



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Βελτίωση της Ποιότητας στην Περιφερειακή Δημόσια
Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα: Καλές Διεθνείς Πρακτικές -
Ευκαιρίες και Εμπόδια Εφαρμογής στην Ελλάδα

Γεωργία Σενξέρη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γεώργιος Τσιότρας

Μάιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Βελτίωση της Ποιότητας στην Περιφερειακή Δημόσια Υγεία και Κοινωνική
Μέρμνα: Καλές Διεθνείς Πρακτικές - Ευκαιρίες και Εμπόδια Εφαρμογής στην
Ελλάδα

Γεωργία Σενξέρη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γεώργιος Τσιότρας

Μάιος, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	i
Περίληψη	ii
Abstract	iii
Κατάλογος Σχημάτων	iv
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1ο Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί	
1.1 Υγεία	2
1.2 Δημόσια Υγεία & Κοινωνική Φροντίδα	3
1.3 Πρόληψη και Αγωγή Υγείας	4
1.4 Μεθοδολογία	6
Κεφάλαιο 2ο Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα	
2.1 Διεθνής Δημόσια Υγεία	8
2.1.1 Το θεσμικό πλαίσιο για τη προστασία της δημόσιας υγείας στο διεθνή χώρο	8
2.1.2 Διεθνής τάσεις για τη προστασία της υγείας	10
2.2 Πρόνοια & Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα	12
2.2.1 Το εθνικό πλαίσιο και οι πολιτικές Δημόσιας Υγείας	12
2.2.2 Τοπική Αυτοδιοίκηση, Δημόσια Υγεία & Κοινωνική Μέριμνα	16
Το θεσμικό πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης	16
Οι αρμοδιότητες και ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα	17
2.2.3 Λειτουργία των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας - Εμπόδια & Προβλήματα	23
Κεφάλαιο 3ο Οι διεθνείς πολιτικές δημόσιας υγείας σε περιφερειακό επίπεδο	
3.1 Ηνωμένο Βασίλειο	28
3.2 Γερμανία	29
3.3 Ελβετία	30
3.4 Δανία	31
3.5 Σουηδία	32
3.6 Φιλανδία	33
3.7 Ολλανδία	34
3.8 Γαλλία	35

3.9	Ιταλία	35
3.10	Ισπανία	36
3.11	Τσεχία	37
3.12	Βουλγαρία	37
3.13	Ρωσία	38
3.14	ΗΠΑ	39
3.15	Αυστραλία	39
3.16	Ιαπωνία	40
	Σύνοψη Διαπιστώσεων	40

Κεφάλαιο 4ο Διεθνείς καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στη δημόσια υγεία

4.1	Διασφάλιση της ποιότητας στη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας	44
4.2	«Βελτιωμένα» προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας	50

Κεφάλαιο 5ο Δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας

5.1	Το ελληνικό υπόβαθρο για τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία	56
5.2	Αξιοποίηση της διεθνούς εμπειρίας στη βελτίωση της περιφερειακής δημόσιας υγείας	61
5.2.1	Επαναπροσδιορισμός του ρόλου και των αρμοδιοτήτων υγείας σε Περιφερειακό επίπεδο διοίκησης	61
5.2.2	Εισαγωγή της ποιοτικής διάστασης στη διοίκηση των περιφερειακών υπηρεσιών και στην εφαρμογή δράσεων δημόσιας υγείας	64

Κεφάλαιο 6ο Συμπεράσματα – Προτάσεις

	Συμπεράσματα	69
	Προτάσεις	72
	Βιβλιογραφία	75

Ευχαριστίες

Πρώτα θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γεώργιο Τσιότρα για την προθυμία, τη συνεργασία και τη συνεισφορά του σε όλα τα στάδια εκπόνησης της παρούσας διατριβής από τον αρχικό σχεδιασμό έως και την ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ το εκπαιδευτικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας που με βοήθησε με τη διδασκαλία και τη συμβουλευτική του να ανταποκριθώ με επιτυχία στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εξ' αποστάσεως εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Ευγνωμονώ, ιδιαίτερα, την οικογένεια και τους κοντινούς μου ανθρώπους για τη συνολική υποστήριξη και ανοχή τους στις προτεραιότητες που μου επέβαλε η συγκεκριμένη επιλογή και προσπάθεια τα τελευταία δύο χρόνια.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατη έννοια και αποτελεί διαχρονικό στοίχημα. Η αύξηση των δαπανών υγείας, η πρόοδος της επιστήμης και η άνοδος του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου δημιούργησαν την ανάγκη παροχής «ανώτερων» και αποδοτικότερων υπηρεσιών φροντίδας υγείας με την έννοια της συμμόρφωσης των φορέων για τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και των κυβερνήσεων για την επίτευξη της οικονομικής αποτελεσματικότητας και της κοινωνικής ευημερίας. Στο πλαίσιο αυτό, τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται, διεθνώς, η σπουδαιότητα του «τοπικού» ρόλου στην παραγωγικότητα του συστήματος δημόσιας υγείας.

Σκοπός: Η εργασία σκοπεύει να διερευνήσει τις δυνατότητες βελτίωσης στη ποιότητα των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας τοπικής αυτοδιοίκησης Β΄ βαθμού (Περιφέρειες) της Ελλάδας. Στόχος της είναι η αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης λειτουργίας τους και η σύγκριση με τη διεθνή πρακτική προκειμένου να εντοπισθούν τα εμπόδια και οι δυνατότητες βελτίωσης προς όφελος της, εν γένει, δημόσιας υγείας.

Μέθοδος: Για την επίτευξη του στόχου της διατριβής, χρησιμοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για α) τη διερεύνηση του ισχύοντος ελληνικού συστήματος δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας και ειδικότερα σε περιφερειακό επίπεδο άσκησης των σχετικών αρμοδιοτήτων και β) την αναζήτηση της διεθνούς εμπειρίας για την οργάνωση των συστημάτων υγείας και των καλών πρακτικών από χώρες όπου εφαρμόστηκαν αντίστοιχα ποιοτικά συστήματα.

Συμπεράσματα: Από τη συγκριτική μελέτη προέκυψε ότι οι δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της χώρας που αφορούν σε θεσμικό, οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο. Επιπλέον, η μελέτη κατέδειξε την ανάγκη α) διενέργειας πρωτογενούς έρευνας για το επίπεδο ποιότητας των Περιφερειακών Διευθύνσεων Υγείας που συγκροτήθηκαν στο πλαίσιο της πρόσφατης διοικητικής ανασυγκρότησης του κράτους και β) διερεύνησης της σχέσης μεταξύ αποδοτικότητας της υγείας και συμμετοχής της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή της, με σκοπό να διαφωτίσουν τη σημασία και την αποτελεσματικότητα των τοπικών δομών και μηχανισμών στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: Περιφερειακή Δημόσια Υγεία, Διοίκηση Ποιότητας στη Δημόσια Υγεία, Καλές Πρακτικές Δημόσιας Υγείας

Abstract

Introduction: Quality in health services is a concept with many aspects and, indeed, a long-standing challenge. The increase in health costs, scientific advances and the improvement of education and living standards have created the need for the provision of “superior” and more effective healthcare services in terms of compliance of institutions in order to optimise patient and government satisfaction from the achievement of cost effectiveness and social well-being. In this context, in recent years all the more weight has been placed at the international level on the significance of the role of the “local” element in the productivity of the public health system.

Objective: This paper aims to explore the possibilities for improving the quality of Public Health and Social Care Directorates coming under second-degree local government authorities (Regions) in Greece. The objective is to assess their current state of operation and compare it to international practices in order to identify any obstacles and improvement possibilities in the interest of public health in general.

Method: In order to achieve the objective of the paper, a systematic literature review was implemented in order a) to explore the existing Greek public health and social care system, particularly at the regional level of exercise of the relevant powers, and b) to seek international experience in organising health systems and best practices from countries where similar quality systems have been implemented.

Conclusions: The comparative study showed that there is room for improving the quality of Regional Public Health and Social Care Services in Greece at the institutional, organisational and functional level. Furthermore, the study revealed the need a) to conduct primary research on the quality level of Regional Health Directorates established in the framework of the state’s recent administrative reform, and b) to explore the relationship between the effectiveness of healthcare and the participation of local governments in the provision of healthcare so as to shed light on the importance and efficiency of local structures and mechanisms in the improvement of the population’s level of health.

Keywords: Regional Public Health, Quality Management in Public Health, Best Practices in Public Health

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1. Η Ολιστική Προσέγγιση της Υγείας.....	3
Σχήμα 2. Μοντέλο Προαγωγής της Υγείας.....	5
Σχήμα 3. Οργανόγραμμα Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας Κ. Μακεδονίας.....	24
Σχήμα 4. Οι διαστάσεις βέλτιστης πρακτικής στο προγραμματισμό προώθησης της υγείας.....	48

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη σκοπεύει να διερευνήσει τις δυνατότητες βελτίωσης στη ποιότητα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας τοπικής αυτοδιοίκησης Β΄ βαθμού (Περιφέρειες) στην Ελλάδα με την αξιολόγηση της λειτουργίας τους και τη σύγκριση με αντίστοιχα διεθνή πρότυπα.

Ειδικότερα για τη δομή της, στο κεφάλαιο 1 προσδιορίζεται η έννοια της υγείας διαχρονικά και τίθεται το ζήτημα της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής μέριμνας αναφορικά με τη διαχείριση των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας όλου του πληθυσμού. Επίσης, αναφέρεται στην πρόληψη ως εργαλείο πολιτικής εναντίον της διάδοσης των ασθενειών, την αγωγή υγείας για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και την προαγωγή υγείας που εμπεριέχει, επιπλέον, την οργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Στο κεφάλαιο 2 αναπτύσσεται διαχρονικά το διεθνές πλαίσιο και τα προγράμματα για τη προστασία της δημόσιας υγείας και στη συνέχεια η ελληνική οργάνωση και πολιτική για την διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Αναπτύσσεται διεξοδικά ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή της υγείας και αναλύεται η λειτουργία των περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Στο κεφάλαιο 3 αποτυπώνεται η διαφορετικότητα και το πλήθος των πολιτικών δημόσιας υγείας που ισχύουν διεθνώς με πρωταρχικό κριτήριο το επίπεδο διοικητικής οργάνωσης των εθνικών συστημάτων υγείας και με τρόπο που να επιτρέπει τη σύγκριση με το, αντίστοιχο, ελληνικό.

Στο κεφάλαιο 4 περιγράφονται συγκεκριμένα διεθνή ποιοτικά μοντέλα διοίκησης και εργαλεία λήψης αποφάσεων από τις τοπικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας καθώς και βελτιωμένα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται αναλυτικά οι δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας της περιφερειακής δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας αναφορικά με τις σημερινές εθνικές συνθήκες και σε σχέση με τις διεθνείς καλές πολιτικές και πρακτικές που έχουν αναπτυχθεί για το σκοπό αυτό.

Στο τέλος συνοψίζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις για την οργάνωση, διαχείριση και βελτίωση των διαδικασιών λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας της περιφερειακής αυτοδιοίκησης και γίνονται ειδικές εισηγήσεις για τις ανάγκες που ανέκυψαν από τη συγκριτική μελέτη που διεξήχθη.

Κεφάλαιο 1^ο

Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

1.1 Υγεία

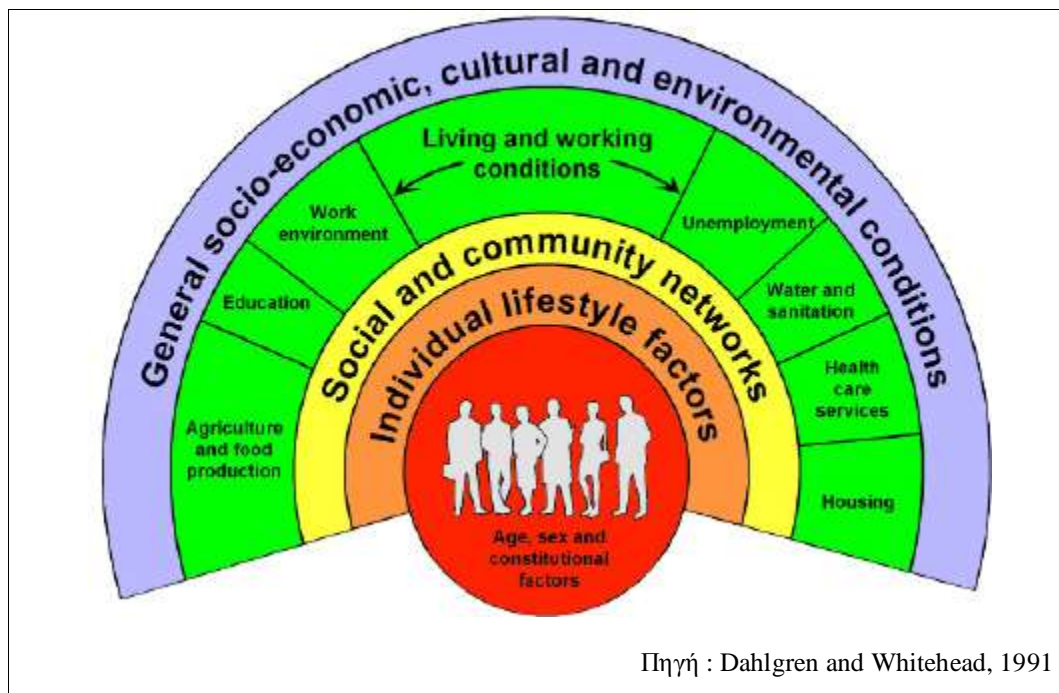
Στο πέρασμα των αιώνων, έχει αναπτυχθεί ευρεία ποικιλία εναλλακτικών προσεγγίσεων για την κατανόηση της υγιούς κατάστασης ενός οργανισμού (Schmidt, 2009). Ξεκινώντας από την προϊστορική εποχή, με τα «δαιμόνια» να αποτελούν τη μοναδική αιτία όλων των ασθενειών (Καραδήμας, 2005), η αντίληψη για το φαινόμενο της υγείας έχει, διαχρονικά, λάβει διαφορετικές διαστάσεις. Τη μεταφυσική εποχή, όπου η μαγεία και η θρησκεία ερμηνεύουν τη ψυχοσωματική κατάσταση του ατόμου, διαδέχονται με τη σειρά η νατουραλιστική (επιστημονική - ιατρική προσέγγιση της αρρώστιας), η θετικιστική (εξειδίκευση της βιοϊατρικής) και η σημερινή ολιστική (Σχήμα 1), όπου η προσέγγιση της υγείας λαμβάνει χαρακτήρα δυναμικό, καθώς επηρεάζεται άμεσα και από εξωτερικούς κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Täljedal, 2004· Τούντας, 2000 Whitehead, Dahlgren, 1991).

Το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις πρόσφατες αλλά ραγδαία εξελισσόμενες ψυχοσωματικές διαταραχές, ξεπερνά την αποκλειστικά ιατροκεντρική αρνητική προσέγγιση η οποία εξαντλείται στην αντιμετώπιση της νόσου και της θνησιμότητας (Boorse 1977 & 1997· Λιαρόπουλος 2007), επαναφέροντας τη διάσταση της ψυχικής και κοινωνικής υγείας του πληθυσμού στη βάση της αλληλεξάρτησης και συνεχής αλληλεπίδρασης των εσωτερικών βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων με τους εξωτερικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες του σύγχρονου και συνεχώς εξελισσόμενου περιβάλλοντος (Πράπα & Φακή, 2008· Τούντας, 2006). Συνεπώς η υγεία, στο βαθμό που μετράει τη φυσική, ψυχική και πνευματική κατάσταση ενός οργανισμού, επηρεάζεται από παράγοντες όπως οι γενετικές επιδράσεις, οι συνθήκες και ο τρόπος ζωής, το μορφωτικό επίπεδο, τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας και καθορίζεται από τις διαφορετικές κοινωνικές πεποιθήσεις και θρησκευτικές αντιλήψεις (Χλέτσος, 2011).

Στο ίδιο πλαίσιο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946, 1984) ορίζει ότι *«υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* καθιερώνοντας, ουσιαστικά, τη σημασία της θετικής υγείας ενός ατόμου ως εφόδιο και μέσο για βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Συμπερασματικά, η υγεία είναι το ύψιστο ατομικό και κοινωνικό αγαθό και δε πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο από την πλευρά της ιατρικής. Η υγεία είναι αποτέλεσμα μιας

δυναμικής ισορροπίας του ατόμου με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον που όταν διαταράσσεται προκαλεί την εκδήλωση αρρώστιας σε διάφορα επίπεδα (οργανικό, ψυχολογικό, συμπεριφοράς κλπ).



