / ... .. / 200 ...

### 1.1 Φύλο

Άνδρας.....

Γυναίκα.....

### 1.2 Ηλικία .

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ.....

### 1.3 Οικογενειακή κατάσταση.

Παντρεμένος / η.....

Διαζευγμένος / η.....

Χήρος/α.....

Άγαμος.....

1.4 Αριθμός παιδιών.....

**1.5 Εκπαίδευση (σε έτη)**

Πόσα έτη πήγατε σχολείο.....

Κάτοχος τίτλου ΑΕΙ/ΑΤΕΙ.....

Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου.....

Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου .....

**1.6 Ασφαλιστική κάλυψη.**

Δημόσιο.....

Ι.Κ.Α.....

ΟΓΑ.....

ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ.....

Οίκος Ναύτου.....

ΤΣΑ.....

Τράπεζες.....

ΔΕΚΟ.....

Προνοίας.....

Ταμεία Επιστημόνων.....

Ιδιωτική ασφάλιση.....

Καμία ασφάλιση.....

Άλλη .....

### 1.7 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.( €)

- Μέχρι 500.....
- Από 501 μέχρι 1000.....
- Από 1001μέχρι 1500.....
- από 1501 μέχρι 2000.....
- από 2001 μέχρι 2500.....
- από 2501 και πάνω. ....

### 1.8 Ιθαγένεια

- Ελληνική .....
- Άλλη .....  ...αναφέρατε ποια.....

### 1.9 Εθνικότητα

- Ελληνική.....
- Άλλη .....  ...αναφέρατε ποια.....

### 1.10 Είστε κάτοικος του Δήμου Βύρωνα ?

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Άλλος Δήμος.....  αναφέρατε ποιος .....

1.Φτασατε εύκολα στο κέντρο υγείας (χώροι στάθμευσης, μέσα μαζικής μεταφοράς)

Πολύ δυσαρεστημένος.....1  
Δυσαρεστημένος .....2  
Ουδέτερος.....3  
Ικανοποιημένος.....4  
Πολύ ικανοποιημένος.....5

2.Πώς κρίνετε τις υποδομές πρόσβασης, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, προς το κέντρο υγείας αλλά και προς τα εξωτερικά ιατρεία.

Πολύ δυσαρεστημένος.....1  
Δυσαρεστημένος .....2  
Ουδέτερος.....3  
Ικανοποιημένος.....4  
Πολύ ικανοποιημένος.....5

3.Με την είσοδό σας στο κέντρο υγείας πήρατε-διαβάσατε το ενημερωτικό φυλλάδιο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι πόσο ικανοποιημένος μείνατε από την ενημέρωση του για τα προγράμματα	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Εμβολιασμού	1	2	3	4	5
Παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας	1	2	3	4	5



<b>4Πόσο ικανοποιημένος είστε από την υποδομή του Κέντρου Υγείας όσον αφορά</b>	<b>Πολύ δυσαρεστημένος</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>
<b>4.1 Τον χώρο γενικά ( παλιό ή νέο κτίριο, περιβάλλον χώρος)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4.2Από την καθαριότητα των χώρων του κέντρου υγείας γενικά</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4.3Από τους χώρους υγιεινής (WC )</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4.4Από τις δυνατότητες συνθηκών στην αίθουσα αναμονής ( σαλόνι, κλιματισμός, καρτοτηλέφωνο)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

5. Πόσο ικανοποιημένος είστε από το ιατρικό προσωπικό.	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
5.1 Από την επιστημονική του κατάρτιση	1	2	3	4	5
5.2 Από την ευγένεια του	1	2	3	4	5
5.3 Από το ενδιαφέρον του	1	2	3	4	5

6. Πόσο ικανοποιημένος είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό.	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
6.1 Από την επιστημονική του κατάρτιση	1	2	3	4	5
6.2 Από την ευγένεια του	1	2	3	4	5
6.3 Από το ενδιαφέρον του	1	2	3	4	5

7. Πόσο ικανοποιημένος είστε από το διοικητικό προσωπικό.	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
7.1 Από την Οργάνωση του	1	2	3	4	5
7.2 Από την ευγένεια του	1	2	3	4	5
7.3 Από το ενδιαφέρον του	1	2	3	4	5

<b>8Πόσο ικανοποιημένος είστε</b>	<b>Πολύ δυσανεστημένος</b>	<b>Δυσανεστημένος</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος</b>
<b>8.1Από το χρονικό διάστημα που ορίστηκε το ραντεβού σας</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8.2Από τον χρόνο στην αίθουσα αναμονής επειγόντων περιστατικών</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8.3Τον χρόνο εξέτασης</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**9.Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που είχατε από τους γιατρούς σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τη θεραπεία σας .**

Πολύ δυσανεστημένος.....1  
Δυσανεστημένος .....2  
Ουδέτερος.....3  
Ικανοποιημένος.....4  
Πολύ ικανοποιημένος.....5

**10. Από την αναβάθμιση του κέντρου υγείας σε σχέση με ένα έτος πριν**

Πολύ δυσανεστημένος.....1  
Δυσανεστημένος .....2  
Ουδέτερος.....3  
Ικανοποιημένος.....4  
Πολύ ικανοποιημένος.....5

**11. Προτάσεις/Παρατηρήσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Σας ευχαριστούμε θερμά**

# **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

## **ΑΡΘΡΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ν.1397/83 (ΦΕΚ Α' 143/7-10-1983)**

**"Εθνικό Σύστημα Υγείας"**

### **Άρθρο 1**

Γενικές αρχές.

Κυρούμενα και εκδίδομεν τον κατωτέρω υπό της Βουλής ψηφισθέντα νόμον:

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

### **Άρθρο 2**

Υγειονομικές περιφέρειες.

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.
2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους.

### **Άρθρο 3**

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (Π.Ε.Σ.Υ.).
2. Τα Π.Ε.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του Κ.Ε.Σ.Υ.
3. Τα Π.Ε.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο Κ.Ε.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.

4. Οι πρόεδροι των Π.Ε.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του Κ.Ε.Σ.Υ, έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.

5. Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα Π.Ε.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νομό τους.

#### **Άρθρο 4**

Συγκρότηση - λειτουργία - όργανα - εκπροσώπηση Π.Ε.Σ.Υ.

1. Τα Π.Ε.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:

α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.

δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του αντίστοιχου τμήματος.

ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σε αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. από υποψηφίους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.

στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.

ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.