Σχήμα 1. Η Ολιστική Προσέγγιση της Υγείας

1.2 Δημόσια υγεία & κοινωνική μέριμνα

Η έννοια της δημόσιας υγείας αναφέρεται στο σύνολο των πολιτικών παρεμβάσεων και μέτρων για την πρακτική αντιμετώπιση ή/και την εξάλειψη των «κινδύνων» υγείας, που το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει από μόνο του. Εστιάζει στην πρόληψη, προώθηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού μέσω οργανωμένων δράσεων της κοινωνίας όπως οι εμβολιασμοί, ο έλεγχος των αποβλήτων και του πόσιμου νερού, η ευαισθητοποίηση, η εκπαίδευση στην ατομική υγιεινή, η οργάνωση και η αξιολόγηση της απόδοσης των υγειονομικών υπηρεσιών και προγραμμάτων και κατ' επέκταση των συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, το σύνταγμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ορίζεται ότι «οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία των λαών τους, η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την παροχή επαρκούς υγείας και με κοινωνικά μέτρα» (ΠΟΥ, 1946)..

Πράγματι, η ανάγκη της κρατικής παρέμβασης για την προστασία της υγείας του πληθυσμού διαπιστώνεται για πρώτη φορά στην περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης όταν οι κοινωνικοί μεταρρυθμιστές της εποχής (Edwin, Engels, Villerme) επισήμαναν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στην εργατική τάξη και παράλληλα ιδρύθηκε το κίνημα της δημόσιας υγείας για ιατρική οργάνωση (Schmidt, 2009) τα οποία και αποτέλεσαν την γενεσιουργό αιτία

της νομοθεσίας του Bismarck (1883) για την κοινωνική ασφάλιση υγείας των εργαζομένων (μεικτό σύστημα υγείας). Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι που ακολούθησαν αύξησαν την ανάγκη του κρατικού παρεμβατισμού στην προάσπιση της υγείας και της ζωής των πολιτών και οδήγησαν στη δημιουργία μοντέλων κρατικής πρόνοιας όπως το εθνικό σύστημα υγείας Semashko (1918) στη Ρωσία και Beveridge (1948) στη Βρετανία, που εξασφάλιζαν σε ολόκληρο το πληθυσμό δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (δημόσια συστήματα υγείας). Αργότερα, βεβαία, οι πολιτικές μείωσης των δημοσίων δαπανών υγείας οδήγησαν στην ανάπτυξη του ιδιωτικού μοντέλου φροντίδας υγείας (ΗΠΑ). Εντούτοις, το αμερικάνικο σύστημα υγείας εξακολουθεί, μέσω των ομοσπονδιακών κυβερνητικών προγραμμάτων, να προστατεύει τους ηλικιωμένους, ανάπηρους και φτωχούς συμμετέχοντας με ποσοστό τουλάχιστον 40% στη συνολική υγειονομική δαπάνη (Κυριόπουλος, 2007).

Όπως προαναφέρθηκε, η σύγχρονη αντίληψη για την «ευρεία έννοια της υγείας» υιοθετεί ως παράγοντες επιρροής, πέρα από τα παθολογικά αίτια, τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, άσκηση, διατροφή κλπ) και τις συνθήκες διαβίωσης (εργασία, φτώχεια, εκπαίδευση, πρόσβαση, ρύπανση κλπ) καθώς υποστηρίζει ότι το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τη ποιότητα της ζωής των ατόμων (Ιωάννου, Κούτα & Χαραλάμπους, 2009). Με τον τρόπο αυτό, ορίζεται η δημόσια υγεία ως «επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας» (ν.3370/2005) και εισάγονται οι έννοιες της πρόληψης και προαγωγής υγείας, του σχεδιασμού πρωτοβουλιών και πολιτικών διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία καθώς και της βελτίωσης της ποιότητας των συνθηκών διαβίωσης και των υπηρεσιών παροχής υγείας. Ταυτόχρονα, καθιερώνεται η κοινωνική φροντίδα ως ένα ευρύτερο πλαίσιο προστασίας της υγείας, με απώτερο σκοπό την απελευθέρωση των ατόμων από ανάγκες και προβλήματα για την προσωπική ευτυχία και την κοινωνική ευημερία.

Κοινωνική φροντίδα νοείται η προστασία που παρέχεται σε άτομα ή ευπαθής ομάδες πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά, οι άστεγοι και τα άτομα με αναπηρίες, με την παραγωγή και παροχή αγαθών και υπηρεσιών υγείας – πρόνοιας που αποσκοπούν να τους δημιουργήσουν προϋποθέσεις ισότιμης συμμετοχής στην οικονομική και κοινωνική ζωή και να τους εξασφαλίσουν αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης.

1.3 Πρόληψη και Αγωγή Υγείας

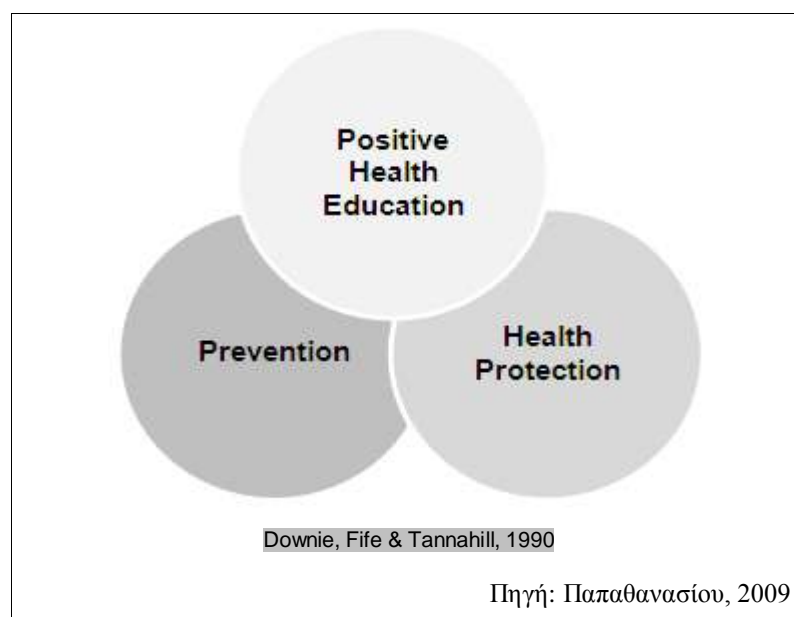
Στις μέρες μας, παρά το υψηλό επίπεδο γνώσης που διαθέτουμε αναφορικά με τις ασθένειες και τις θεραπείες, υστερούμε στο τομέα της πρόληψης της υγείας. Στην ιατρική, πρόληψη σημαίνει η αποφυγή ή ο περιορισμός του κινδύνου εμφάνισης μιας νόσου, αρνητικών φαινομένων ή καταστάσεων ανικανότητας (Bury, 1988) ενώ από την εκπαιδευτική σκοπιά,

απαιτεί την υιοθέτηση κανόνων υγιεινού τρόπου ζωής. Η πρόληψη αφορά στη διασφάλιση της υγείας με μέτρα εξάλειψης των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου και προάγουν την ατομική και συλλογική υγεία (Παπαθανασίου, 2009).

Ταυτόχρονα, η πρόληψη πρέπει να αποτελεί βασικό συστατικό της πολιτικής και του σχεδιασμού αποδοτικών και αποτελεσματικών συστημάτων υγείας καθώς μπορεί να προλάβει τη διάδοση ασθενειών και να μειώσει σημαντικά τις δαπάνες υγείας (Μαζαράκη, 2012). Πριν από τις αρχές της δεκαετίας του 80, η αδυναμία της αποτελεσματικότητας των πολιτικών υγείας, που μέχρι τότε βασιζόνταν αποκλειστικά σε ιατρικές και κλινικές υπηρεσίες, άρχισε να διαφαίνεται τόσο σε επίπεδο βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού όσο και σε επίπεδο κόστους. Τα άτομα έπρεπε να συμβάλουν στη διασφάλιση της υγείας τους και η εφαρμογή των υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας βρήκε πρόσφορο έδαφος να αναπτυχθεί.

Αγωγή Υγείας είναι διεπιστημονική εκπαιδευτική διαδικασία στοχευόμενων ευκαιριών μάθησης προκειμένου οι άνθρωποι, ενεργώντας συνειδητά, να αποφασίζουν σε θέματα που αφορούν ή επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους (Draijer & Williams, 1991· ΠΟΥ, 1986· Σώκου, 1999). Στοχεύει, δηλαδή, στη διαμόρφωση συμπεριφορικών προτύπων και την υιοθέτηση συνηθειών, αξιών και στάσεων ζωής που προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και εξασφαλίζουν τη ποιότητα ζωής (Ιωαννίδη, 2003).

Η προαγωγή υγείας αναφέρεται στο σύνολο των πολιτικών και μέτρων πρόληψης, αγωγής και προστασίας της υγείας και στην οργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (Σχήμα 2).



Σχήμα 2. Μοντέλο Προαγωγής της Υγείας

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Έννοιας και των Αρχών της Προαγωγής Υγείας (ΠΟΥ, 1984), η προαγωγή υγείας:

- i. εμπλέκει όλο τον πληθυσμό με την ευθύνη της υγείας του,
- ii. αναπτύσσει δραστηριότητες που απαιτούν τη συνεργασία των φορέων της τοπικής κοινωνίας (τοπικές αρχές, εθελοντικές και θρησκευτικές οργανώσεις, ΜΜΕ, πανεπιστήμια, σχολεία, ατομικές πρωτοβουλίες),
- iii. χρησιμοποιεί συνδυαστικά μεθόδους, εργαλεία και τεχνικές (νομοθετικό πλαίσιο, επικοινωνιακή πολιτική, οικονομικά και κοινωνικά μέτρα, εκπαίδευση),
- iv. στοχεύει στο προσδιορισμό στόχων αναφορικά με το σχεδιασμό και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη λήψη αποφάσεων υγείας σε ατομικό, συλλογικό και διοικητικό επίπεδο.

Στο βαθμό, λοιπόν, που τα οφέλη της πρόληψης είναι ανθρωπιστικά, κοινωνικά και οικονομικά θα συμφωνήσουμε με τη αρχαία ρήση ότι «το προλαμβάνειν μείζον εστί του θεραπεύειν» (Ιπποκράτης ο Κώος 460-370πχ) και ότι το επίπεδο προαγωγής υγείας σε μια χώρα αποτελεί δείκτη βελτίωσης της ποιότητας ζωής και ευημερίας των κατοίκων της.

1.4 Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη, όπως προειπώθηκε, συντάχθηκε με σκοπό να διερευνήσει τις δυνατότητες βελτίωσης στη ποιότητα των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της περιφερειακής αυτοδιοίκησης με βάση τις υπάρχουσες εγχώριες συνθήκες που επηρεάζουν τη λειτουργία τους και την αξιοποίηση διεθνών συναφών ποιοτικών συστημάτων. Για να επιτευχθεί αυτό:

Αναλύθηκε η διεθνής και εθνική πολιτική δημόσιας υγείας μέσα από α) το θεσμικό πλαίσιο που περιλαμβάνεται στις Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις & Συνθήκες, το Σύνταγμα και την υφιστάμενη εθνική γενική και ειδική νομοθεσία και β) τα Σχέδια Δράσης για την υγεία που αναπτύχθηκαν διαχρονικά και έχουν υιοθετηθεί σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.

Μετά εξειδικεύτηκε το ελληνικό πλαίσιο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας της δημόσιας υγείας στα τρία επίπεδα διοίκησης (κρατικό, περιφερειακό, τοπικό) μέσα από το ισχύον θεσμικό οργανωτικό πλαίσιο.

Στη συνέχεια αναλύθηκε και αξιολογήθηκε η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της περιφερειακής αυτοδιοίκησης αναφορικά με α) την διοικητική αποδοτικότητα, β) τις παρεχόμενες υπηρεσίες και γ) το βαθμό

εξωστρέφειας και συνεργασίας για τη βελτίωση του επίπεδου υγείας του πληθυσμού. Πέραν του θεσμικού πλαισίου, οι δημοσιευμένοι Απολογισμοί Πεπραγμένων των Περιφερειών της χώρας για τα έτη 2011 έως και 2014, οι εγχώριες έρευνες και τα εθνικά στατιστικά μητρώα τροφοδότησαν τη μελέτη με έγκυρα στοιχεία για την υφιστάμενη κατάσταση, τη λειτουργία και το έργο των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας. Απόλυτα συναφής με το αντικείμενο και το σκοπό της συγκεκριμένης εργασίας υπήρξαν τα αποτελέσματα της πρωτογενούς έρευνας που διεξήχθη, πριν από τη πρόσφατη διοικητική μεταρρύθμιση «Καλλικράτης», σε όλες τις τέως Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις και επιλεγμένους Δήμους της χώρας για το «Ρόλο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία» με μέριμνα του Ινστιτούτου Τοπικής Αυτοδιοίκησης και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Ακολούθησε η διεξοδική παρουσίαση διεθνών πρακτικών αναφορικά με α) τη διοικητική οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας, που βασίστηκε, κυρίως, στις αναθεωρημένες εκδόσεις για τα εθνικά συστήματα υγείας από τη σειρά Health Systems in Transition του ΠΟΥ β) την ανάπτυξη ποιοτικών μοντέλων διοίκησης και εργαλείων λήψης αποφάσεων υγείας που υιοθετήθηκαν διεθνώς και αφορούν στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης (DHQP, MLC, Best Practice, SALAR, L' ARS) και γ) την εφαρμογή ειδικών πρωτοβουλιών προαγωγής υγείας που αφορούν στο πεδίο αρμοδιότητάς τους και υπάρχει η δυνατότητα να τις αξιοποιήσουν. Συλλέχθηκε πληροφοριακό υλικό, με τη βοήθεια λέξεων κλειδιών, από επίσημες ιστοσελίδες οργανισμών και δικτύων υγείας, άρθρα από πανεπιστημιακές ελληνικές και κυπριακές διαδικτυακές βιβλιοθήκες και διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Scopus, BMJ, SD Journal of health Economics.

Τελικά, με βάση τις υπάρχουσες συνθήκες και το ελληνικό ποιοτικό υπόβαθρο για την υγεία με στοιχεία που πάρθηκαν από τους επίσημους ιστοχώρους εθνικών φορέων ή πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας, πραγματοποιήθηκε η συγκριτική αξιολόγηση για τις δυνατότητες αξιοποίησης της διεθνούς εμπειρίας στην προστασία της υγείας και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Η εμπειρία μου, επίσης, ως υπάλληλος της Διεύθυνσης Αναπτυξιακού Προγραμματισμού της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας με ειδικό αντικείμενο τον Επιχειρησιακό Σχεδιασμό του Οργανισμού αλλά και το σχεδιασμό και υλοποίηση αναπτυξιακών συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων και εφαρμογών σε όλους τους τομείς αρμοδιότητας του φορέα, βοήθησε στην προσέγγιση και τη σύνταξη της συγκεκριμένης εργασίας.

Κεφάλαιο 2ο

Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα

2.1 Διεθνής Δημόσια Υγεία

2.1.1 Το θεσμικό πλαίσιο για τη προστασία της δημόσιας υγείας στο διεθνή χώρο

Η κατοχύρωση του δικαιώματος της προστασίας της δημόσιας υγείας αποτέλεσε πεδίο διεθνών παρεμβάσεων από τις αρχές του 1940. Οι πρώτες σημαντικές διακηρύξεις, που συμπεριέλαβαν ή αναγνώρισαν ζητήματα υγείας και απευθύνονταν σε όλα τα μέλη της διεθνούς κοινωνίας, ενσωματώθηκαν σε διήμερης ή πολυμερής διεθνής συμβάσεις εργασίας (Βασιλόπουλος, 2008· Κρεμαλής, 1987), όπως η Διακήρυξη της Γενικής Συνδιάσκεψης της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (Φιλαδέλφεια, 1944), το Προοίμιο Καταστατικού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Νέα Υόρκη, 1946), η Διεθνής Σύμβαση Εργασίας 102 από τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας (Γενεύη, 1952) και το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Νέα Υόρκη 1966).