η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την οικεία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχειώδους και μέσης εκπαίδευσης, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπροσώπων, που ορίζονται από τη ΔΟΕ, την ΟΛΜΕ και την ΟΛΤΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων οργανώσεων της περιφέρειας.

ι) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ή Ν.Π.Δ.Δ., που εποπτεύεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ια) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που εποπτεύεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίζει εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αναπληρωτής του.

3. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

4. Στα Π.Ε.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

5. Η θητεία των μελών των Π.Ε.Σ.Υ. είναι 3ετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των Π.Ε.Σ.Υ. λήγει με τη λήξη της θητείας των μελών του Κ.Ε.Σ.Υ.

Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους Π.Ε.Σ.Υ. για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του Π.Ε.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών - μελών του Π.Ε.Σ.Υ.

6. Το Π.Ε.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση κωλύματος από τον αντιπρόεδρο.

7. Όργανα του Π.Ε.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

8. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του Π.Ε.Σ.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαρτίας απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του Π.Ε.Σ.Υ. Μέλος του Π.Ε.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από δύο συνεχείς συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

9. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του, που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα για συζήτηση,

συντάσσοντας ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εισαγωγή των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από παραπομπή του Κ.Ε.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των σκοπών του Π.Ε.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής του Κ.Ε.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε επιτροπής, ή ομάδας εργασίας, καθορίζονται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, η καταβολή ή μη αποζημίωσης στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής του Π.Ε.Σ.Υ. ασκούν το έργο τους με πλήρη απασχόληση. Με επιφύλαξη των διατάξεων των άρθρων 1,3,4 και 6 του Ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65), όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 33 του Ν. 1326/1983 (ΦΕΚ 19), τους καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Για τα λοιπά μέλη του Π.Ε.Σ.Υ. και τα μέλη των επιτροπών και ομάδων εργασίας της προηγούμενης παραγράφου, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την επιφύλαξη των παραπάνω διατάξεων του Ν. 1256/1982. Η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο, εφόσον δεν δικαιούνται να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου αυτής.

11. Στη νομαρχία της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία αυτού. Η γραμματεία στελεχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι αυτοί τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

12. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου των Π.Ε.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο και ο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από πέντε (5) για κάθε Π.Ε.Σ.Υ. Με το δ/γμα σύστασης ορίζονται τα προσόντα για την κατάληψη των θέσεων αυτών και η αμοιβή των προσλαμβανόμενων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στις έδρες των Π.Ε.Σ.Υ.

13. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας γράφονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Κ.Ε.Σ.Υ. και των Π.Ε.Σ.Υ.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας των Π.Ε.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γραμματείας των Π.Ε.Σ.Υ. και

κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

## **Άρθρο 5**

Μονάδες περίθαλψης.

1. Η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

2. Νοσηλεία με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., που επιχορηγούνται από το δημόσιο, ολικά ή μερικά, σε ιδιωτικές κλινικές, επιτρέπεται ύστερα από ειδική σύμβαση μεταξύ του δημοσίου ή οργανισμού ή ταμείου και της κλινικής, που εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.]

\* Αντικατ. από το άρθρο 11 Ν. 2071/4-15.7.1992 (ΦΕΚ Α 123)

## **Άρθρο 14**

Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών ιατρείων του και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού του, που προσθέτονται στις θέσεις που προβλέπονται στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας. Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

2. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις, για το σκοπό αυτόν, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των περιφερειακών ιατρείων τους με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα



καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

\* Προστίθ. παρ. 4 από το άρθρο 62 Ν. 1759/1988, ΦΕΚ Α 123.

## **Αρθρο 15**

Σκοπός των κέντρων υγείας.

1. Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

- α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
- β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- δ) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- στ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- η) Η ιατρική της εργασίας.
- θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- ια) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να αναθέτονται στα κέντρα υγείας και άλλες αρμοδιότητες.

## **Αρθρο 16**

Κατάργηση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1. Τα κέντρα υγείας, τα πολυιατρεία, τα ιατρεία και οποιαδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή

από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία, καταργούνται.

2. Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου καταργούνται. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, πλην του ιατρικού, κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται η μονάδα ή εντάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον έχει τα νόμιμα προσόντα. Όσοι δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα για να ενταχθούν σε κενές θέσεις, κατατάσσονται σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις των φορέων ή κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και εξελίσσονται με το καθεστώς των θέσεων που κατείχαν. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο. Η προϋπηρεσία των κατατασσόμενων υπαλλήλων προσμετρείται στη νέα τους θέση, για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους.

3. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού με γνώμη του οικείου νομαρχιακού συμβουλίου, καθορίζεται ο χρόνος έναρξης ισχύος των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού και ο τρόπος ένταξης του προσωπικού πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, ορίζονται τα αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για τα θέματα αυτά και ρυθμίζεται κάθε λεπτομέρεια που προκύπτει από την κατάργηση των μονάδων της παρ.1 του άρθρου αυτού. Η έναρξη ισχύος μπορεί να ορίζεται και κατά περιφέρεια, νομό ή πόλη.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς και τα ταμεία αποδίδουν σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τις δαπάνες περίθαλψης και νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία. Τα αντίστοιχα ποσά φέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ενιαίο φορέα και διαθέτονται για τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων. Με Προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τον καθορισμό και απόδοση των δαπανών της παραγράφου αυτής. Με όμοιο π. δ/γμα, μέχρι να εκδοθεί το προεδρικό διάταγμα που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου αυτού, μπορεί να ορίζεται η απόδοση των δαπανών μόνο για τη νοσηλεία στα νοσοκομεία.

5. Έως ότου εφαρμοσθούν οι διατάξεις του άρθρου αυτού εξακολουθούν να εφαρμόζονται οι αντίστοιχες διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και να λειτουργεί παράλληλα κατά τη μεταβατική περίοδο το υφιστάμενο σύστημα και οι υπηρεσίες παροχής περίθαλψης από φορείς κοινωνικής ασφάλισης, όπου δεν έχουν εφαρμοσθεί ακόμη οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού.

6. Με την ολοκλήρωση εφαρμογής σε όλη τη Χώρα των διατάξεων των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, τα έσοδα του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως ειδικότερα θα καθοριστεί με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με τη σύμφωνη γνώμη των αρμόδιων οργάνων των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων και με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

\* Προστίθ. παρ. 7 από την παρ. 2 άρθρο 12 Ν. 1579/1985, ΦΕΚ Α 217.

## **Άρθρο 17**

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν:

α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

β) Οικογενειακοί γιατροί, που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα για αυτό προσόντα.

2. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή που εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Οι γιατροί της περίπτωσης (α) της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο κέντρο υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργασίας και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του κέντρου υγείας.

3. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιθάλλουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από προσυνεννόηση.

4. Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονται τους αρρώστους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία και σε ειδικές περιπτώσεις τους επισκέπτονται και τους περιθάλλουν στο σπίτι τους. Στα περιφερειακά ιατρεία του κέντρου υγείας προσφέρει υπηρεσία ομάδα οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης όπου κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στη διάρκεια του χρόνου να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού, μετά από αιτιολογημένη αίτησή τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που αποφασίζει τελικά. Οι οικογενειακοί γιατροί, όταν αιτείται, παραπέμπουν τους αρρώστους για ειδικές εξετάσεις στους γιατρούς της περίπτωσης (α) της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ή τα εργαστήρια του κέντρου υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1800 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβει τη φροντίδα μέχρι 2500 ατόμων.

Οι οικογενειακοί παιδίατροι έχουν τη φροντίδα 1200 παιδιών. Επιτρέπεται να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι 2000 παιδιών.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται για τον

οικογενειακό γιατρό και παιδίατρο επίδομα, ανά 100 άτομα άνω των 1800 ή 1200 αντίστοιχα. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί να αναθέτει στον οικογενειακό γιατρό ή παιδίατρο που έχει στη φροντίδα του πολίτες κάτω από 1800 ή 1200 αντίστοιχα και την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών στο κέντρο υγείας.

Μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των 1800 ή 1200 ο γιατρός δεν μπορεί να αρνηθεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα οποιουδήποτε κατοίκου της πόλης που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι αδυναμίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός υποβάλλει δικαιολογημένη αναφορά, με αίτηση εξαίρεσης του συγκεκριμένου ατόμου, στον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Ο υπεύθυνος, εφόσον κάνει δεκτή την αναφορά, παραπέμπει τον ενδιαφερόμενο σε άλλον οικογενειακό γιατρό του κέντρου.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις και την ίδια διαδικασία, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει τη διακοπή παροχής ιατρικής φροντίδας από αυτόν σε συγκεκριμένο πολίτη. Ο καθημερινός χρόνος εργασίας των οικογενειακών γιατρών κατανέμεται στο κέντρο υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, σύμφωνα με πρόγραμμα εργασίας, που καταρτίζεται από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του.

5. Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ενιαία ή κατά περιοχή. Η απόφαση αυτή εκδίδεται μετά από πρόταση του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συγκροτηθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δεν λειτουργεί το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό του κέντρου υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί που εφημερεύουν.

## **Άρθρο 18**

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και στα περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες γιατροί των αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού γιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας "και επισκέπτονται τα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες".

\* Προστέθ. από την παρ. 4 άρθρο 12 Ν. 1579/1985 (ΦΕΚ Α 217).

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας, τοποθετούνται σε αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιοδικά το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάστασή τους. Σε ειδικές περιπτώσεις επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός, εκτελούν και οι γιατροί των κλινικών ειδικοτήτων της

περίπτωσης (β).

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτό 8ωρο ωράριο πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας λειτουργούν σε τακτό ωράριο, που καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε τακτό οκτάωρο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.
3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων, που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.
4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από το γιατρό εφημερίας.
5. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

## **Άρθρο 19**

Διασύνδεση κέντρου υγείας με το νοσοκομείο.

1. Τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.
2. Εν όψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους σε ιατρικό προσωπικό των περιφερειών β και γ της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των γιατρών της παραπάνω περίπτωσης β.
3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

## **Άρθρο 20**

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευση του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία τους, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία που συγχωνεύονται σε αυτό με την έναρξη λειτουργίας τους.
2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, που συγχωνεύονται στο κέντρο

υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που κατά την ημερομηνία αυτή υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προϋπηρεσία του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. υπολογίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξης. Όσοι πλεονάζουν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλαμβάνουν θέση που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθεστώς, που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι, που δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθεστώς που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάληψη θέσης γίνονται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.]

\* Καταργ. από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

## **Άρθρο 21**

Ψυχιατρική περίθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται βραχεία νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειάς τους. Αν δεν λειτουργεί ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του νόμου αυτού. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μετονομάζονται σε ειδολά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.

5. Στο Κ.Ε.Σ.Υ. συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν.1278/1982 (ΦΕΚ 105) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο

Κ.Ε.Σ.Υ. για κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας, με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συνιστώνται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διασύνδεσής τους με τα νοσοκομεία σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.]

\* Καταργ. από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

## **Άρθρο 22**

Οικογενειακός προγραμματισμός.

1. Οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν.1036/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

"2. Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σε αυτά".

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

## **Άρθρο 24**

Γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσώπου των νοσοκομείων οποιασδήποτε νομικής μορφής και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε

άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. "Επίσης απαγορεύεται να είναι οι ίδιοι ή συγγενείς τους μέχρι δευτέρου βαθμού ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα". Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδοντογιατροί.

\* Αντικατ. ως άνω από την παρ. 10 άρθρο 29 Ν. 1579/85 ,ΦΕΚ Α 217.

## **Άρθρο 25**

Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.
2. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά νοσοκομείο και κέντρο υγείας, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του αντίστοιχου νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ.

Κατ'εξαίρεση σε προθεσμία πέντε (5) μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, η κοινή απόφαση σύστασης των θέσεων αυτών εκδίδεται και με τη σύμπραξη του τυχόν αρμόδιου για την εποπτεία του αντίστοιχου νοσοκομείου Υπουργού και χωρίς τη γνώμη των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων.

Οι θέσεις κάθε νοσοκομείου και των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατειρών, που υπάγονται σε αυτό, προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μισθοδοσίας των γιατρών που διορίζονται σε αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του.

3. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α, γ) επιμελητών Β και δ) βοηθών οδοντογιατρών. Οι θέσεις διευθυντών και επιμελητών Α και Β συνιστώνται κατά ειδικότητα.

4. Σε όλα τα νοσοκομεία της παρ. 1 του άρθρου 4 του νόμου αυτού και σε όσα λειτουργούν ως υπηρεσίες Ν.Π. ή Ν.Π.Ι.Δ., πλην των πανεπιστημιακών και των ενόπλων δυνάμεων, υπηρετούν αποκλειστικά γιατροί του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. που προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και ειδικευόμενοι. [Πρόσληψη γιατρών ή παροχή υπηρεσιών από γιατρούς με οποιαδήποτε άλλη σχέση απαγορεύεται.]