Αναφορικά με τις ευρωπαϊκές θεσμικές αρμοδιότητες στο πεδίο της δημόσιας υγείας, το 1961 (αναθεώρηση 1996) υιοθετήθηκε στο Τορίνο ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης ο οποίος δέσμευε τα μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης για την αναγνώριση των δικαιωμάτων υγείας, κοινωνικής ασφάλισης, προστασίας μητέρας - παιδιού καθώς και την υγιεινή και ασφαλή εργασία (όπως κυρώθηκε με το Ν. 1426/84).

Με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ (1993, άρθρο 129) καθιερώνεται, ουσιαστικά, η νομική βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και εφαρμογή του πλήθους των στρατηγικών δημόσιας υγείας που ακολούθησαν (οι γενικοί και ειδικοί κοινοτικοί κανονισμοί και οδηγίες, λευκή και πράσινη βίβλος, στρατηγικά σχέδια υγείας). Η παρακολούθηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας από μέρους των κρατών μελών αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο τμήμα στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και ενθαρρύνεται με πολιτικές και προγράμματα πρόληψης ασθενειών μεγάλης μάζας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, τα ατυχήματα, το AIDS και τα ναρκωτικά (Κρεμαλής, 2011· Μαματζάκη, 2012· Χούκλη, 2008).

Με τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1999, άρθρο 152) θεσπίζονται σημαντικές αλλαγές και γίνονται σαφέστεροι οι στόχοι της κοινοτικής δράσης στο τομέα της δημόσιας υγείας. Οι σχετικές διατάξεις ενισχύουν το ρυθμιστικό ρόλο της ΕΕ και τονίζουν την παροχή υψηλού

επιπέδου προστασίας της υγείας ως σημαντικό παράγοντα των κοινοτικών πολιτικών. Τονίζεται η ανάγκη επέκτασης των εθνικών στρατηγικών, πέρα από την εφαρμογή μέτρων πρόληψης της ανθρώπινης ασθένειας, στη βελτίωση της ποιότητας της δημόσιας υγείας μέσω της διαπαιδαγώγησης και ευαισθητοποίησης των πληθυσμών (Μαματζάκη, 2012· Χούκλη, 2008) .

Προς την ίδια κατεύθυνση, τέλος, ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ (Νίκαια 2000) βασίζεται στο άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, αναγνωρίζει την αξία και το δικαίωμα πρόσβασης όλων στην παροχή φροντίδας υγείας και τη πρόληψη, χωρίς βέβαια να θίγει τις εθνικές νομοθεσίες καθώς εξακολουθεί να περιορίζεται στη θέσπιση μέτρων ενθάρρυνσης της συνεργασίας των κρατών μελών και να βασίζεται στην αρχή της επικουρικότητας (Χούκλη, 2008).

Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα (Ρώμη, 2004), αντικαθιστώντας τις προηγούμενες Συνθήκες, επανιδρύει την ΕΕ η οποία αποκτά (άρθρα I-14, I-17, III-117 & III-123) υποστηρικτικές και συμπληρωματικές αρμοδιότητες για τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας, συνεκτιμά, κατά την εφαρμογή των πολιτικών της, τις απαιτήσεις παροχής υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, επιδιώκει την προστασία της ανθρώπινης υγείας με τις πολιτικές στο τομέα του περιβάλλοντος και, στο πεδίο των κοινών προκλήσεων, επεμβαίνει σε περιπτώσεις ανάγκης με νομικά δεσμευτικές πράξεις για την ασφάλεια των πολιτών. Ειδικότερα με το άρθρο III-278, ενσωματώνει το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ και υιοθετεί κοινοτικά μέτρα που αποβλέπουν στην προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση διασυννοριακών απειλών υγείας, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας στη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών, τον καθορισμό υψηλών προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας των φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων και τον καθορισμό δεικτών και πρακτικών παρακολούθησης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού των κρατών μελών της (Χούκλη, 2008).

Τέλος, από το 1993 έως και σήμερα, συναντάμε πλήθος γενικών και ειδικών Κανονισμών, Οδηγιών, Ανακοινώσεων και Ψηφισμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφορικά με τη προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας. Στο ίδιο πλαίσιο, έχουν συνταχθεί η Πράσινη και η Λευκή Βίβλος για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την ασφάλεια τροφίμων, αντίστοιχα.

2.1.2 Διεθνείς τάσεις και προγράμματα για τη προστασία της υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γενεύη 1948) ιδρύθηκε με κοινό σκοπό, των 51 ιδρυτικών κρατών-μελών του, την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας για όλους, ορίζοντας την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και προσαρμόζοντας τους στόχους του στις τρέχουσες ανάγκες. Ειδικότερα, ο Π.Ο.Υ. έχει διεθνώς την ευθύνη:

- I. στον τομέα της πρόληψης, για το συντονισμό των προσπαθειών και την οργάνωση προγραμμάτων ανοσοποίησης, ελέγχου των επιδημιών, παραγωγής νέων εμβολίων καθώς και θεραπευτικών μεθόδων και φαρμάκων για ασθένειες που ενδημούν στο τρίτο κόσμο.
- II. στον τομέα της προαγωγής της υγείας, για την ανάπτυξη, μεταξύ άλλων, προγραμμάτων βελτίωσης του πόσιμου νερού, προώθησης της υγιεινής διατροφής και προληπτικών ελέγχων για διάφορες ασθένειες αλλά κυρίως τον καρκίνο.
- III. στον τομέα της τεκμηρίωσης και επιστημονικής υποστήριξης, για την αξιολόγηση των ψυχοφαρμάκων, των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και της επαγγελματικής επικινδυνότητας, τη ταξινόμηση των νόσων και αιτιών θνησιμότητας και τη τήρηση του Πρότυπου Καταλόγου Βασικών Φαρμάκων
- IV. στον τομέα της πολιτικής υγείας, για την υποστήριξη στην ανάπτυξη κριτηρίων και δεικτών παρακολούθησης της υγείας, τη διατήρηση διεθνούς βάσης δεδομένων με στοιχεία για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού για τη στατιστική επεξεργασία και την έκδοση σχετικών εκθέσεων (Κυριόπουλος και συν., 2010)

Φιλόδοξη υπήρξε η στρατηγική κατεύθυνση του ΠΟΥ «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» (1980) θέτοντας την εξασφάλιση της υγείας ως παγκόσμιο κοινωνικό στόχο (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Ενισχύθηκε από το Χάρτη της Ottawa (1986) με την επιδίωξη να ευαισθητοποιήσει τα κράτη-μέλη σε υγειονομικά ζητήματα πρεσβεύοντας στην αναβάθμιση των συστημάτων και υπηρεσιών, την εξάλειψη των συμφερόντων που απειλούν την υγεία, το συντονισμό των δράσεων των αρμόδιων φορέων, τον περιορισμό των απειλών για το περιβάλλον, τη μείωση των ανισοτήτων και την εξασφάλιση των ίσων ευκαιριών σε όλα τα άτομα ώστε να είναι ικανά να αυτοβοηθηθούν και να έχουν πρόσβαση στην πληροφόρηση (Κυριόπουλος και συν., 2010· Παπαθανασίου, 2009).

Συνέχεια του ίδιου οράματος το πρόγραμμα «Υγεία για όλους στον 21 αιώνα» (1998), ενσωματώνει εξειδικευμένους στόχους για την εξάλειψη της φτώχειας, την παιδική θνησιμότητα και την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007· Κυριόπουλος και συν., 2010).

Τη τελευταία δεκαετία, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, έχουν αναπτυχθεί τα Κοινοτικά Προγράμματα Δράσης για τη δημόσια υγεία 2003-2008 και 2008-2013, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με την απόφαση αριθ. 1786/2002/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, οι τρεις γενικοί στόχοι της 1ης προγραμματικής περιόδου ήταν:

- i. βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας,
- ii. ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης όταν η υγεία απειλείται,
- iii. προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της υγείας σε όλες τις πολιτικές και δραστηριότητες.

Πρωτοβουλία του συγκεκριμένου κοινοτικού προγράμματος αποτελεί η Δικτυακή Πύλη της ΕΕ για την Υγεία που δημιουργήθηκε για τη διευκόλυνση της διαβούλευσης και την αύξηση της συμμετοχής των ατόμων και φορέων (ενώσεις, εθελοντικές οργανώσεις, ιδρύματα κλπ) που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας (Βικιπαίδεια). Ο ιστοχώρος περιλαμβάνει θεματικές ενότητες για τη «υγεία» του πληθυσμού (ανάπηροι, παιδιά, ηλικιωμένοι), το «τρόπο ζωής» (σωματική άσκηση, αλκοόλ, τσιγάρο, διατροφή), το «περιβάλλον» (εργασία, κοινωνία, ασφάλεια), τα προβλήματα υγείας (HIV, ψυχική υγεία, γρίπη, λοιμώδη νοσήματα), τη «φροντίδα» των πολιτών (διασφάλιση ποιότητας, ηλεκτρονική υγεία, εμβολιασμοί) και την «υγεία στην ΕΕ» (έρευνα, προγράμματα, δείκτες, στατιστικές) (Χούκκλη, 2008).

Αντίστοιχα, οι στόχοι που επιδιώχθηκαν μέσω των δράσεων του προγράμματος 2008-2013 με την απόφαση αριθ. 1350/2007/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου ήταν:

- i. βελτίωση της ασφάλειας της υγείας των πολιτών
- ii. προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των ανισοτήτων υγείας
- iii. απόκτηση και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία.

Για την επίτευξη του σκοπού και των προτεραιοτήτων του, ο ΠΟΥ λειτουργεί και συντονίζει ένα δίκτυο συνεργασίας με πλήθος μη κυβερνητικών διεθνών οργανισμών που αναπτύσσουν στρατηγικές υγείας.

Εξίσου σημαντική για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας της ανθρωπότητας, είναι η δραστηριότητα και άλλων παγκόσμιων οργανισμών μέσω της ενίσχυσης προγραμμάτων δημόσιας υγείας. Η Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), με κύρια αποστολή τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων, συμμετέχει σε προγράμματα προστασίας και πληροφόρησης για θέματα δημόσιας υγείας. Το Πρόγραμμα Περιβάλλοντος Ηνωμένων Εθνών (UNEP), με κύρια ευθύνη την παρακολούθηση των κλιματικών αλλαγών και των περιβαλλοντικών

συνθηκών, συνδράμει με προγράμματα περιβαλλοντικής υγιεινής στην προστασία της ανθρώπινης επιβίωσης. Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (CDC) και το νεότερο Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Ασθενειών (ECDC) προάγουν την υγεία και την ποιότητα ζωής με δράσεις για την πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών, των τραυματισμών και της αναπηρίας. Η Ένωση Παρατηρητηρίων Δημόσιας Υγείας (APHO) στην Αγγλία σκοπεύει στη λειτουργία ενός δικτύου παγκόσμιας συνεργασίας για τη διαχείριση προβλημάτων, τη διάχυση καλών πρακτικών και την προώθηση της δημόσιας υγείας.

2.2 Πρόνοια & Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

2.2.1 Το εθνικό πλαίσιο και οι πολιτικές Δημόσιας Υγείας

Στην Ελλάδα, η υγεία αποτελεί αναφαίρετο συνταγματικό ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα της ανθρώπινης ζωής στο πλαίσιο της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προσωπικής ελευθερίας (άρθρο 5 & 7 Σύνταγμα της Ελλάδας). Η μέριμνα και η λήψη ειδικών μέτρων για την υγεία του πολίτη και την προστασία ευπαθών και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού αποτελεί, δε, υποχρέωση του κράτους (άρθρο 21 παρ. 3 Σύνταγμα της Ελλάδας).

Το βασικό νομοθετικό πλαίσιο για την οργάνωση και τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στη χώρας μας, συμπεριλαμβάνεται σε τρεις κυρίως νόμους .

N. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας....» με τον οποίο οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δραστηριοποιούνται στον:

- i. έλεγχο των παραγόντων κινδύνου για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα καθώς και το χώρο εργασίας
- ii. σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας ατυχημάτων και επαγγελματικής υγείας
- iii. αγωγή της στοματικής υγιεινής
- iv. διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων
- v. δια βίου κατάρτιση επαγγελματιών υγείας
- vi. εντοπισμό των τοπικών υγειονομικών ιδιαιτεροτήτων
- vii. εφαρμογή προτύπων και κριτηρίων στην ιατρική της εργασίας
- viii. έκδοση εκθέσεων για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Με τον ίδιο νόμο συστήνεται, σε επίπεδο υπουργείου, η Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας που περιλαμβάνει 4 Διευθύνσεις, Δημόσιας Υγιεινής, Υγιεινής Περιβάλλοντος, Σχολικής Υγείας και Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης. Αντίστοιχα, προβλέπεται η σύσταση Διευθύνσεων

Δημόσιας Υγείας & Πρόνοιας σε κάθε Διοικητική Περιφέρεια, που όμως, εκτός ελαχίστων περιπτώσεων, δεν λειτούργησαν ποτέ (Κυριόπουλος και συν., 2010).

N.3172/2003 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας..»

Είναι ο πρώτος νόμος που ορίζει την έννοια και τα χαρακτηριστικά της Δημόσιας Υγείας, ασχολείται με τις δομές και θίγει ζητήματα εκπαίδευσης, τονίζει την ευθύνη της πολιτείας στην προστασία και προαγωγής της και ασκείται σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο με διατομεακή συνεργασία φορέων άλλων Υπουργείων εκτός αυτού της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Κυριόπουλος και συν., 2010).

N.3370/2005 «Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας»

Αποτελεί το νεότερο σε ισχύ νόμο που αναθεωρεί τον προηγούμενο στα περισσότερα άρθρα του και επαναδιατυπώνει τον ορισμό της Δημόσιας Υγείας η οποία αποτελεί, πέρα από κρατική ευθύνη, «επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας». Για πρώτη φορά παραπέμπει σε ζητήματα ανισοτήτων συνδέοντας τη δημόσια υγεία με τις ιδιαίτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που βιώνουν οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού «όπως η ανεργία, η φτώχεια, το γήρας και ο κοινωνικός αποκλεισμός».

Με το άρθρο 3, οι λειτουργίες της δημόσιας υγείας διευρύνονται και εναρμονίζονται με τις ευρωπαϊκές πολιτικές καθώς περιλαμβάνουν:

- i. *«Την παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν*
- ii. *Την προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων*
- iii. *Τον έλεγχο και την αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού*
- iv. *Την προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού*
- v. *Την αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά ή άλλα αίτια*
- vi. *Την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία*
- vii. *Την εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους*
- viii. *Την εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής*
- ix. *Την ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και τη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας».*

Σε επίπεδο διοίκησης, οι δομές της δημόσιας υγείας ορίζονται στο άρθρο 9:

1. Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την κάτωθι διάρθρωση:
 - i. Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
 - ii. Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος
 - iii. Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων
 - iv. Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις
 - v. Διεύθυνση Στοματικής Υγείας
 - vi. Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
 - vii. Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών
2. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας
3. Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού
4. Οι Υπηρεσίες, οι Οργανισμοί και οι άλλοι φορείς, που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012

Στο επίπεδο της πολιτικής για την προστασία της υγείας, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012 αποτελεί τον πρώτο ελληνικό στρατηγικό σχεδιασμό στο τομέα της υγείας που υιοθετεί τις διεθνείς και ευρωπαϊκές πολιτικές και τάσεις, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, αναμένει πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα σε επίπεδο υγείας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών και θετικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Αναπτύσσεται σε 13 βασικές προτεραιότητες:

1. «Εφαρμογή Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία» με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων και την εξασφάλιση του μηχανισμού που θα δραστηριοποιήσει τις αντίστοιχες υπηρεσίες, την επιστημονική κοινότητα και την Κοινωνία των Πολιτών, στην επίτευξη των στόχων και την υλοποίηση των προτεινόμενων δράσεων
2. «Πολυτομεακή Ευθύνη για την υγεία» για τη λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών με σκοπό την αποτελεσματική, άμεση ή μακροπρόθεσμη, προστασία και προαγωγή της υγείας
3. «Υλοποίηση στρατηγικής για τον περιορισμό της νοσηρότητας και θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού» με άξονα τον έλεγχο των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου

που ευθύνονται για τα νοσήματα και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας

4. «Υγεία των Νέων» καθώς οι υγιεινές επιλογές από τα πρώτα χρόνια αποδίδουν καθ' όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής
5. «Ενημέρωση για την επίτευξη υγιεινότερου τρόπου ζωής» με τη διαμόρφωση νέων κοινωνικών προτύπων και συμπεριφορών που προάγουν την υγεία
6. «Διαχρονική και συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού» με την ανασυγκρότηση των υφιστάμενων και τη δημιουργία νέων συστημάτων καταγραφής και ανάλυσης επιδημιολογικών δεδομένων
7. «Ισότητα στην υγεία» καθώς οι εισοδηματικές ανισότητες αποτελούν σοβαρή κοινωνική αδικία
8. «Μηχανισμοί ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών» με την ανάπτυξη μηχανισμών επαγρύπνησης
9. «Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας» με τη τυποποίηση των διαδικασιών για τη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και για τη διασφάλιση μιας διαρκούς και συνεχιζόμενης ποιοτικής φροντίδας και αποκατάστασης.
10. «Αποτελεσματικότητα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» για την επίτευξη της αποδοτικότητας ολόκληρου του συστήματος Δημόσιας Υγείας
11. «Ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων για τη Δημόσια Υγεία» καθώς αποτελεί την κύρια κινητήρια δύναμη και επένδυση στο τομέα της υγείας
12. «Γνώση και Τεκμηρίωση» με την ενίσχυση της επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο μέσω της εφαρμογής καλών πρακτικών και σύγχρονων συστημάτων τεκμηρίωσης
13. «Δραστηριοποίηση των Κοινωνικών Εταίρων για τη Δημόσια Υγεία» για τη συνεργασία και υποστήριξη του οράματος για την προάσπιση της ποιότητας ανθρώπινης ζωής και της υγείας.

Στο πλαίσιο της ίδιας προσπάθειας, αναπτύχθηκαν, πέρα από το γενικό, 16 ειδικά σχέδια δράσης για την ολιστική διαχείριση κρίσιμων και σημαντικών ζητημάτων Δημόσιας Υγείας: Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο - HIV/AIDS - Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία - Ναρκωτικά - Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές - Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία - Κατάθλιψη - Καρδιαγγειακά Νοσήματα - Αντιμετώπιση

των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία - Κάπνισμα - Ατυχήματα - Μεταδοτικά Νοσήματα - Ταξιδιωτική Υγεία - Στοματική Υγεία - Σπάνιες Παθήσεις - Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Σκόπιμο είναι να αναφερθούμε, ενδεικτικά και εν συντομία, στους Εθνικούς Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας για τη σημαντική τους δραστηριότητα στο πλαίσιο εφαρμογής των εθνικών στρατηγικών στο τομέα της υγείας:

1. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) με σκοπό την αντιμετώπιση των ειδικών μεταδιδόμενων νοσημάτων
2. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού για την ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού
3. Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur με στόχο την έρευνα των λοιμωδών νόσων
4. Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) που ιδρύθηκε για τη μετεκπαίδευση επιστημόνων ειδικών στην αντιμετώπιση προβλημάτων Δημόσιας Υγείας
5. Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) με αποστολή τη διασφάλιση της διακίνησης υγιεινών τροφών
6. Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) που στοχεύει στη θεραπεία και αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

2.2.2 Τοπική Αυτοδιοίκηση, Δημόσια Υγεία & Κοινωνική Μέριμνα

Το θεσμικό πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Οι νομικές βάσεις για τη διοικητική διαίρεση του ελληνικού κράτους με τη σύσταση οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης χρονολογούνται από το 1833 με τον «περί συστάσεως των δήμων» νόμο που αναγνωρίζει ως βασική τους λειτουργία την προστασία των κατοίκων από διάφορους κινδύνους. Συνταγματικά, ο θεσμός της τοπικής αυτοδιοίκησης κατοχυρώνεται με το άρθρο 102 του Ελληνικού Συντάγματος όπου εκφράζεται η πρόθεση της πολιτείας να περιορίσει τον κρατικό παρεμβατισμό. Με τις συνταγματικές αναθεωρήσεις του 2001, κατοχυρώθηκε η οικονομική αυτοτέλεια και η α΄ και β΄ βαθμίδα των ΟΤΑ (Κυριόπουλος και συν., 2010· Ψυχάρης & Σιμάτου, 2003).

Τέσσερις είναι οι πιο πρόσφατοι νόμοι που επέφεραν τις σημαντικότερες αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του κράτους σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο:

Ο ν.2218/1994 για την κατάργηση των κρατικών νομαρχιών και την ίδρυση της δεύτερης βαθμίδας τοπικής αυτοδιοίκησης, της νομαρχιακής.

Ο ν.2503/97 με τον οποίο συνιστώνται οι 13 Περιφέρειες ως μοναδικός βαθμός εδαφικής και χωρικής αποκέντρωσης που επωμίζεται τις εκτελεστικές και διαχειριστικές αρμοδιότητες του κράτους (Ψυχάρης & Σιμάτου, 2003).

Ο ν.2539/97, γνωστός ως Σχέδιο Καποδίστριας, για τη συγχώνευση των πρώην Δήμων και Κοινοτήτων του ν.ΔΝΖ/1912 με σκοπό την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διοίκηση σε τοπικό επίπεδο.

Ο ν.3852/2010, γνωστός ως Πρόγραμμα Καλλικράτης, που ισχύει σήμερα και αφορά στο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του κράτους τόσο σε επίπεδο αποκέντρωσης, με την ίδρυση 7 Αποκεντρωμένων Διοικήσεων, όσο και σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, με τη σύσταση πρώτου και δευτέρου βαθμού Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. 325 ΟΤΑ α΄ βαθμού προέκυψαν από τη πρόσθετη συγχώνευση των πρώην Δήμων και Κοινοτήτων και 13 ΟΤΑ β΄ βαθμού με την κατάργηση των πρώην Νομαρχιών και την ίδρυση των αιρετών Περιφερειών.

Οι αρμοδιότητες και ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα

Αρμοδιότητες σε τομείς που σχετίζονται με την «ευρεία» έννοια της προστασίας της υγείας του πληθυσμού ασκούνται από διάφορες οργανικές μονάδες των ΟΤΑ που δραστηριοποιούνται σε τομείς όπως το περιβάλλον, η παιδεία, οι μεταφορές, η ανάπτυξη φυσικών πόρων και ενέργειας, η αγροτική οικονομία κλπ. Ειδικά στο τομέα της Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας, το θεσμικό πλαίσιο εξειδικεύει τις σχετικές αρμοδιότητες που μεταβιβάζει στη τοπική αυτοδιοίκηση με την ευθύνη για την εκτέλεσή τους.

ΔΗΜΟΙ

Οι κύριες αρμοδιότητες Υγείας που ασκούνται από τους Δήμους, ορίζονται, καταρχήν, στο άρθρο 75 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων στο τομέα «Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης» στον οποίο περιλαμβάνεται, ιδίως:

- 1. «Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως παιδικών και*

βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, κέντρων ανοιχτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κλπ και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων

- 2. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρα ψυχικής βίας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσόντων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών*
- 3. Η μέριμνα για τη στήριξη αστέγων και οικονομικά αδύνατων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης κατά τις προβλέψεις αυτού του Κώδικα. Η σχεδίαση, η οργάνωση, ο συντονισμός και η εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας στην περιφέρειά τους, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας*
- 4. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας*
- 5. Η προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης του Δήμου»*

και συμπληρώνονται με το άρθρο 95 του Προγράμματος «Καλλικράτη», όπου μεταβιβάζονται στους Δήμους επιπλέον αρμοδιότητες:

- 1. «Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.*
- 2. Η τήρηση κανόνων υγιεινής των δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.*
- 3. Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργία ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία, που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.*
- 4. Η άσκηση ελέγχου και εποπτεία στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί) και η ευθύνη λειτουργίας των παιδικών εξοχών.*

5. Η εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, καθώς και έγκριση του προϋπολογισμού τους, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των επιχορηγήσεων, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς..
6. Η οικονομική ενίσχυση μεταστεγαζόμενων, η μίσθωση ακινήτων, η ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και η επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.
7. Ο διορισμός μελών διοικητικών συμβουλίων, η εποπτεία και η ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού (όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΗΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ).
8. Ο ορισμός ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.
9. Η χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας, μετά από σχετική γνωμοδότηση της αρμόδιας Επιτροπής Πιστοποίησης Αναπηρίας.
10. Η έκδοση πιστοποιητικών οικονομικής αδυναμίας.
11. Η καταβολή επιδομάτων σε τυφλούς, κωφαλάλους, ανασφάλιστους παραπληγικούς, τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους, διανοητικά καθυστερημένους, ανίκανους προς εργασία, υποφέροντες από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικούς), απροστάτευτους ανήλικους, υποφέροντες από αιμολυτική αναιμία και βαριά ανάπηρους, καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας.
12. Η δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους.
13. Η αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής.
14. Η υλοποίηση:
 - α) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου,
 - β) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση,
 - γ) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

15. Η έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.
16. Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.
17. Η χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.
18. Η έκδοση τοπικών υγειονομικών διατάξεων και η διατάξεων και η λήψη μέτρων σε θέματα δημόσιας υγιεινής.
19. Η πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.
20. Η χορήγηση άδειας λειτουργία ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.
21. Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σε βάρος ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.
22. Η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.
23. Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων ζώων.
24. Η επιβολή ή άρση υγειονομικών μέτρων, λόγω εμφάνισης βαριάς επιζωοτίας για την έκδοση πιστοποιητικών προς μεταφορά ζώων.
25. Η παροχή γνωμάτευσης από τον αρμόδιο κτηνίατρο για υγειονομική καταλληλότητα των ζώων όταν πρόκειται για πλανόδια έκθεση ζώων».

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ

Αντίστοιχα, οι αρμοδιότητες υγείας που εκτελούνται από τις Περιφέρειες της χώρας ορίζονται στο άρθρο 186 ενότητα Ζ του Προγράμματος «Καλλικράτης» και είναι κυρίως:

1. «Η χορήγηση και ανάκληση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας, καθώς και αδειών ίδρυσης και λειτουργία ιδιωτικών κλινικών, ιδιωτικών προνοιακών επιχειρήσεων, ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων και πάσης φύσεως χώρων άσκησης ιδιωτικού επαγγέλματος υγείας και πρόνοιας.
2. Η άσκηση αρμοδιοτήτων που αφορούν θέματα διακρατικών υιοθεσιών

3. *Η έκδοση άδειας εισαγωγής εγκατάστασης και λειτουργίας μηχανημάτων παραγωγής ιοντιζουσών ακτινοβολιών για ιατρικούς σκοπούς, γενικά, όπως και εγκατάστασης και λειτουργίας εργαστηρίων ραδιοϊσοτόπων για ιατρικές εφαρμογές.*
4. *Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς και οδοντιάτρους, κατά τις προβλέψεις της κείμενης νομοθεσίας.*
5. *Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς και οδοντιάτρους, οι οποίοι αναγράφουν ναρκωτικά σε απλές συνταγές και όχι στις ειδικές για το σκοπό αυτόν, καθώς και στους φαρμακοποιούς, που πωλούν ναρκωτικά με απλές και όχι με ειδικές συνταγές.*
6. *Η υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας.*
7. *Ο καθορισμός των όρων και της διαδικασίας παραχώρησης ακινήτων σε δικαιούχους, η έκδοση και ανάκληση παραχωρητηρίων, η ρύθμιση των δόσεων και η βεβαίωση των χρεών παλαιών και νέων προσφυγών, η νομιμοποίηση ανωμάλων αγοραπωλησιών και τα σχετικά με την ανταλλαγή και μεταβίβαση παραχωρηθέντων ακινήτων.*
8. *Η επιχορήγηση αστικών εταιρειών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τις οποίες είχε ιδρύσει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση ή μετείχε, σε αυτές, εφόσον ο σκοπός τους αναφέρεται στην αντιμετώπιση προβλημάτων, που απορρέουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και εφόσον η πραγματοποίηση του σκοπού τους ασκείται, από την περιφέρεια.*
9. *Η χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.*
10. *Η έκδοση αδειών εμπορίας κτηνιατρικών φαρμάκων.*
11. *Ο έλεγχος της τήρησης των διατάξεων για την ηλεκτρονική συμβατότητα και ο καθορισμός των οργάνων τήρησης αυτών.*
12. *Η εποπτεία Ιατρικών, Οδοντιατρικών και Φαρμακευτικών Συλλόγων των νομών της Περιφέρειας.*
13. *Η ανάληψη χορηγούμενων οικονομικών ενισχύσεων σε φορείς κοινωνικής αντίληψης που εποπτεύονται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας που αποτελούν προϊόν των Ειδικών Κρατικών Λαχείων.*
14. *Η χορήγηση αδειών διενέργειας εράνων, λαχειοφόρων και φιλανθρωπικών αγορών σε υπερτοπικό επίπεδο.*
15. *Η διενέργεια κοινωνικών ερευνών για την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόνοιας, καθώς και θέματα άσκησης κοινωνικής εργασίας.*

16. *Ο καθορισμός των προϋποθέσεων και του τρόπου άσκησης του αντικειμένου της κοινωνικής εργασίας σε όλους τους τομείς εφαρμογής, καθώς και η εκπαίδευση σπουδαστών κοινωνικής εργασίας κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης.*
17. *Η χορήγηση και η ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού και της άδειας άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και η τήρηση σχετικού μητρώου με διαρκή ενημέρωση.*
18. *Η άσκηση αρμοδιοτήτων ελέγχου του ιδρύματος ή της Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η) και των Φορέων παιδικής προστασίας, περιλαμβανομένης της σύνταξης σχετικών εκθέσεων διατύπωσης αντίστοιχων προτάσεων.*
19. *Η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας της μητέρας και των παιδιών προσχολικής ηλικίας.*
20. *Η χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδων Αδυνατίσματος.*
21. *Ο υγειονομικός έλεγχος καταστημάτων, βιοτεχνιών και βιομηχανιών παρασκευής και επεξεργασίας τροφίμων ζωικής προέλευσης, καθώς και οι λοιποί υγειονομικοί έλεγχοι, που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία σε περιφερειακό επίπεδο.*
22. *Η χορήγηση αδειών για την καταλληλότητα ζωικών τροφίμων.*
23. *Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των κάθε είδους δημόσιων και ιδιωτικών εργαστηρίων, τα οποία πραγματοποιούν μικροβιολογικές εξετάσεις ελέγχου νερού, τροφίμων ή ποτών, το κλείσιμο όσων λειτουργούν χωρίς τη νόμιμη άδεια και η επιβολή προστίμου σε βάρος αυτών».*

Με το ίδιο άρθρο προβλέφθηκε και η σταδιακή μετάβαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας) στην ευθύνη των Περιφερειών αλλά στη συνέχεια καταργήθηκε (ν.4052/2012).

Η συγκρότηση της ελληνικής τοπικής αυτοδιοίκησης σε δύο ανεξάρτητες και οικονομικά αυτοτελείς διοικητικές βαθμίδες (Δήμοι & Περιφέρειες) ικανές να διαχειριστούν τοπικές ανάγκες και να αναλάβουν τοπικές αναπτυξιακές πρωτοβουλίες, αποτελεί συνταγματική επιταγή (Ελληνικό Σύνταγμα, άρθρο 102) και προσπάθεια σύγκλισης με τα ευρωπαϊκά δεδομένα αναφορικά με το ρόλο των ΟΤΑ (Ευρωπαϊκή Χάρτα Τοπικής Αυτοδιοίκησης, 1985).