\* Καταργ. από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

## **Άρθρο 26**

Προσόντα.

1. Για την πρόσληψη σε θέση του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. απαιτούνται τα παρακάτω τυπικά προσόντα:



α) Ελληνική ιθαγένεια.

β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

γ) Τίτλος αντίστοιχος με τη θέση ειδικότητας.

δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διακρίσεις της παραγράφου 2. Το όριο ηλικίας ισχύει για τον πρώτο διορισμό σε οποιαδήποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Β απαιτείται η κατοχή του τίτλου ειδικότητας και ηλικίας μέχρι 45 ετών.

β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για 4 τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

γ) Για την κατάληψη θέσης διευθυντή απαιτείται η άσκηση της ειδικότητας για 7 τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέχρι 55 ετών.

Για την κατάληψη θέσεων από οδοντογιατρούς απαιτείται:

α) Για θέση βοηθού άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι 35 ετών.

β) Για τη θέση επιμελητή Β η άσκηση του επαγγέλματος για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών.

γ) Για τη θέση επιμελητή Α η άσκηση του επαγγέλματος για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών και

δ) για θέση διευθυντή η άσκηση του επαγγέλματος για 12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, σε κάθε νοσοκομείο δεν ισχύουν τα όρια ηλικίας της προηγούμενης παραγράφου, αλλά αρκεί για όλες τις θέσεις οι υποψήφιοι να μην έχουν υπερβεί τα εξήντα τρία (63) χρόνια. Για τις θέσεις γιατρών κέντρων υγείας το όριο ηλικίας των 63 ετών ισχύει έως πέντε (5) χρόνια από την έκδοση της απόφασης σύστασης του κέντρου υγείας.

Έλληνες γιατροί, που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού εργάζονται σε νοσοκομεία ή επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, μέσα σε ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού μπορούν να προσλαμβάνονται σε θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον κατά την προκήρυξη της θέσης δεν υπερβαίνουν τα εξήντα τρία (63) χρόνια.

4. Σε θέσεις επιμελητή Β γιατρών των κέντρων υγείας που για την κατάληψή τους απαιτείται ειδικότητα γενικής ιατρικής, μπορούν να διορίζονται και γιατροί χωρίς ειδικότητα, εφόσον ασκούν τη γενική ιατρική πέντε (5) τουλάχιστον χρόνια. Οι γιατροί αυτοί, μετά το διορισμό τους, υποχρεώνονται σε εξάμηνη ειδική μετεκπαίδευση σε νοσοκομείο, ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας,

μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Μετά τη συμπλήρωση της εξάμηνης μετεκπαίδευσης οι ιατροί αυτοί λαμβάνουν τον τίτλο της ειδικότητας γενικής ιατρικής. Ο τίτλος απονέμεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με βάση το πιστοποιητικό άσκησης και απόδοσης που χορηγείται από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου όπου μετεκπαιδεύτηκε ο γιατρός, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου αυτού. Γιατροί, που λαμβάνουν την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές κι έχουν υπηρετήσει ως μόνιμοι ή με θητεία σε θέσεις υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατειρών, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ότι ασκούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής κατά τον μισό χρόνο της υπηρεσίας τους αυτής, μετά τα πέντε χρόνια.

Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής από ιατρούς που απέκτησαν ειδικότητα εκεί αναγνωρίζεται αφού ο γιατρός πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Γιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο προκύπτει αν από τον συνολικό αριθμό των ετών που εργάστηκαν αφαιρεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Στα νοσοκομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Σε γιατρούς, που σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110) έχουν προϋποθέσεις απόκτησης τίτλου ειδικότητας και αποκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις κτήσης τίτλου σύμφωνα με το ν. Δ/γμα αυτό.

4. Γιατροί, που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικεύονται διορισμένοι με τη διαδικασία των διατάξεων που ισχύουν, κρίνονται αφού πάρουν τον τίτλο της ειδικότητας, για την κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους εφόσον δεν είναι πάνω από εξήντα τριών (63) ετών.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., περιπτώσεις που δεν υπάρχουν γιατροί υποψήφιοι μετά δύο άγονες συνεχείς προκηρύξεις για κατάληψη θέσης, μπορεί να γίνεται μείωση του απαιτούμενου χρόνου άσκησης της ειδικότητας. Η δεύτερη από τις συνεχείς προκηρύξεις πρέπει να γίνει μέσα σε έξη (6) μήνες από την πρώτη.]

\* Καταργ. καθώς και η παρ. 4 άρθρο 2 Ν. 1821/1988 (ΦΕΚ Α 271) που το είχε συμπληρώσει, από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

## **Άρθρο 27**

Διαδικασία πλήρωσης θέσης.

[1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξή τους, με επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 12 του άρθρου αυτού. Η προκήρυξη γίνεται κατά νοσοκομείο, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του, η οποία εγκρίνεται από το αντίστοιχο Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον το συμβούλιο αυτό έχει συγκροτηθεί.

2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι θέσεις των νοσοκομείων προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στην περίπτωση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, κάθε γιατρός μπορεί να υποβάλει αίτηση και να κριθεί για τρεις (3) μόνο θέσεις του ίδιου ή και άλλων νοσοκομείων.]

\* Καταργ. (1-3) από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982.

Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

α) Η ιατρική προϋπηρεσία (σε νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β) Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτή, εκπαιδευόμενου).

[δ) Η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση.] Καταργήθηκε από το άρθρο 132, Ν. 2071/1992, ΦΕΚ Α 123.

ε) Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου της παραγράφου ΙΙ του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρών συνιστούν κριτήριο υπεροχής κατά την αξιολόγηση και επιλογή για την κατάληψη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωρισμένα ειδικά επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημους επιστημονικούς φορείς στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα. Τα περιοδικά αυτά προσδιορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

Για τον πρώτο διορισμό στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. εφαρμόζονται τα κριτήρια α, β, γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα προτάσσεται κατά σειρά: α) εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. β) εκείνος που στο πρόσωπό του συντρέχει περίπτωση συνυπηρέτησης συζύγου και γ) εκείνος που διαμένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο 5 τουλάχιστο χρόνια συνεχώς. Η (γ) περίπτωση δεν ισχύει για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολόγησης, ή ο επόμενος, εφόσον ο προηγούμενος δεν αποδέχεται το διορισμό του.