Από την αναλυτική παρουσίαση, που προηγήθηκε, για τα καθήκοντα της τοπικής αυτοδιοίκησης, παρατηρείται μια προσπάθεια για τη μεταστροφή του τρόπου άσκησης υγειονομικής πολιτικής στο πλαίσιο της διοικητικής μεταρρύθμισης και αναδιάρθρωσης του

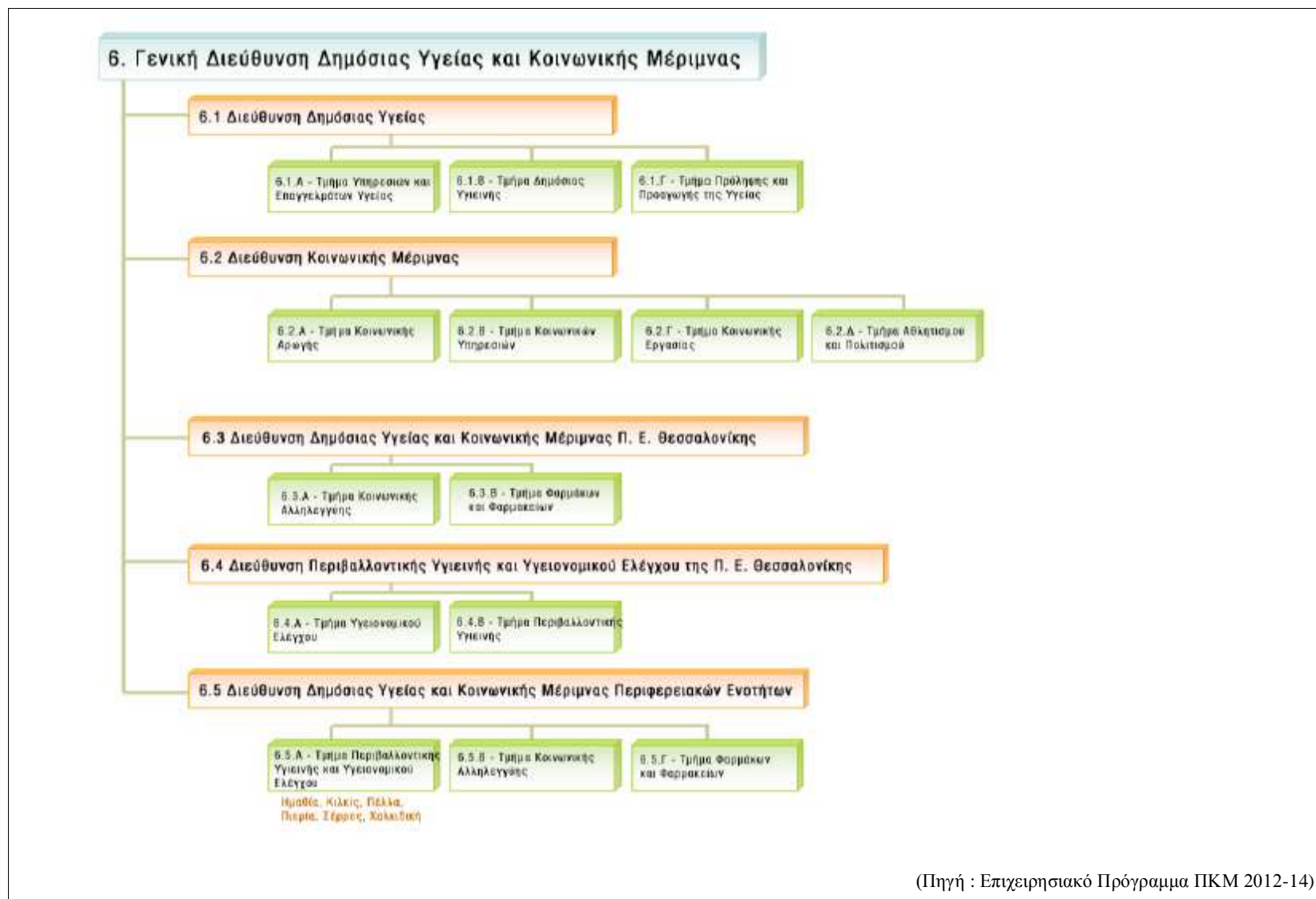
ελληνικού κράτους εν μέσω της «μνημονιακής» περιόδου. Σε αρμονία με τους γενικότερους στόχους του Προγράμματος Καλλικράτη, όπως αναλύονται στην αιτιολογική έκθεση για το σχέδιο του νόμου, διαφαίνεται η ενίσχυση του τοπικού στοιχείου στον έλεγχο και τη διαχείριση της επικινδυνότητας για την υγεία του πληθυσμού αλλά και ο ενεργός ρόλος των ΟΤΑ στην υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας που μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη καθώς και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της οικονομικής αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος.

2.2.3 Λειτουργία των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας - Εμπόδια & Προβλήματα

Στο τέλος του 2010, το νομοθετικό πλαίσιο εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας για κάθε μία από τις 13 αιρετές Περιφέρειες της χώρας περιλήφθηκε σε ισάριθμα Προεδρικά Διατάγματα. Έτσι, από τις αρχές του 2011, οι αρμοδιότητες του τομέα της Υγείας του υποκεφαλαίου 2.3.2 (ν.3852/10 άρθρο 186), ασκούνται από τις Περιφερειακές Γενικές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας (Σχήμα 3).

Η ενιαία διοικητική και οργανωτική δομή των Περιφερειακών Υπηρεσιών για την άσκηση των αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας, περιβαλλοντικής υγιεινής και κοινωνικής μέριμνας συμβάλει στην ομοιογένεια των δράσεων στο δευτεροβάθμιο επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης ανατρέποντας το προηγούμενο καθεστώς όπου μερικές Νομαρχίες τηρούσαν την οργανωτική δομή του Ν.3172/2003 και άλλες του ΠΔ 224/89 (Κυριόπουλος και συν., 2010).

Το οργανόγραμμα των περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας απαντά στην επιταγή για την ίδρυση αποκεντρωμένων τμημάτων με αποφασιστικές αρμοδιότητες στο σχεδιασμό και υλοποίηση της περιφερειακής ανάπτυξης (αιτιολογική έκθεση για το σχέδιο Καλλικράτη, 2010). Όμως, παρόλο που με το ν.3852/2010 προβλέφθηκε η μεταβίβαση επιτελικών αρμοδιοτήτων σχεδιασμού και ανάπτυξης πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης από τις Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες του Υπουργείου Υγείας στις αιρετές Περιφέρειες, καταργήθηκε δύο χρόνια αργότερα με το άρθρο 137 του ν.4052/2012. Σήμερα, το σύνολο των περιφερειακών αρμοδιοτήτων υγείας εξαντλείται στη χορήγηση αδειών, διεξαγωγή ελέγχων, επιβολή προστίμων και αποσπασματική υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής.



Σχήμα 3. Οργανόγραμμα Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας Κ. Μακεδονίας (ΠΔ133/10)

Από την άλλη, η σύσταση Διευθύνσεων με τοπική αρμοδιότητα σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες, που ανήκουν σε μία Περιφέρεια (Σχήμα 3, 6.5), προβλέπεται για λόγους εγγύτητας στην εξυπηρέτηση του πολίτη που αποτελεί επιτακτική ανάγκη στο πλαίσιο της νέας διοικητικής μεταρρύθμισης αλλά και της ευρωπαϊκής περιφερειακής πολιτικής (Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών, 2003). Εν τούτοις, το Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας (Σχήμα 3) που ασκεί κυρίως τις αρμοδιότητες χορήγησης αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας, καθώς και ίδρυσης και λειτουργίας επιχειρήσεων υγείας και πρόνοιας (κλινικών, εργαστηρίων, προνοιακών επιχειρήσεων, ιατρείων κλπ), έχει συσταθεί μόνο σε επίπεδο περιφέρειας δυσχεραίνοντας τη ταχύτητα ανταπόκρισης στα σχετικά αιτήματα των πολιτών. Άλλωστε η έκδοση βεβαιώσεων, πιστοποιητικών και αδειών που αφορούν σε γραφειοκρατική τυποποιημένη διαδικασία αποτελούν κοινωνικές υπηρεσίες για τις οποίες οι πολίτες επιθυμούν ευκολία πρόσβασης και ταχύτητα εξυπηρέτησης και οι Υπηρεσίες υποστηρίζουν ότι πρέπει να ασκούνται από το πρωτοβάθμιο επίπεδο αυτοδιοίκησης (Γκίτζα, 2010).

Στο σημείο αυτό χρήσιμο είναι να επισημάνουμε μερικές παρατηρήσεις για τη σχέση μεταξύ των δύο βαθμίδων των ΟΤΑ στο χώρο της Υγείας. Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε με μια συγκριτική ανάγνωση των δράσεων δημόσιας υγείας μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας αυτοδιοίκησης, όπως αυτές αναπτύχθηκαν στην ενότητα 2.3.2, παρατηρείτε αλληλεπικάλυψη αρμοδιοτήτων σε επίπεδο υλοποίησης προγραμμάτων υγείας και πρόνοιας (Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας, 2012) καθώς και στενή σχέση σε επίπεδο ελέγχου και εποπτείας φορέων υγείας, επιβολής προστίμων και καταβολής προνοιακών επιδομάτων. Με δεδομένο ότι ο νόμος ξεκαθαρίζει ότι μεταξύ των δύο βαθμίδων αυτοδιοίκησης «δεν υφίστανται σχέσεις ελέγχου και ιεραρχίας, αλλά συνεργασίας και συναλληλίας, οι οποίες αναπτύσσονται βάσει του νόμου, κοινών συμφωνιών, καθώς και με το συντονισμό κοινών δράσεων» (ν.3852/10 άρθρο 4) αλλά δεν ορίζει σαφείς δεσμεύσεις για το επίπεδο του συντονισμού, θα πρέπει να εξετασθεί η πρόταση νομοθετικής ρύθμισης ή ανάπτυξης μηχανισμού που να καθορίζει τη διασύνδεση μεταξύ των δύο διοικητικών βαθμίδων ή καλύτερα ο επαναπροσδιορισμός της κατάτμησης των αρμοδιοτήτων όπου απαιτείται (επιτελικές - υποστηρικτικές - εκτελεστικές), προκειμένου για τη διάκριση των ρόλων σε κάθε επίπεδο διοίκησης, την αποφυγή της σύγχυσης των αρμοδιοτήτων και της σπατάλης των πόρων και τη μεγιστοποίηση των ωφελειών από τις τοπικές δράσεις κοινωνικής και υγειονομικής μέριμνας.

Παρόλο που το σχετικό θεσμικό πλαίσιο δίνει στις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας μεγάλα περιθώρια ενεργούς συμμετοχής σε αναπτυξιακά προγράμματα για την υλοποίηση

πρωτοβουλιών προαγωγής υγείας, η σχετική τους δραστηριότητα είναι μάλλον περιορισμένη. Με εξαίρεση τις δράσεις στήριξης ευπαθών κοινωνικά ομάδων του πληθυσμού που αναπτύχθηκαν τη τελευταία, κυρίως, διετία ως αποτέλεσμα της αύξησης του ποσοστού φτώχειας (Eurostat, 2013), όπως τα κοινωνικά παντοπωλεία και φροντιστήρια (Περιφέρεια Κρήτης) και τα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης (ΠΕ Πειραιά, ΠΕ Θεσσαλονίκης, Περιφέρεια Ηπείρου), οι κύριες δραστηριότητες των περιφερειακών υπηρεσιών περιορίζονται στην διεκπεραίωση αιτημάτων για την έκδοση αδειών, βεβαιώσεων και πιστοποιητικών, τον έλεγχο της λειτουργίας κοινωνικών φορέων και ιδρυμάτων καθώς και σε υγειονομικούς ελέγχους και εμβολιασμούς (Ετήσιοι Απολογισμοί Πεπραγμένων των Περιφερειών για τα έτη 2011 έως 2014). Διάφορες είναι οι αιτίες που διεκδικούν ρόλο στη διαμόρφωση της συγκεκριμένης κατάστασης:

- i. Η διόγκωση του φόρτου εργασίας εξαιτίας της γραφειοκρατίας αλλά και της «ευαισθησίας» του αντικειμένου στο ασταθές οικονομικοκοινωνικό περιβάλλον και την αύξηση των φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας που δημιουργεί η παρατεταμένη ύφεση και η αναποτελεσματική μεταναστευτική πολιτική (Κατσίκας, Καρακίτσιος, Φιλίνης, Πετραλιάς, 2014).
- ii. Η διοικητική ανασυγκρότηση και ο νομοθετικός πληθωρισμός επιφέρουν ανωμαλία και αλλεπάλληλες τροποποιήσεις στον αριθμό, το είδος και το τρόπο εκτέλεσης των αρμοδιοτήτων που απαιτούν χρόνο και νέες δεξιότητες για να κατανοηθούν και υιοθετηθούν (Λευκή Βίβλος για τη Διακυβέρνηση, 2012).
- iii. Η δραστική μείωση της απασχόλησης στο δημόσιο τομέα με υψηλότερο ποσοστό στους ΟΤΑ και στους Οργανισμούς υγείας σε συνδυασμό με την «ποιοτική» ανεπάρκεια του στελεχιακού δυναμικού των ΟΤΑ (Κουζής, Δημουλάς, Μητράκος, Φιλιοπούλου, 2013· Μητρώο Μισθοδοτούμενων Ελληνικού Δημοσίου, 2014).
- iv. «Η συρρίκνωση της κρατικής χρηματοδότησης για δημόσια υγεία και πρόνοια με ταυτόχρονη πριμοδότηση κατά 20% της ιδιωτικής υγείας ως αποτέλεσμα της σταδιακής αποχώρησης του κράτους από τον εν λόγω τομέα» (Κουζής, Δημουλάς, Μητράκος, Φιλιοπούλου, 2013)
- v. Το ανειδίκευτο ανθρώπινο δυναμικό των σχετικών υπηρεσιών αναφορικά με τη συμμετοχή και υλοποίηση αναπτυξιακών συγχρηματοδοτούμενων ευρωπαϊκών προγραμμάτων αλλά και τη χρήση του διαδικτύου στην εφαρμογή καινοτόμων δράσεων και την υιοθέτηση «καλών πρακτικών» (Κυριόπουλος και συν., 2010).

- vi. Η εργασιακή «ανορεξία» (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2012· Wiezer et al., 2011) που οφείλεται στο πλήθος των δυσμενών μεταρρυθμίσεων που συντελείται εις βάρος του προσωπικού, στο πλαίσιο της διοικητικής και οικονομικής ανασυγκρότησης του κράτους (ακούσια και αυτοδίκαιη μετάταξη υπαλλήλων ν.3852/2010, αυτοδίκαιη απόλυση ΚΥΑ ΔΙΔΑΔ/Φ.2614/756/οικ.21872/2011, περικοπή μισθοδοσίας ν.4024/2011, αυτοδίκαιη αργία αρ.1 του ν.4093/12, αυστηρότερο πειθαρχικό δίκαιο ν.4057 2012, άρση της μονιμότητας ν.4046/12, διαθεσιμότητα αρ. 90 του ν. 4172/2013).
- vii. Η αδυναμία καταγραφής των τοπικών αναγκών του πληθυσμού με τη χρήση σύγχρονων επιστημονικών εργαλείων εκτίμησης για το σχεδιασμό, ανάπτυξη και υλοποίηση αποδοτικών προγραμμάτων (Κυριόπουλος και συν., 2010).
- viii. Ο πολυτομεακός χαρακτήρας της δημόσιας υγείας και η αποσπασματικότητα και ασυνέχεια δράσεων λόγω έλλειψης συνεργασίας μεταξύ του κράτους και των δύο βαθμίδων ΟΤΑ (Λευκή Βίβλος για τη Διακυβέρνηση, 2012).

Αναφορικά, τέλος, με την αποστολή της δημόσιας διοίκησης σε επίπεδο εξυπηρέτησης πολιτών και παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, η θεσμική καθιέρωση του συστήματος «Διοίκηση Μέσω Στόχων» (ν.3230/2004, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, 2006) αποτέλεσε την πρώτη σοβαρή εθνική προσπάθεια για την ανάπτυξη προτύπων ποιότητας και πιστοποίησης διαδικασιών στο δημόσιο τομέα. Η απαλλαγή των αιρετών Περιφερειών από την εφαρμογή του συγκεκριμένου ποιοτικού μοντέλου διοίκησης (αρ. 268 ν.3852/2010) κρίνεται, τουλάχιστον, αποθαρρυντική στο πλαίσιο της ευαισθητοποίησης για την εφαρμογή των αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας με τη χρήση σύγχρονων εργαλείων μέτρησης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Ένα ακόμη ζήτημα, που σχετίζεται με την λειτουργία των υπηρεσιών τοπικής αυτοδιοίκησης και απασχολεί τους εμπλεκόμενους στις διαδικασίες ανάπτυξης αποκεντρωμένων μοντέλων διοίκησης, είναι η εξάρτηση των ΟΤΑ από την κρατική χρηματοδότηση, αλλά η προσέγγισή του δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Κεφάλαιο 3ο

Οι διεθνείς πολιτικές δημόσιας υγείας σε περιφερειακό επίπεδο

Η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και δημόσιας υγείας ποικίλει από χώρα σε χώρα καθώς εξαρτάται τόσο από τη γενική διοικητική διάρθρωση του κράτους όσο και από το εκάστοτε εθνικό σύστημα υγείας.

Η δημιουργία της Επιτροπής των Περιφερειών που συστάθηκε το 1994 και εκπροσωπεί τις περιφερειακές και τοπικές αρχές στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής νομοθεσίας, αποδεικνύει τη προσπάθεια ενίσχυσης του ρόλου που επιθυμεί να προσδώσει η ΕΕ στις περιφερειακές αρχές, πέρα από τη λήψη και εφαρμογή μεμονωμένων αποφάσεων σε κοινωνικοοικονομικά, περιβαλλοντικά και άλλα ζητήματα (Παπούλιας και συν., 2008).

Τη τελευταία δεκαετία, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, πραγματοποιήθηκαν διαδικασίες αποκέντρωσης που προσέδωσαν κύριο ρόλο στις τοπικές αρχές με τη μεταφορά σημαντικών αρμοδιοτήτων κοινωνικού κυρίως χαρακτήρα.

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια προσπάθεια να αποτυπωθεί η μεγάλη ποικιλία στο τρόπο άσκησης των πολιτικών δημόσιας υγείας που ισχύουν διεθνώς. Η επιλογή των χωρών έγινε με βάση το κριτήριο της αντιπροσωπευτικότητας αναφορικά με τα συστήματα διακυβέρνησης που αναπτύσσονται παγκοσμίως και ειδικότερα με βάση τα διάφορα επίπεδα εσωτερικής διοικητικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Οι περιπτώσεις που αναλύονται παρακάτω αποτυπώνουν τη διαφορετικότητα σε επίπεδο οργάνωσης και κατ' επέκταση εφαρμογής των εθνικών συστημάτων υγείας.

3.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Το σύστημα και ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στο ΗΒ είναι πολύ δύσκολο να περιγραφεί. Στη Σκωτία και τη Β. Ιρλανδία εντοπίζουμε ένα επίπεδο τοπικής διακυβέρνησης που ασκείται από τα Συμβούλια της κάθε περιοχής. Το ίδιο ισχύει και στην Ουαλία όπου οι ΟΤΑ διοικούν την τοπική κοινωνία. Περισσότερο περίπλοκη είναι η οργάνωση της διοίκησης στην Αγγλία καθώς διαφέρει σημαντικά από περιφέρεια σε περιφέρεια. Στις αστικές περιοχές, το Λονδίνο και κάποιες αγροτικές περιοχές λειτουργεί ένα βαθμός τοπικής αυτοδιοίκησης (οι Μητροπόλεις ή τα Διαμερίσματα), ενώ στις υπόλοιπες αγροτικές περιοχές συναντούμε δύο βαθμίδες αυτοδιοίκησης Κομητείες και Τοπικά Συμβούλια (Γκέκας & Μήτσου, 2011· Παπούλιας και συν., 2008).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η δομή, ο σκοπός και οι αρμοδιότητες των βαθμίδων της διοίκησης αποφασίζονται από το Κοινοβούλιο και μπορεί να διαφέρουν ανά περιφέρεια αλλά και κρατίδιο. Το εθνικό σύστημα υγείας στο ΗΒ είναι δημόσιο, χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από τη γενική κρατική φορολογία και χαρακτηρίζεται εξαιρετικά συγκεντρωτικό (Γκέκας & Μήτσου, 2011· Παπούλιας και συν., 2008· Rice, 2006).

Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας, με εξαίρεση την Ουαλία που έχει αυτοτελή Εθνική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για την υγεία και τη κοινωνική φροντίδα του πληθυσμού την οποία ασκεί μέσω των Περιφερειακών και Τοπικών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και έχει την υποχρέωση να συνεργάζεται με τις κατά τόπους περιφερειακές αρχές (Boyle, 2011· Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012). Στην Αγγλία, για παράδειγμα, λειτουργούν 10 Υγειονομικές Αρχές (SHAs) με την ευθύνη της διασφάλισης των εθνικών προτεραιοτήτων δημόσιας υγείας, της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας υγείας και της ικανότητας των τοπικών υπηρεσιών να προσφέρουν βελτιωμένες υπηρεσίες. Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, λειτουργούν οι τοπικοί οργανισμοί υγείας (PCTs) που συνεργάζονται με τις κατά τόπους αρχές για την κάλυψη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας της κοινότητας (Boyle, 2011).

Ο σχεδιασμός της δημόσιας υγείας είναι υπόθεση του Υπουργείου Υγείας που έχει την ευθύνη για τα προγράμματα προστασίας και βελτίωσης της υγείας των πολιτών (εμβολιασμούς, επιτήρηση λοιμωδών νοσημάτων, μείωση του καπνίσματος, υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση) καθώς και τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Boyle, 2011).

Η αποκεντρωμένη διοίκηση, σε όλες τις βαθμίδες, περιορίζεται σε αρμοδιότητες περιβαλλοντικής υγιεινής, εκτελεί κοινωνικές υπηρεσίες σε ευπαθής ομάδες του πληθυσμού ενώ συμμετέχει, εθελοντικά, σε προγράμματα δημόσιας υγείας στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας μεταξύ των φορέων για την προώθηση του τοπικού συμφέροντος (Παπούλιας και συν., 2008).

3.2 Γερμανία

Διαφορετική από την αγγλοσαξονική προσέγγιση, η γερμανική διοίκηση είναι οργανωμένη σε ομόσπονδα κρατίδια (Lander), που αποτελούν θεσμικά όργανα της κρατικής διοίκησης, καθώς και σε επαρχίες και δήμους, που αντιπροσωπεύουν τη δευτεροβάθμια και πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση, αντίστοιχα. Κάθε κρατίδιο αναπτύσσει ξεχωριστό σύνταγμα, νομοθεσία και κώδικα τοπικής αυτοδιοίκησης με αποτέλεσμα να παρατηρούνται διαφορές

στην κατανομή των αρμοδιοτήτων στα διάφορα επίπεδα διοίκησης. Αυτό που ισχύει γενικά, πάντως, στην ομοσπονδία της Γερμανίας είναι το δικαίωμα της αυτονομίας στη διαχείριση όλων των τοπικών υποθέσεων από τις επαρχίες και τους δήμους (Γκέκας & Μήτσου, 2011· Green, Irvine, Clarke & Bidgood, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό, η πολιτική υγείας δε διαμορφώνεται σε εθνικό επίπεδο καθώς οι στόχοι και οι στρατηγικές αναπτύσσονται σε επίπεδο κρατιδίου. Κάθε ομοσπονδιακό κράτος διαθέτει νομοθεσία για το νοσοκομειακό σχεδιασμό, τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, τη δημόσια υγεία, τον έλεγχο των επαγγελματικών κλάδων και των επαγγελματιών υγείας και τη περιβαλλοντική υγιεινή (Rice, 2006). Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και πρώτων βοηθειών, η φροντίδα υγείας των ομάδων «ειδικής προστασίας» του πληθυσμού, οι κοινωνικές υπηρεσίες, τα προνοιακά επιδόματα, η αγωγή υγείας, η δημόσια υγιεινή, οι υγειονομικοί έλεγχοι και η ευαισθητοποίηση είναι, συχνότερα, υποχρεωτική ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης που επιβάλλεται από το εκάστοτε κρατίδιο με νόμο. Ακόμα και ο σχεδιασμός, η λειτουργία και η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης ασκείται, κατά περίπτωση, από όλες τις βαθμίδες διοίκησης (Γκέκας & Μήτσου, 2011· Green et al., 2013).

3.3 Ελβετία

Η διακυβέρνηση της ομοσπονδίας της Ελβετίας χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της έντονης δημοτικής αυτονομίας λόγω των ειδικών ιστορικών συνθηκών της περιοχής. Η χώρα διαιρείται σε 26 Καντόνια που το καθένα έχει το δικό του σύνταγμα και υποδιαιρείται σε Δήμους. Οι αρμοδιότητες και λειτουργίες του Δήμου καθορίζονται από το Καντόνι και τον εσωτερικό κανονισμό του σύμφωνα με την αρχή της άμεσης δημοκρατίας. Η διαφορετικότητα στους στόχους αναφορικά με την αποδοτικότητα και ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών ανά περιοχή, συνεπάγεται και την ανάπτυξη ποικίλων διοικητικών τοπικών συστημάτων (Daley & Gubb, 2007).

Για παράδειγμα, τα Καντόνια είναι αρμόδια για το σχεδιασμό και την εποπτεία της παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες αλλά και για το τρόπο χρηματοδότησή τους όπως ο καθορισμός των ενιαίων τιμών για την ιατρική περίθαλψη και η επιλογή των συμβεβλημένων, για την κάλυψη του πακέτου των «βασικών θεραπειών», νοσοκομείων. Επιπλέον, σε πολλές περιοχές οι Δήμοι και οι Κομητείες λειτουργούν δικά τους νοσοκομεία. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και παροχή της δευτεροβάθμιας ή/και τριτοβάθμιας περίθαλψης ποικίλλει εξαιρετικά εντός της χώρας (Daley & Gubb, 2007· Rice, 2006).

Στην ίδια βάση, η κοινωνική πολιτική, περιβαλλοντική υγιεινή και η προαγωγή υγείας είναι ζητήματα τα οποία ενδιαφέρουν και στα οποία δραστηριοποιούνται, ανάλογα με το ισχύον τοπικό καθεστώς, όλα τα επίπεδα διοίκησης της ελβετικής συνομοσπονδίας με βάση την αρχή του διαχωρισμού των αρμοδιοτήτων μεταξύ των εκάστοτε αρχών.

Παρόλο που η παροχή υψηλών προδιαγραφών σύγχρονων ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί βασικό σκοπό της χώρας, δε συμβαίνει το ίδιο στο τομέα της πρόληψης, αγωγής και προστασίας της δημόσιας υγείας όπου οι αντίστοιχες επενδύσεις υπολείπονται του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (Daley & Gubb, 2007).

3.4 Δανία

Η Δανία, το 2007 εφάρμοσε ένα καινούργιο διοικητικό πρόγραμμα μεταρρύθμισης με γνώμονα την προσπελασιμότητα οποιασδήποτε αρμοδιότητας από όλους τους πολίτες και τη διαχείρισή της από τον κοντινότερο σε αυτούς φορέα.

Έπειτα από πολυετή διάλογο και πενταετή προεργασία της Επιτροπής Διοικητικής Μεταρρύθμισης (*Strukturreformen 2007 i Danmark*, 2002), που συγκροτήθηκε από εκπροσώπους των κρατικών και τοπικών αρχών και από ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες για το σχεδιασμό και την ομαλή μετάβαση στη νέα διοικητική δομή, υπογράφηκε το 2005:

- i. η συγχώνευση των 271 Δήμων σε 98, η κατάργηση των 13 Κομητειών και η σύσταση 5 Περιφερειών
- ii. η ενίσχυση του ρόλου των Δήμων με τη μεταβίβαση πρόσθετων αρμοδιοτήτων στις οποίες περιλαμβάνεται η πρόληψη ασθενειών, η αποκατάσταση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, τα γηροκομεία, οι δημοτικοί οδοντίατροι και επισκέπτες υγείας, η εξ' ολοκλήρου ευθύνη της περιβαλλοντικής υγιεινής και άλλες κοινωνικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες (Rudkjøbing, Olejaz, Birk, Nielsen, Hernández-Queved, Krasnik, 2012)
- iii. η αποκλειστική ευθύνη της ιατροφαρμακευτικής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και της δημόσιας υγείας στις Περιφέρειες, χωρίς δικαίωμα φορολογίας με αποκλειστική χρηματοδότηση από τους Δήμους και τη κεντρική διοίκηση

και δύο χρόνια αργότερα το σχέδιο τέθηκε σε εφαρμογή (Γκέκας & Μήτσου, 2011· Olejaz, Nielsen, Rudkjøbing, Birk, Krasnik, Hernández-Queved, 2012).

3.5 Σουηδία

Η Σουηδία, με μακρά παράδοση στην αποκέντρωση που ξεκινάει από το 1862, είναι σήμερα οργανωμένη σε 2 Περιφέρειες με διοικητικές λειτουργίες και ευθύνη στον περιφερειακό σχεδιασμό, σε 20 Κομητείες και 290 Δήμους με αποφασιστικές αρμοδιότητες για την τοπική κοινότητα.

Η πλήρης πρόσβαση και παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης εξασφαλίζεται με τη λειτουργία πλήθους κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και νοσοκομείων σε επίπεδο κομητείας καθώς και πανεπιστημιακών νοσοκομείων σε περιφερειακό επίπεδο. Η υποστήριξη, η συμβουλευτική, η δωρεάν κλινική παρακολούθηση εγκύων και μικρών παιδιών καθώς και η οδοντιατρική φροντίδα και αγωγή είναι πρωταρχικής σημασίας υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (Anell, Glenngård, & Merkur, 2012).

Οι αρμοδιότητες του Δήμου περιλαμβάνουν δράσεις συσχετιζόμενες με το άμεσο περιβάλλον των πολιτών. Τέτοιες είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες όπως η παροχή προνοιακών/οικονομικών βοηθημάτων, η πρόνοια, η φροντίδα των παιδιών, η αγωγή υγείας, η υγιεινή του περιβάλλοντος και η κατ' οίκων φροντίδα ηλικιωμένων και η φροντίδα αναπήρων και μακροχρόνια ψυχιατρικά ασθενών (Anell et al., 2012).

Από το 2003, η Εθνική Σουηδική Πολιτική Υγείας, υποστηρίζοντας τη διασφάλιση των συνθηκών της κοινωνίας για τη προστασία της υγείας σε όλους και με ίσους όρους, προέβαλλε την επίτευξη συγκεκριμένων ποσοτικών στόχων αναφορικά με τις ακόλουθες προτεραιότητες υγείας:

- i. Συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων
- ii. Πρόσβαση και κοινωνική ασφάλεια
- iii. Υγιεινή παιδική και εφηβική διαβίωση
- iv. Υγιεινή εργασία
- v. Εργασιακή επικινδυνότητα
- vi. Ιατρική περίθαλψη
- vii. Διαχείριση Λοιμωδών νοσημάτων
- viii. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία
- ix. Υγιεινή διατροφή και ασφάλεια τροφίμων
- x. Σωματική άσκηση
- xi. Μείωση της χρήσης καπνού και αλκοόλ
- xii. Μείωση των συνεπειών του τζόγου

xiii. Μείωση συνεπειών από τη χρήση «ουσιών» και ντόπινγκ (Anell et al., 2012).

Η κυβέρνηση, υποστηρίζοντας ότι η επιτυχία της προσπάθειας εξαρτάται άμεσα από τη τοπική αυτοδιοίκηση, ανέθεσε στο Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας να αναπτύξει μεθοδολογία και εργαλεία υποστήριξης των τοπικών αρχών, να διασφαλίσει τη διατομεακή συνεργασία και να αξιολογήσει τις σχετικές δραστηριότητες που θα αναπτυχθούν για την υλοποίηση του εθνικού σχεδίου υγείας. Παρόλο που στη Σουηδία καταγράφεται υψηλός βαθμός συνεργασίας μεταξύ κυβερνητικών φορέων, περιφερειακών και τοπικών συμβουλίων, πανεπιστημίων και συνδικαλιστικών ενώσεων στη διαμόρφωση και υλοποίηση της πολιτικής υγείας (Anell et al., 2012· Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2008-2013), το 83% των Δήμων, που συμμετείχαν σε κοινή έρευνα (ενιαίο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο), κατέδειξε την ανάγκη περισσότερου πολιτικού ελέγχου, υψηλότερου συντονισμού σε περιφερειακό επίπεδο και μεγαλύτερης ανάπτυξης δεξιοτήτων σε δημοτικό επίπεδο (Jansson, Fosse & Tillgren, 2011).

Η ιδιαιτερότητα της χώρας, που σχετίζεται άμεσα με την αποδοτικότητα του τομέα της υγείας, είναι το μονοπωλιακό καθεστώς της φαρμακευτικής περίθαλψης καθώς υπάρχει η σουηδική εθνική εταιρεία που κατέχει όλα τα φαρμακεία της χώρας.