Δε διορίζεται ο γιατρός που α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αρρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απαλλαγεί, γ) είναι ανυπότακτος ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει

καταδικασθεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή καταμήνυση, συκοφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια χρεοκοπία ή για εγκλήματα που ανάγονται στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από προτάσεις των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της χώρας και γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να κατατάσσονται και να αξιολογούνται ιεραρχικά τα στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για διορισμό γιατρών, όπως: οι επιστημονικοί τίτλοι, οι επιστημονικές εργασίες και δημοσιεύσεις σε ξένα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, η μετεκπαίδευση στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, ο χρόνος προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο και άλλες μονάδες περίθαλψης, ο χρόνος υπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός του πτυχίου και κάθε άλλο στοιχείο του μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων που ορίζονται στην παράγραφο 4 του άρθρου αυτού.

\* Οι παρ. 4 (πλην της περ. δ) και 5, είχαν καταργηθεί από το άρθρο 132 Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), αλλά επαναφέρθηκαν σε ισχύ από την παρ. 2 άρθρο 1 Ν. 2256/15-18.11.1994 (ΦΕΚ Α 196). Η ίδια παρ. 2 ορίζει ότι επαναφέρονται σε ισχύ και οι υπουργικές αποφάσεις που εκδόθηκαν κατ' εξουσιοδότηση των άνω παρ. 4 και 5.

[6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται οι παθήσεις και βλάβες της υγείας, που εμποδίζουν το διορισμό γιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας και αρτιμέλειας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., ορίζονται τα δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίσει ο γιατρός για το διορισμό του.

7. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

8. Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής τους.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος προκήρυξης των θέσεων, η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψήφιους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982 δεν αναστέλλει το διορισμό.

10. Περιοχές όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και οικιστικές συνθήκες συνιστούν αποδειγμένα αντικίνητρο για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τα 24ωρης ετοιμότητας περιφερειακά ιατρεία τους, μπορεί με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διάταξης αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου 24ωρης εφημερίας.

Οι άγονες και προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α και Β κατηγορίας . Κατηγορίας Α είναι οι περιοχές όπου οι συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου

αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα οξυμένες. Η διάκριση γίνεται με το π. δ/γμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο π. δ/γμα μπορεί να θεσπίζονται ειδικά, οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση γιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή περιφερειακών ιατρείων 24ωρης εφημερίας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές.

11. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτούνται επιτροπές αξιολόγησης οι οποίες κρίνουν όλους τους γιατρούς που υπηρετούν στο νοσοκομείο και το κέντρο υγείας, αξιολογούν το ιατρικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο και τη γενικότερη υπηρεσιακή επίδοση και απόδοσή τους. Τα ειδικότερα κριτήρια για την αξιολόγηση, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Η παραπάνω κρίση για τους βοηθούς και επιμελητές Β και Α γίνεται κάθε τρία χρόνια και για τους διευθυντές κάθε πέντε χρόνια. Η αξιολόγηση γίνεται από επιτροπή η οποία συγκροτείται:

Α) για τους διευθυντές, από τους διευθυντές των τομέων του νοσοκομείου με πρόεδρο το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος. Όταν κρίνεται ο διευθυντής του τομέα, η επιτροπή προεδρεύεται από τον αρχαιότερο διευθυντή.

Β) για τους βοηθούς και τους επιμελητές Α και Β από:

α) το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος, ως πρόεδρό τους,

β) το διευθυντή του τμήματος στο οποίο υπηρετεί ο γιατρός,

γ) τον αρχαιότερο από τους υπόλοιπους διευθυντές του ίδιου τομέα του νοσοκομείου και

δ) δύο γιατρούς ίδιου βαθμού με τον κρινόμενο που εκλέγονται από τους ομοιόβαθμους γιατρούς του τομέα. Οι γιατροί αυτού πρέπει να είναι αρχαιότεροι από τον κρινόμενο, αλλιώς το συμβούλιο συγκροτείται νόμιμα χωρίς αυτούς.

12. Κάθε θέση γιατρού Ε.Σ.Υ. επαναπροκηρύσσεται, όταν ο γιατρός που την κατέχει συμπληρώσει σε αυτή υπηρεσία εννέα (9) χρόνων αν πρόκειται για θέσεις βοηθού και επιμελητή Β ή Α και δέκα (10) χρόνων αν πρόκειται για θέση διευθυντή. Για την κατάληψη της θέσης αυτής υποβάλλουν υποψηφιότητα γιατροί, που υπηρετούν στον κλάδο. Ο γιατρός που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επανατοποθέτησή του σε αυτή. Αν το αρμόδιο συμβούλιο επιλογής προκρίνει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της θέσης, τότε αυτός τοποθετείται σε οποιαδήποτε ομοιόβαθμη κενή θέση νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή τοποθετείται ως υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προσφέρει τις υπηρεσίες του σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.

Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Κ.Ε.Σ.Υ. και γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

13. Ο αριθμός των υπεραρίθμων της προηγούμενης παραγράφου δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό (2%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

14. Για πέντε (5) χρόνια από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να μετακαλούνται από το εξωτερικό Έλληνες γιατροί, αναγνωρισμένης επιστημονικής αξίας και κύρους με αποδειγμένο κλινικό ή εργαστηριακό ή ερευνητικό έργο και με αποδειγμένη από επίσημους επιστημονικούς τίτλους προϋπηρεσία σε υπεύθυνη θέση αναγνωρισμένων νοσηλευτικών, ερευνητικών ή εκπαιδευτικών κέντρων της αλλοδαπής και να προσλαμβάνονται σε θέσεις διευθυντών τμημάτων νοσοκομείων με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που μπορεί να ανανεώνεται. Οι επιστημονικοί τίτλοι και τα αποδεικτικά στοιχεία του επιστημονικού έργου κρίνονται και αξιολογούνται από ειδική επιστημονική επιτροπή του Κ.Ε.Σ.Υ., που συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982. Οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν το σύνολο των αποδοχών της θέσης που διορίζονται και επί πλέον ποσοστό πενήντα τοις εκατό (50%) στο βασικό μισθό της θέσης για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Πάτρας και Ηρακλείου και εκατό τοις εκατό (100%) για τα νοσοκομεία των άλλων πόλεων. Οι γιατροί αυτοί στη διάρκεια που υπηρετούν στις θέσεις αυτές υπόκεινται σε όλους τους περιορισμούς και τις υποχρεώσεις που θεσπίζονται με το νόμο αυτόν για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. Οι θέσεις που καταλαμβάνονται κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής σε κάθε νοσοκομείο δεν μπορεί να υπερβαίνουν το δέκα τοις εκατό (10%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού, σε κάθε όμως περίπτωση το λιγότερο θα είναι μία.

15. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορούν να υποβάλουν αίτηση για κατάληψη άλλης ομοιόβαθμης θέσης.]

\* Καταργ. (6-15) από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

## **Άρθρο 28**

Εξέλιξη στον κλάδο

1. Η βαθμολογική εξέλιξη των γιατρών και οδοντογιατρών γίνεται με την κατάληψη κενής θέσης αμέσως ανώτερου βαθμού από αυτόν που έχουν μετά από προκήρυξη της θέσης και κρίση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό κατά την προηγούμενη παράγραφο γίνεται μετά τη συμπλήρωση τριών ετών στον κατεχόμενο βαθμό. Μετά την πάροδο δώδεκα (12) χρόνων ο γιατρός, που δεν θα κριθεί ικανός για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού, μένει στάσιμος βαθμολογικά. Στην περίπτωση αυτή, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο γιατρός τοποθετείται με τη διαδικασία της παραγράφου 12 του προηγούμενου άρθρου σε οποιαδήποτε ομοιόβαθμη κενή θέση γιατρού ή ως υπεράριθμος σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τους γιατρούς που έχουν το βαθμό του διευθυντή.

3. Οι οδοντογιατροί που έχουν το βαθμό του βοηθού για να εξελιχθούν βαθμολογικά σε θέση επιμελητή Β πρέπει να έχουν συμπληρώσει σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια άσκησης του επαγγέλματος.

4. Ο αριθμός των υπεράριθμων γιατρών της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό (2%) των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά

ειδικότητα.]

\* Καταργ. από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

Εκπαίδευση γιατρών.

1. Στο Κ.Ε.Σ.Υ. συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης γιατρών. Το Κ.Ε.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής αυτής:

α) Εισηγείται τον καθορισμό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων.

β) Εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται κατά ειδικότητα.

γ) Καταρτίζει τα προγράμματα για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και καθορίζει τα κριτήρια για τον ορισμό των μονάδων, που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των εκπαιδευόμενων σ□ αυτό γιατρών.

δ) Καταρτίζει ενιαίο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών, των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται, κατά υγειονομική περιφέρεια, από την περιφερειακή επιτροπή εκπαίδευσης, που συνιστάται σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 9 του άρθρου 4 του νόμου αυτού και υλοποιείται από την επιστημονική επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

ε) Εγκρίνει προτάσεις για τη λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ιεραρχεί, εποπτεύει, συντονίζει και αξιολογεί την εκτέλεση και απόδοσή του.

2. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος και η διαδικασία για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Για όσους έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας έως την έκδοση του παραπάνω προεδρικού διατάγματος, εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο χρόνος αυτός μπορεί να παρατείνεται για ένα ακόμη εξάμηνο. Η ημερομηνία αποχώρησης ορίζεται με διαπιστωτική πράξη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Στους γιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως αποζημίωση το σύνολο των αποδοχών της θέσης που κατείχαν.

## **Άρθρο 41**

### Μετεκπαίδευση γιατρών

1. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια ογδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, που το πρόγραμμα τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης - μετεκπαίδευσης του άρθρου 31 του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων επιλογής του γιατρού ή οδοντογιατρού.

Κάθε γιατρός και οδοντογιατρός υποχρεούται να προσκομίζει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανακαλείται η άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό η οδοντογιατρό που δεν προσκομίζει την παραπάνω βεβαίωση μετεκπαίδευσης. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος επαναχορηγείται όταν υποβληθεί η βεβαίωση.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., ορίζεται ο χρόνος έναρξης της πρώτης πενταετίας και καθορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε σχετική λεπτομέρεια, για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση για επαγγελματική προβολή από γιατρούς και οδοντογιατρούς που ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα οποιουδήποτε ακαδημαϊκού τίτλου ή τίτλου θέσης που κατείχε ο γιατρός κατά την υπηρεσία του στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

Η παράβαση της διάταξης αυτής συνεπάγεται την προσωρινή ανάκληση της άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος από δύο μέχρι δώδεκα μήνες και σε περίπτωση υποτροπής μέχρι και την οριστική ανάκληση. Η ανάκληση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

## **Άρθρο 42**

### Βράβευση νοσοκομείων και κέντρων υγείας.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. ανακηρύσσονται κάθε χρόνο με βάση το επιστημονικό και νοσηλευτικό τους έργο, τη λειτουργική πληρότητα και την παραγωγική απόδοσή τους στο χρόνο αυτόν, τα καλλίτερα:

α) Εννέα (9) νοσοκομεία της χώρας και συγκεκριμένα:

αα) Δύο (2) της Αθήνας.

ββ) Ένα (1) της Θεσσαλονίκης.



γγ) Ένα (1) του Πειραιά ή της Πάτρας ή του Ηρακλείου ή των Ιωαννίνων ή της Αλεξανδρούπολης.

δδ) Τέσσερα (4) από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας και

εε) ένα (1) ψυχιατρικό από όλη τη χώρα.

β) Έντεκα (11) κέντρα υγείας, μη αστικών περιοχών και συγκεκριμένα:

αα) Ένα (1) της Θράκης.

ββ) Δύο (2) της Μακεδονίας.

γγ) Ένα (1) της Ηπείρου.

δδ) Ένα της Θεσσαλίας.

εε) Δύο (2) της Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας.

στ) Δύο (2) της Πελοποννήσου.

ζζ) Ένα (1) της Κρήτης και

ηη) Ένα (1) των άλλων νησιών.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. καθορίζονται ειδικότερα τα κριτήρια για την επιλογή και συγκριτική αξιολόγηση των καλλίτερων καθώς και η διαδικασία ο τρόπος και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

3. Σε όλο το προσωπικό των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, που ανακηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ως καλλίτερα καταβάλλεται ως ειδική αμοιβή χρηματικό ποσό ίσο με το μισό του βασικού μισθού κάθε υπαλλήλου.]

\* Καταργ. από το άρθρο 132 Ν. 2071/4-15.7.1992, ΦΕΚ Α 123.