3.6 Φινλανδία

Πρωτοπόρος του σκανδιναβικού μοντέλου αποκεντρωμένης διοικητικής οργάνωσης, η Φινλανδία, παρόλο που είναι μια πολύ μικρή, πληθυσμιακά, χώρα (περίπου 5.5εκ. κάτοικοι), διαθέτει ένα βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης που εκφράζεται σε 416 αυτόνομους Δήμους υπεύθυνους για την παροχή βασικών υπηρεσιών προς τους πολίτες, μεταξύ των οποίων και η πρόνοια, η περιβαλλοντική υγιεινή και οι υγειονομικές υπηρεσίες. Η ευθύνη του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας περιορίζεται στην παρακολούθηση και νομοθεσία της εθνικής πολιτικής για τη δημόσια υγεία αλλά ο καθορισμός των προτεραιοτήτων, η άσκηση της πολιτικής και η παροχή δημόσιας υγείας είναι υπόθεση της τοπικής κοινοτικής αρχής (Γκέκας & Μήτσου, 2011· Vuorenkoski, 2008,).

Οι τοπικές κοινότητες διαθέτουν δημοτική ιατρική ασφάλεια και κέντρα υγείας που καλύπτει ένα ολοκληρωμένο πακέτο παροχών πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, πρώτων βοηθειών, πρόληψης και προαγωγής υγείας (εκπαίδευση, υποστήριξη, προληπτικές εξετάσεις, κλινική μητρότητας και υγείας παιδιού, εμβολιασμοί, οικογενειακός γιατρός, σχολική, εργασιακή και οδοντιατρική φροντίδα υγείας, υπηρεσίες αποκατάστασης και ψυχικής υγείας) (Εθνικό Σχέδιο Δράσης, 2008-2013· Vuorenkoski, 2008). Οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης χρηματοδοτούνται, επίσης, από τους Δήμους που είναι μέλη σε

συγκεκριμένα νοσοκομεία μιας ευρύτερης «νοσοκομειακής περιφέρειας» και τα οποία εξυπηρετούν τους δημότες τους (Κουτσούκαλης, 2010· Vuorenkoski, 2008).

Ωστόσο, η αυτονομία στο καθορισμό και τη διαμόρφωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, εκτός από τις θετικές επιπτώσεις που αφορούν στην εγγύτητα της παρεχόμενης υπηρεσίας αλλά και τη συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων, έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διαφορετικών προφίλ στο πλαίσιο εφαρμογής των πολιτικών και παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι παραλλαγές αυτές μπορεί να προέρχονται από τις διαφορές στο βιοτικό επίπεδο και το μορφωτικό επίπεδο της περιοχής, την αντιληπτική ικανότητα της διοίκησης, την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών ή ακόμα και στις υποδομές και την έλλειψη επαγγελματιών. Ο νόμος για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Εξειδικευμένη Ιατρική Περίθαλψη (Primary Health Care Act και Act on Specialized Medical Care) έθεσαν από το 2005 σε εθνικό επίπεδο, συγκεκριμένους, όρους, περιορισμούς και κατευθυντήριες οδηγίες στο τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων και κέντρων υγείας για τη διασφάλιση της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης των ασθενών στην ιατρική περίθαλψη (Vuorenkoski, 2008).

3.7 Ολλανδία

Στην Ολλανδία συναντάμε δύο αυτόνομες βαθμίδες αυτοδιοίκησης, τις Επαρχίες και τους Δήμους. Αναφορικά με τη δημόσια υγεία, το Υπουργείο Υγείας νομοθετεί, οι κρατικοί οργανισμοί έχουν την ευθύνη για την έρευνα, το σχεδιασμό και την επιστημονική υποστήριξη, ενώ η παροχή των υπηρεσιών είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των Δήμων (Daley, Gubb, Clarke & Bidgood, 2013).

Σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι κατά βάση ιδιωτική (Daley et al., 2013) ενώ στην πρωτοβάθμια εμπλέκονται όλες οι βαθμίδες διοίκησης (κρατική, περιφερειακή και τοπική). Από το 1990 όλοι οι Δήμοι διαθέτουν Τμήματα Υγείας αποκλειστικά υπεύθυνα για την προαγωγή της πρόληψης, την αγωγή υγείας και τον συμπτωματικό πληθυσμιακό έλεγχο (Εθνικό Σχέδιο Δράσης, 2008-2013).

Από τις σημαντικότερες και εξίσου αποκλειστικές αρμοδιότητες της πρωτοβάθμιας αυτοδιοίκησης είναι επίσης η κοινωνική πρόνοια, η περιβαλλοντική υγιεινή και ο υγειονομικός έλεγχος (Γκέκας & Μήτσου, 2011).

Η τακτική που ακολουθεί η χώρα σχετικά με τις πολιτικές και τα ειδικά προγράμματα υγείας είναι η υπογραφή εθνικών συμβολαίων μεταξύ Υπουργείων, τις Κοινοτήτων και της Ένωσης Τοπικών Υπηρεσιών Υγείας επιβεβαιώνοντας τη σημασία που δίνεται στη διατομεακή δράση

και την επιστημονική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων που θα υιοθετηθούν (Εθνικό Σχέδιο Δράσης, 2008-2013).

3.8 Γαλλία

Η Γαλλία είναι από τις σπάνιες περιπτώσεις όπου λειτουργούν τρεις βαθμίδες τοπικής αυτοδιοίκησης, οι Περιφέρειες, οι Νομαρχίες και οι Δήμοι. Οι Περιφέρειες ασκούν αρμοδιότητες κυρίως ελεγκτικής δικαιοδοσίας, οι νομαρχίες έχουν την ευθύνη του συντονισμού και προώθησης της τοπικής ανάπτυξης, ενώ οι Δήμοι ασκούν εκτελεστικές αρμοδιότητες (Γκίκα, 2010).

Ο καθορισμός της στρατηγικής, των στόχων και των προγραμμάτων δημόσιας υγείας είναι υπόθεση του Υπουργείου. Η κεντρική κυβέρνηση διατηρεί την εξέχουσα θέση και στην ιατρική περίθαλψη ελέγχοντας όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα δημόσια και ιδιωτικά μέσω των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας που σύστησε το 2003 (Green & Irvine, 2001).

Η δημόσια δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τα γενικά νοσοκομεία, τα νοσοκομειακά κέντρα και τα τοπικά νοσοκομεία που αποτελούν μόνο το ¼ του συνόλου των νοσοκομείων της χώρας. Τα νοσοκομειακά κέντρα ανήκουν στις Περιφέρειες και παρέχουν εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες ενώ τα δεύτερα σε Δήμους και παρέχουν βραχυπρόθεσμη θεραπείες. Στη τοπική διοίκηση ανήκει και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που την παρέχουν από τα κέντρα υγείας και την προσφέρουν δωρεάν σε μειονεκτούντα πληθυσμό (Green & Irvine, 2001). Οι Δήμοι είναι επιπλέον επιφορτισμένοι με τις αρμοδιότητες κοινωνικής μέριμνας. Οι νομαρχίες, τέλος, ασκούν αρμοδιότητες κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας ευπαθών ομάδων (Γκέκας & Μήτσου, 2011).

3.9 Ιταλία

Παρόμοια με το γαλλικό πρότυπο οργανώνεται διοικητικά και η Ιταλία σε τρεις βαθμίδες τοπικής διακυβέρνησης, τις Περιφέρειες, τις Επαρχίες και τους Δήμους.

Οι Περιφερειακές κυβερνήσεις είναι αρμόδιες για το σχεδιασμό και προγραμματισμό της αποκεντρωμένης ανάπτυξης και συνεργάζονται με την κυβέρνηση για το σκοπό αυτό. Στο τομέα της Υγείας, έχουν την ευθύνη για τη διασφάλιση, ανάλογα με τον πληθυσμό, ενός πακέτου παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, πρόληψης και προαγωγής υγείας από τους Τοπικούς Οργανισμούς Υγείας (ASLs). Τα ASLs διαθέτουν τμήματα με αρμοδιότητες

όπως την υγιεινή, τη διασφάλιση τροφίμων, την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων, τα επαγγελματικά ατυχήματα, την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγιεινής συμπεριφοράς, τον έλεγχο της κτηνιατρικής υγείας και συνεργάζονται με διαπιστευμένα νοσοκομεία δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου της περιοχής. Μεταξύ των περιοχών διαπιστώνεται μεγάλη διαφοροποίηση στο ρόλο που παίζουν οι περιφέρειες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καθώς υπάρχει μεγάλη ανεξαρτησία στο τρόπο διαχείρισης των αρμοδιοτήτων τους (Lo Scalzo, Donatini, Orzella, Cicchetti, Profili & Maresso, 2009). Συναντάμε ολοκληρωμένα θεσμικά μοντέλα όπου η Περιφέρεια διαχειρίζεται πάνω από το 65% των νοσοκομειακών κλινών, μικτά μοντέλα με ποσοστό διαχείρισης πάνω από το 40% ή πάνω από το 20%, καθώς και περιπτώσεις Περιφερειών που δε συμμετέχουν στη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών κλινών την οποία διαχειρίζονται απ' ευθείας τα ASLs. Συνήθως στα ολοκληρωμένα ή μικτά μοντέλα διαχείρισης της περίθαλψης, συστήνονται περιφερειακές επιχειρήσεις για την τεχνική υποστήριξη των διευθύνσεων υγείας, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους (Mapelli, 2007).

Μέχρι το 2004 δεν υπήρχε εθνικός σχεδιασμός σε επίπεδο πρόληψης με αποτέλεσμα να παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση του πληθυσμού σε προληπτικές εξετάσεις ή ελέγχους. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί έντονη κινητικότητα σε περιφερειακές πρωτοβουλίες για την πρόληψη διαφόρων ειδών καρκίνου (Lo Scalzo et al., 2009).

Οι Επαρχίες περιορίζονται σε ότι αφορά τη δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή ενώ υπηρεσίες κοινωνικής αλληλεγγύης παρέχονται από την τοπική κοινότητα (Γκέκας & Μήτσου, 2011) που είναι αρμόδια για ενέργειες σχετικές με ηλικιωμένους, εξαρτημένους και φορείς του AIDS, με οικονομικές ενισχύσεις και επιδόματα κλπ. Σε πολλές περιπτώσεις οι Δήμοι αναπτύσσουν συνεργασίες με τα ASLs της χωρικής αρμοδιότητάς τους για την από κοινού διασφάλιση των σχετικών παροχών (Lo Scalzo et al, 2009).

3.10 Ισπανία

Στην Ισπανία υπάρχουν, επίσης, τρία επίπεδα διοίκησης, οι αυτόνομες Περιφέρειες, οι Επαρχίες και οι Δήμοι (Γκέκας & Μήτσου, 2011).

Ο ρόλος των περιφερειακών κυβερνήσεων μετά την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του 2001 ενισχύθηκε σημαντικά, τουλάχιστον, στο τομέα της υγείας. Κάθε περιοχή έχει αρμοδιότητα για τον πρωτογενή σχεδιασμό και την οργάνωση του δικού της συστήματος υγείας το οποίο αναπτύσσεται, ασφαλώς, εντός των ορίων του γενικού εθνικού πλαισίου για

την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Ο προϋπολογισμός της υγείας σε κάθε επικράτεια ρυθμίζεται από το εκάστοτε περιφερειακό χρηματοδοτικό πρόγραμμα. Το περιφερειακό Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την πολιτική υγείας, την περιφερειακή νομοθεσία, το σχεδιασμό των περιοχών και το προγραμματισμό της υγειονομικής περίθαλψης, το βασικό πακέτο και το τρόπο παροχής των σχετικών υπηρεσιών, τη διοικητική δομή για τις εκτελεστικές αρμοδιότητες της πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας. Η κατανομή της ευθύνης για τη δημόσια υγεία, αν και διαφέρει μεταξύ των περιφερειών, τείνει να είναι συγκεντρωμένη στην περιφερειακή υπηρεσία της υγείας (García-Armesto, Abadía-Taira, Durán, Hernández-Quevedo, Bernal-Delgado, 2010).

Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην υγειονομική περίθαλψη είναι περιορισμένος καθώς συνίσταται στο συμβουλευτικό χαρακτήρα του προς την περιφερειακή αρχή και σε ad hoc μορφές συνεργασίας. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι Δήμοι στην δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή, τη προαγωγής υγείας, την κοινωνική φροντίδα και τα προγράμματα της τοξικομανίας (García-Armesto et al., 2010).

3.11 Τσεχία

Από τις αρχές του 2000, η τοπική αυτοδιοίκηση της Τσεχίας αποτελείται από 14 περιφερειακές κυβερνήσεις. Μεταξύ των τομέων περιφερειακής αρμοδιότητας είναι και αυτοί της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι μονάδες επειγόντων, τα ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης και τα περισσότερα νοσοκομεία διοικούνται από τις περιφερειακές αρχές (Bryndová, Pavloková, Roubal, Rokosová & Gaskins, 2009).

Το Υπουργείο Υγείας πέρα από τις ευθύνες αναφορικά με τη νομοθεσία, τη προστασία της δημόσιας υγείας, την επιστημονική υγειονομική έρευνα, τον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας, την εφαρμογή της φαρμακευτικής πολιτικής και την εποπτεία της τεχνολογίας στην ιατρική, επωμίζεται με τη διοίκηση των μεγάλων επιστημονικών νοσοκομείων τριτοβάθμιας περίθαλψης (Bryndová et al., 2009).

3.12 Βουλγαρία

Στη Βουλγαρία η δημόσια υγεία και η κοινωνική πρόνοια αποτελεί εθνικό, θα λέγαμε, ζήτημα. Το Υπουργείο Υγείας είναι ο φορέας χάραξης και εφαρμογής της υγειονομικής στρατηγικής και το Οικονομικών ο χρηματοδότης της.

Το Υπουργείο Περιβάλλοντος και Υδάτων έχει την απόλυτη ευθύνη για τη περιβαλλοντική ρύπανση και τη διάθεση των αποβλήτων συνεργάζεται με το Υγείας για την περιβαλλοντική υγιεινή (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova & Avdeeva, 2007).

Αντίστοιχα, το Υπουργείο Παιδείας έχει την αποκλειστική ευθύνη της σχολικής αγωγής υγείας και ασφάλειας, ενώ η κοινωνική πρόνοια και κοινωνικές υπηρεσίες βαρύνουν το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πολιτικής (Georgieva et al., 2007).

Παρόλο που το βουλγαρικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως συγκεντρωτικό, από το 1991, που η χώρα διαθέτει τοπική αυτοδιοίκηση με 262 Δήμους, η κυριότητα και η μερική ευθύνη της χρηματοδότησης των διαγνωστικών και συμβουλευτικών κέντρων, των τοπικών και κάποιων γενικών νοσοκομείων έχει περιέλθει στη τοπική κοινότητα. Επιπλέον, οι Δήμοι έχουν την αρμοδιότητα για την παιδιατρική και γυναικολογική κλινική περίθαλψη και τα περιφερειακά ιατρεία εξειδικευμένης φροντίδας (πνευμονικές παθήσεις, καρκίνος, δερματικά και αφροδίσια νοσήματα, ψυχιατρική και αθλιατρική) (Georgieva et al., 2007).

3.13 Ρωσία

Η Ρώσικη Ομοσπονδία, που δημιουργήθηκε το 1991 μετά την διάσπαση της ΕΣΣΔ, αποτελείται από 85 αυτόνομα ομοσπονδιακά υποκείμενα (περιφέρειες) τα οποία είναι ομαδοποιημένα σε 8 ομόσπονδα διαμερίσματα. Το καθένα υποκείμενο λαμβάνει διαφορετικό ποσοστό αυτονομίας (Βικιπαίδεια).

Γενικά, πάντως, οι ομοσπονδιακές αρχές πέρα από τον εθνικό κανονισμό, τις ρυθμίσεις και τη θέσπιση προτύπων στο τομέα της υγείας, έχουν την ευθύνη για την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Popovich, Potapchik, Shishkin, Richardson, Vacroux & Mathivet, 2011).

Οι περιφερειακές αρχές επωμίζονται τις ευθύνες της ανάπτυξης των περιφερειακών ρυθμίσεων και των προγραμμάτων υγείας, την ανάπτυξη και λειτουργία των περιφερειακών ιατρικών μονάδων, την παροχή εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης (φυματίωση, καρκίνος κλπ), την περίθαλψη για ορισμένες ομάδες πληθυσμού, τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, τη λήψη υγειονομικών και επιδημιολογικών μέτρων κατ' εφαρμογή των εθνικών κανονισμών, το συντονισμό των δραστηριοτήτων των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας (Popovich et al., 2011).

Οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για τη οργάνωση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη λειτουργία των δημοτικών ιατρικών εγκαταστάσεων, την ιατρική περίθαλψη των εγκύων, την εκπαίδευση και πληροφόρηση του πληθυσμού για τη δημόσια υγεία και τις μεταδοτικές ασθένειες (Popovich et al., 2011).