## **Άρθρο 45**

1. Τα έργα των κτιρίων των κέντρων υγείας, άσχετα από το ύψος του ολικού προϋπολογισμού και των επί μέρους προϋπολογισμών οικοδομικών εργασιών και ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων, μπορεί να δημοπρατούνται ενιαία μεταξύ κοινοπρακτούντων εργολάβων οικοδομικών και ηλεκτρομηχανολογικών έργων, που έχουν πτυχία αναλόγου δυναμικότητας προς τους επί μέρους προϋπολογισμούς των οικοδομικών και ηλεκτρομηχανολογικών εργασιών. Στην περίπτωση αυτή δεν έχουν εφαρμογή οι σχετικές διατάξεις του άρθρου 4 του Ν.Δ. 271/1969 περί εργοληπτών ηλεκτρομηχανολογικών δημοσίων έργων, που αναφέρονται στην ενιαία ή χωριστή δημοπράτηση των έργων και στις προϋποθέσεις συμμετοχής των κοινοπραξιών εργοληπτικών στη δημοπρασία.

2. Οι διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του Ν. 641/1977 (ΦΕΚ 200) ισχύουν και για έργα

επισκευών, διαρρυθμίσεων και επεκτάσεων κτιρίων και εγκαταστάσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2592/1953.

Οι σχετικοί ειδικοί κανονισμοί εκδίδονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Δημοσίων Έργων και Υγείας και Πρόνοιας.

## ΝΟΜΟΣ 3235/2004 Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ -ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 1 -Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει: α. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, β. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, γ. τον οικογενειακό προγραμματισμό, δ. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, ε. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, στ. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, ζ. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο, η. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

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

## Άρθρο 2 -Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από: α. τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, β. τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α., γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δια μέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητά τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του παρόντος νόμου και, μέσα σε έξι μήνες από την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3 του άρθρου 4 του νόμου αυτού, οφείλουν να προσαρμοστούν στους όρους, προϋποθέσεις και λοιπές ρυθμίσεις της απόφασης αυτής. Η πιο πάνω εποπτεία ασκείται και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

- 270 -

Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περίθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους. Το περιεχόμενο και οι όροι των συμβάσεων υποβάλλονται προς έγκριση και έλεγχο στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π.

Για την άσκηση της εποπτείας και του ελέγχου, που προβλέπεται στις παραγράφους 2 και 3 του παρόντος, ιδρύεται σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που υπάγεται στον Αναπληρωτή Γενικό διευθυντή και στελεχώνεται από: δύο ιατρούς εκ των οποίων ο ένας έχει την ειδικότητα της γενικής ή κοινωνικής ιατρικής, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ειδικό σε θέματα οικονομικών της υγείας, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας. Η διοικητική υποστήριξη του Γραφείου εξασφαλίζεται από τις λοιπές υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π.

Στις αρμοδιότητες του Γραφείου αυτού ανήκει: α. ο σχεδιασμός και ο συντονισμός της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης των Πε.Σ.Υ.Π., β. ο έλεγχος της τήρησης του περιεχομένου και των προδιαγραφών λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, γ. η παρακολούθηση, υποστήριξη και αξιολόγηση της δέσμης παροχής φροντίδας υγείας, των υπηρεσιών του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, δ. η σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ε. η οργανωτική υποστήριξη του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, στ. η συνολική εποπτεία στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και, γενικώς, ζ. κάθε ενέργεια που συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

## Άρθρο 3 -Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας

Στα Κέντρα Υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία και στα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία λειτουργεί σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων με χρήση σύγχρονων μέσων ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Το σύστημα αυτό καταγράφει αναλυτικά δεδομένα σε σχέση με τη ζήτηση των υπηρεσιών και τις προγραμματισμένες και

διενεργηθείσες πράξεις.

Στις μονάδες υγείας της προηγούμενης παραγράφου που καλύπτουν απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργεί σύστημα τηλεϊατρικής υποστήριξης, μετά από σχετική μελέτη σκοπιμότητας, καθώς και μελέτη κόστους, που διενεργούνται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π. και εγκρίνονται από τα οικεία Διοικητικά Συμβούλιά τους.

Οι μονάδες υγείας της πρώτης παραγράφου του άρθρου αυτού μεριμνούν για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σπίτι, για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας, υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. Οι περιπτώσεις και οι προϋποθέσεις παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και το είδος αυτών καθορίζονται αναλόγως των τοπικών και γεωγραφικών συνθηκών με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Πε.Σ.Υ.Π.

Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.

#### Άρθρο 4 -Ίδρυση Κέντρων Υγείας

Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, έπειτα από γνώμη του οικείου Πε.Σ.Υ.Π.

Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη τα εξής στοιχεία: η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα και, ιδίως, ο βαθμός συγκέντρωσης και αύξησης πληθυσμού της περιοχής στην οποία προτείνεται η ίδρυση, η γειτνίαση με υπάρχουσες τέτοιες μονάδες, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η γειτνίαση με νοσηλευτικές μονάδες και η επέκταση του συστήματος παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

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

#### Άρθρο 5 -Οργανισμός των Κέντρων Υγείας Ο.Κ.Α.

Το Κέντρο Υγείας Ο.Κ.Α. λειτουργεί σύμφωνα με οργανισμό, που συντάσσεται και εγκρίνεται από τον φορέα διοικητικής υπαγωγής του, ο οποίος προηγουμένως υποβάλλεται στο οικείο Πε.Σ.Υ.Π., το οποίο περιορίζεται στον έλεγχο διασφάλισης του τρόπου παροχής των υπηρεσιών και της ποιότητάς τους.

Με τον οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότητα, οι οργανικές μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

### Άρθρο 6 - Τομεοποίηση

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οργανώνεται στη βάση ενός τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, μέσα στα όρια του οικείου Πε.Σ.Υ.Π.

Η τομεοποίηση σχεδιάζεται και από φασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, τη διάρθρωση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες.

Με απόφαση του Δ.Σ. του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συγκροτούνται Ειδικές Τομεακές Επιτροπές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την υποβοήθηση του έργου του συντονισμού, της συνεργασίας και της διασύνδεσης των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., καθώς και της γενικότερης ανάπτυξης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης τους. Οι Επιτροπές είναι τριμελείς και αποτελούνται από: α) έναν ιατρό / Διευθυντή Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή του, β) έναν ιατρό / Διευθυντή Κέντρου Υγείας Ο.Κ.Α. με τον αναπληρωτή του, γ) έναν επιστήμονα υγείας άλλης ειδικότητας που υπηρετεί σε Κέντρο Υγείας ανεξαρτήτως διοικητικής υπαγωγής, με τον αναπληρωτή του.

Τα μέλη των Επιτροπών είναι άμισθα, η θητεία τους τριετής και οι αρμοδιότητές τους περιλαμβάνουν: α) την προαγωγή διατομεακών συνεργασιών, καθώς και συνεργασιών με δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης, β) την παρακολούθηση των δεικτών επάρκειας της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού που κατοικεί στην περιοχή του τομέα ευθύνης τους, γ) τη σύνταξη προτάσεων ή γνωμοδοτήσεων για θέματα στελέχωσης και εξοπλισμού των Κέντρων Υγείας, καθώς και για τη συμπληρωματική λειτουργία τους με άλλες δομές.

### Άρθρο 7 -Οικογενειακός και Προσωπικός Ιατρός

Καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό.

Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο ασφαλιστικός φορέας του δικαιούχου, μετά από εισήγηση του οικογενειακού ιατρού, μπορεί να επιτρέψει την επιλογή και προσωπικού ιατρού, κατόχου τίτλου άλλης ειδικότητας, για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων του δικαιούχου.

Σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός οργανισμός του δικαιούχου έχει συμβληθεί με ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι ασκούν καθήκοντα οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, τότε η επιλογή του ασφαλισμένου γίνεται μεταξύ των ιατρών αυτών που υποδεικνύονται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στη συγκεκριμένη περιοχή.

Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ή του προσωπικού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός.

Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους.

Η επιλογή του οικογενειακού ή και του προσωπικού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

Ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός: α. παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ειδικότητάς του, β. διαχειρίζεται το τμήμα του ιατρικού φακέλου που διατηρείται στο οικείο Κέντρο Υγείας, γ. παραπέμπει σε άλλον ιατρό, καθώς επίσης και σε νοσηλευτική μονάδα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού και προσωπικού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στα Κέντρα Υγείας των Ο.Κ.Α. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομίας και Οικονομικών δύναται να καθορίζονται και οικονομικά κίνητρα κατά περίπτωση.

#### Άρθρο 8 -Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Κάθε οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. ή των Ο.Κ.Α. συνεπικουρείται στο έργο του από νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας αυτά.

Οι νοσηλευτές δύνανται να παρέχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών.

- 272 -

Στις περιπτώσεις της παραγράφου 4 του άρθρου 7 του νόμου αυτού, ιδιώτες νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας μπορούν να συνεπικουρούν τον οικογενειακό και προσωπικό ιατρό στο έργο του και να παρέχουν υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών, έπειτα από σχετική απόφαση του ασφαλιστικού οργανισμού του δικαιούχου.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία ανάθεσης

καθηκόντων νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε νοσηλευτές ή και επισκέπτες υγείας των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στα Κέντρα Υγείας των Ο.Κ.Α.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Άρθρο 9 -Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ηλεκτρονική κάρτα υγείας  
Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται για αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σε κάθε Κέντρο Υγείας εγκαθίσταται πλήρης υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Ο οικογενειακός και ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο.

Εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας.

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

Άρθρο 10 -Πρόσβαση στη βάση δεδομένων

Η αρχή της εμπιστευτικότητας

Πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, έχουν: α. ο ίδιος ο πολίτης στο σύνολο των πληροφοριών, β. ο οικογενειακός και ο προσωπικός του ιατρός στο σύνολο των πληροφοριών, εκτός από τις πληροφορίες στις οποίες ο πολίτης αρνείται την πρόσβαση, γ. οι καθύλην αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πληροφοριών του πολίτη στον οποίο παρέχει τις υπηρεσίες αυτές.

Η πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση δίνεται με εξουσιοδότηση από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

Για τη διενέργεια επιδημιολογικών, ιατρικών, οικονομικών, στατιστικών και λοιπών σχετικών αναλύσεων και για την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται στους πολίτες, επιτρέπεται η χρήση των καταχωρημένων στους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους δεδομένων μετά από συναίνεση του πολίτη ή χωρίς αυτήν, εφόσον δεν δημοσιοποιείται η ταυτότητά του.

- 273 -

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ -ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 12 -Περιεχόμενο πιστοποίησης

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

##### Άρθρο 13 -Φορέας πιστοποίησης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο φορέας πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Ο.Κ.Α. Ο φορέας αυτός δύναται να ενεργεί τακτικούς και έκτακτους ελέγχους, επιτόπιες μεταβάσεις, καθώς και να χρησιμοποιεί κάθε πρόσφορο και αναγκαίο μέσο για την άσκηση των καθηκόντων του.

Στο τέλος κάθε έτους ο φορέας πιστοποίησης της πιο πάνω παραγράφου οφείλει να συντάσσει ετήσια έκθεση αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. την οποία κοινοποιεί στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των Ο.Κ.Α., η έκθεση κοινοποιείται επιπλέον και στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και στη Διοίκηση του Οργανισμού Κοινωνικής Ασφάλισης, στον οποίο υπάγεται διοικητικά το Κέντρο Υγείας.

##### Άρθρο 14 -Συνέπειες πιστοποίησης

Σε περίπτωση που ο φορέας πιστοποίησης του προηγούμενου άρθρου διαπιστώσει ότι Κέντρο Υγείας του Ε.Σ.Υ., το οποίο βρίσκεται υπό διαδικασία πιστοποίησης ή έχει ήδη πιστοποιηθεί αλλά επανελέγχεται, δεν πληροί τα κριτήρια του άρθρου 12 του παρόντος νόμου, ενημερώνει άμεσα τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος καθορίζει την προθεσμία συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. από τη διαπίστωση της παράβασης. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των Ο.Κ.Α., η προθεσμία συμμόρφωσης καθορίζεται από κοινού από τους Υπουργούς Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας μέσα στην ταχθείσα προθεσμία, ο φορέας διοικητικής υπαγωγής οφείλει να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κέντρο Υγείας εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης.



#### Άρθρο 15 -Ειδική διάταξη

Για την κάλυψη των αναγκών σε προσωπικό, που προκαλούνται από το νόμο αυτόν, εφαρμόζονται οι διατάξεις της παρ. 11 του άρθρου 3 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α~).

#### Άρθρο 16 -Έναρξη ισχύος

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

Αθήνα, 17 Φεβρουαρίου 2004