3.14 ΗΠΑ

Η αποκέντρωση στις ΗΠΑ είναι περίπλοκη και στηρίζεται στην ιδιωτικοποίηση των παροχών και των λειτουργιών. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ είναι κι αυτό ιδιωτικό και συγκροτείται από πολλαπλά συστήματα που λειτουργούν ανεξάρτητα και, σπανιότερα, σε συνεργασία μεταξύ τους. Οι αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας εμπλέκονται μεταξύ της ομοσπονδιακής και των πολιτειακών κυβερνήσεων. Μοιράζονται ρόλους στη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό και τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των δημόσιων νοσοκομείων και των δύο κρατικών προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης (Medicaid και Medicare), που καλύπτουν αποκλειστικά τους ηλικιωμένους, ανάπηρους και φτωχούς (Rice, Rosenau, Unruh, Barnes, Saltman & van Ginneken, 2013).

Στο ίδιο πλαίσιο, πλήθος δημόσιων φορέων, υπουργείων και μη κερδοσκοπικών οργανισμών, ιδρυμάτων, ινστιτούτων σε επίπεδο ομοσπονδιακό, κρατικό και τοπικό, εμπλέκεται στον καθορισμό και τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας αλλά και στην παροχή προγραμμάτων υγιεινής, πρόληψης και προαγωγής υγείας (Rice et al., 2013).

Αυτός ο κατακερματισμός, η πολυπλοκότητα και περιπλοκότητα του συστήματος δημόσιας υγείας αδυνατεί να αντιμετωπίσει την πρόωγη, συγκριτικά με τις λοιπές βιομηχανικές χώρες, θνησιμότητα των πολιτών, το μεγάλο κόστος της υγείας και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Αμερική αναφορικά με την κατάχρηση οπιοειδών, την παχυσαρκία, τον έλεγχο και την πρόληψη του καρκίνου καθώς και τις ασθένειες που οφείλονται στην κλιματική αλλαγή (Rice et al., 2013).

Αυτή είναι και η αιτία που οι εθνικές και οι τοπικές υπηρεσίες υγείας υποστηρίζουν τη στροφή της πολιτικής αναφορικά με τον καθοριστικότερο ρόλο τους και την αύξηση των επενδύσεων στη βελτίωση και την προαγωγή υγείας (Hearne, Castrucci, Leider, Rhoades, Russo & Bass, 2015).

3.15 Αυστραλία

Η Αυστραλία, υπό την μορφή ομοσπονδιακής διακυβέρνησης υποδιαιρείται στις Πολιτείες, αυτόνομες κρατικές οντότητες με ξεχωριστή κυβέρνηση και νομοθετικά όργανα, καθώς και στις Επικράτειες με περιορισμένη αυτονομία που υπάγονται απευθείας στην κυβέρνηση της Κοινοπολιτείας. Όλες οι Πολιτείες και οι Επικράτειες υποδιαιρούνται σε Δήμους ή περιοχές τοπικής αυτοδιοίκησης (Healy, Sharman & Lokuge, 2006).

Η ασφάλιση και η χρηματοδότηση της υγείας και ο έλεγχος των ναρκωτικών είναι ζητήματα κυβερνητικά. Τα δημόσια νοσοκομεία, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες πρώτων

βοηθειών και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι υπόθεση της πολιτείας. Αν και οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία, σε γενικές γραμμές περιλαμβάνουν υγειονομικές υπηρεσίες, όπως ο έλεγχος του πόσιμου νερού και οι επιθεωρήσεις για τα τρόφιμα, υπηρεσίες εμβολιασμού, κοινωνικές υπηρεσίες και πρόνοια, όπως τα προγράμματα περιβαλλοντικής και προαγωγής υγείας, η πρόληψη ασθενειών, η φροντίδα των βρεφών, παιδιών και των ηλικιωμένων, η διαμονή και η σίτιση των αστέγων και των απόρων (Healy et al., 2006).

3.16 Ιαπωνία

Η τοπική αυτοδιοίκηση της Ιαπωνίας διαρθρώνεται σε δύο βαθμίδες, τις Νομαρχίες και τους Δήμους. Το υγειονομικό σύστημα της χώρας είναι, κατά βάση, δημόσιο. Η δημόσια εξειδικευμένη φροντίδα υγείας παρέχεται από τα εθνικά πανεπιστημιακά ιδρύματα ενώ η δευτεροβάθμια από νομαρχιακά και δημοτικά νοσοκομεία. Από τα ασφαλιστικά ταμεία που υπάρχουν στη χώρα, τα μεγαλύτερα είναι τα δημοτικά που καλύπτουν περίπου 50εκ. κατοίκους (Rice, 2006).

Σε επίπεδο αγωγής υγείας, η ιαπωνική κυβέρνηση διεξάγει έρευνες για την κατάσταση της υγείας και της διατροφής και θέτει τις κατευθυντήριες οδηγίες για τις υγιείς συμπεριφορές. Οι νομαρχίες, βάσει των αποτελεσμάτων, εναρμονίζουν τις τοπικές στρατηγικές για τη προαγωγή υγείας και υποστηρίζουν τους δήμους που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των σχετικών δράσεων (Matsuda, 2013).

Στην Ιαπωνία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι δημοτική υπόθεση. Υπό την αιγίδα, επίσης, των δήμων λειτουργούν τα Τοπικά Κέντρα Δημόσιας Υγείας για τον έλεγχο των χρόνιων μολυσματικών ασθενειών, όπως η φυματίωση, την υγεία μητέρας - παιδιού, τους εμβολιασμούς, την εκπαίδευση σε θέματα υγείας και υγιεινής και προσανατολισμένες υπηρεσίες που σχετίζονται με τα τρόφιμα και διεξάγουν εκστρατείες και προγράμματα ευαισθητοποίησης (Kanamaru, 2005).

Σύνοψη Διαπιστώσεων

Από την ανάλυση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας, που προηγήθηκε, μπορούμε να συνοψίσουμε σε κάποιες διαπιστώσεις.

Γενικά:

- i. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στην εσωτερική διοικητική οργάνωση των συστημάτων υγείας μεταξύ των χωρών.

- ii. Διεθνώς, ανεξάρτητα από το διαφορετικό κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον που ισχύει σε κάθε χώρα, η αυτοδιοίκηση παίζει σήμερα πολύ σημαντικό ρόλο και ειδικότερα στο φάσμα των υπηρεσιών υγείας έχει εξίσου σημαντικές αρμοδιότητες. Εξαιρέση αποτελούν το ΗΒ και η Βουλγαρία, που παρουσιάζουν πιο συγκεντρωτικά συστήματα διακυβέρνησης στο τομέα της υγείας, καθώς και η Αμερική, που βασίζεται στην ιδιωτικοποίηση των σχετικών υπηρεσιών.
- iii. Κατά βάση υπάρχει διακριτός ρόλος στην κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων διοίκησης. Στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων, η διάκριση αφορά στους επιμέρους τομείς της υγείας, καθώς η υγειονομική (ή μόνον η νοσοκομειακή) περίθαλψη είναι συχνότερα περιφερειακή υπόθεση ενώ η πρόληψη και προαγωγή, η υγιεινή και η κοινωνική μέριμνα (συχνά και η πρωτοβάθμια υγεία) απασχολεί τη τοπική κοινότητα. Υπάρχουν και τα κράτη όπου η «ανώτερη» βαθμίδα αυτοδιοίκησης αναλαμβάνει τις ευθύνες για το σχεδιασμό και το προγραμματισμό της υγείας ενώ η επόμενη έχει, κυρίως, τις εκτελεστικές αρμοδιότητες (Ιταλία, Ιαπωνία, Ισπανία).
- iv. Στις χώρες που λειτουργούν υπό τη μορφή της ομοσπονδιακής κυβέρνησης (Γερμανία, Ελβετία, Ρωσία, Αυστραλία) οι διοικητικές υποδιαιρέσεις τους (Καντόνια ή Κρατίδια ή Πολιτείες) διαθέτουν ξεχωριστές κυβερνήσεις, νομοθετικά όργανα και κατ' επέκταση νοσοκομειακό σχεδιασμό. Αυτό επιτρέπει τις διαφοροποιήσεις στο τρόπο διοίκησης και λειτουργίας των συστημάτων υγείας στο εσωτερικό της χώρας.
- v. Οι σκανδιναβικές χώρες παρουσιάζουν εντονότερα το στοιχείο της αποκέντρωσης και υπάρχει μεγάλη εμπλοκή των βαθμίδων διοίκησης σε όλα τα πεδία της δημόσιας υγείας (ιατρική περίθαλψη, πρόληψη, υγιεινή, κοινωνική μέριμνα).

Ειδικά

Διακριτές πρακτικές που εντοπίστηκαν αξίζει να επισημανθούν:

- i. Η Ισπανία διαθέτει περιφερειακά υπουργεία υγείας υπεύθυνα για το σχεδιασμό, τη νομοθεσία, διοικητική δομή και τη χρηματοδότηση της περιφερειακής υγείας.
- ii. Οι ιταλικές περιφερειακές κυβερνήσεις, μέσω των ASLs, προσφέρουν ένα πακέτο παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, πρόληψης και προαγωγής υγείας στον πληθυσμό τους.
- iii. Στη Φινλανδία, που διαθέτει μια βαθμίδα τοπικής αυτοδιοίκησης και η υγεία είναι εξ' ολοκλήρου δημοτική υπόθεση, συναντάμε την πρακτική της δημοτικής ιατροφαρμακευτικής ασφάλειας που είναι και η περισσότερο διαδομένη κοινωνική ασφάλιση στη χώρα.

- iv. Η Σουηδία έχει δημόσια φαρμακευτική περίθαλψη και η συγκεκριμένη τακτική αποκτά ενδιαφέρον όταν συνδυαστεί όχι μόνο με το, διεθνώς, επίμαχο ζήτημα του φαρμακευτικού ελέγχου και της συνταγογράφησης των οπιοδών φαρμάκων, αλλά και με την περιφερειακή σχετική αρμοδιότητα που ασκείται από ξεχωριστά Τμήματα Φαρμάκων & Φαρμακείων σε επίπεδο Περιφερειακών Ενοτήτων (βλ. Σχήμα 3).
- v. Στη Δανία, ο πολυετής διάλογος, η στοχευμένη προεργασία και η συλλογική διαδικασία για την εναρμόνιση των λειτουργιών, την ανακατανομή των αρμοδιοτήτων και την ενσωμάτωση των υπαλλήλων, κατά την προετοιμασία της διοικητικής μεταρρύθμισης, αποτελούν παραδείγματα καλής πρακτικής για το σχεδιασμό και την ομαλή μετάβαση στη νέα διοικητική δομή.

Κεφάλαιο 4^ο

Διεθνείς καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στη δημόσια υγεία

Οι καλές πρακτικές, ευρέως γνωστές ως best practices, αφορούν σε μεθόδους και τεχνικές που εξασφαλίζουν το καλύτερο, συντομότερο και αποδοτικότερο αποτέλεσμα του χώρου που υπηρετούν. Η έννοια πρωτοξεκίνησε στο χώρο της βιομηχανίας στην προσπάθεια αναζήτησης αποτελεσματικότερων μοντέλων παραγωγής.

Αν και στο τομέα της υγείας η αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών είναι πιο πρόσφατη διαδικασία, σήμερα έχει αναπτυχθεί πλήθος, επιστημονικά, τεκμηριωμένων τεχνικών για την καταλληλότερη, εγκυρότερη και αποδοτικότερη επίλυση ζητημάτων δημόσιας υγείας.

Στο τομέα της ιατρικής, υπάρχουν πολλές επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες και κλινικά πρωτόκολλα διαθέσιμα για τη διαχείριση του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας. Σημαντικές διεθνείς πρωτοβουλίες που διαθέτουν βάσεις δεδομένων βέλτιστων οδηγιών καλής ιατρικής πρακτικής είναι η National Guidelines Clearinghouse (NGC) της Αμερικής, η διεθνής ένωση Guidelines International Network (GIN) και ο βρετανικός ανεξάρτητος οργανισμός National Institute for Clinical Excellence (NICE).

Ειδικά στο τομέα της δημόσιας υγείας που το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στην προαγωγή υγείας του πληθυσμού, το ζήτημα των αποτελεσματικών παρεμβάσεων περιπλέκεται καθώς παύει να περιορίζεται στη ανάπτυξη τεχνικών μεθόδων αλλά αναζητά συστηματικές μεθόδους πολιτικής.

Οργανωμένα συστήματα ποιοτικών και τεκμηριωμένων παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία είναι (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012):

Το καναδικό Best Practice in Health Promotion and Diseases Prevention

Ίσως το καλύτερα οργανωμένο σύστημα με διακριτά τμήματα για την παρακολούθηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού, τον επαναπροσδιορισμό των καθοριστικών παραγόντων υγείας, τη τεκμηρίωση στην έκδοση των σχετικών αποφάσεων, την επένδυση στην προστασία της υγείας, τη διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας για την εφαρμογή πολλαπλών στρατηγικών, τη προαγωγή της συμμετοχικότητας, την εξωστρέφεια, την αξιολόγηση των παρεμβάσεων και την απονομή ευθυνών (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca>).

Η ένωση Interactive Domain Model (IDM)

Υποστηρίζει και αναπτύσσει μεθόδους προαγωγής υγείας που εστιάζουν στις ηθικές αξίες και κοινωνικές αντιλήψεις, ως παράμετροι που επηρεάζουν κάθε πρόβλημα, στην ανάλυση των συνθηκών του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, στη σύνθεση των πρακτικών από τα διαφορετικά επίπεδα της Δημόσιας Υγείας και στα ολοκληρωμένα μοντέλα σχεδιασμού και αξιολόγησης των παρεμβάσεων καλής πρακτικής (Kahan, Groulx, Pui-Hing Wong, 2007).

Το αμερικάνικο Evidence Based Practice for Public Health

Αποτελεί μια ενημερωμένη βάση δεδομένων που περιέχει παρεμβάσεις και πολιτικές που έχουν εφαρμοσθεί σε διάφορα πεδία, έχουν αξιολογηθεί και υιοθετήθηκαν ως επιτυχημένες (<http://library.umassmed.edu/ebpph/index.cfm>).

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Getting Evidence into Practice»

Προάγει κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα ευρωπαϊκής ομοφωνίας για την προαγωγή της υγείας, προωθεί την μεταφορά της επιστημονικής γνώσης σε εμπειρικές πρακτικές, πληροφορεί για τη τρέχουσα διεθνή γνώση και συντάσσει επικαιροποιημένες εκθέσεις για τα καίρια ζητήματα στο τομέα της υγείας (Τούντας, Δημητρακάκης, Bollars, van den Broucke, Kok, Molleman, 2007).

Σκοπός, όμως, του συγκεκριμένου κεφαλαίου δεν είναι η περιγραφή γενικών μοντέλων βελτίωσης της υγείας της κοινωνίας αλλά η αναζήτηση ειδικών ποιοτικών μοντέλων διοίκησης και εργαλείων λήψης αποφάσεων από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας καθώς και βελτιωμένων προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

4.1 Διασφάλιση της ποιότητας στη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Πλήθος πρακτικών που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την ποιότητα στα συστήματα υγείας έχει αναπτυχθεί διεθνώς. Προτεραιότητα για την επιλογή των εργαλείων που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη ενότητα υπήρξε, κυρίως, ο βαθμός συμβολής τους στη βελτίωση της αποδοτικότητας, της τεκμηρίωσης και του συντονισμού στη περιφερειακή δημόσια διοίκηση και τη συνεργία εκτέλεσης κοινωνικών υπηρεσιών και επιμέρους δράσεων σε ένα ανομοιογενές και πολύπλοκο ελληνικό σύστημα υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2010).

Το Πρόγραμμα Ποιότητας της Δανίας

Το Danish Healthcare Quality Programme (DHQP) είναι ένα εθνικό εργαλείο διαχείρισης της δημόσιας υγείας· ένα μοντέλο πιστοποίησης που παρέχει τα πρότυπα και τις μεθόδους μέτρησης και αξιολόγησης για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των οργανισμών στο τομέα της υγείας και αντιπροσωπεύεται από τον εθνικό οργανισμό DDKM που διοικείται από εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας, του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και των νοσοκομείων των Περιφερειών (Hansen, 2010).

Ενώ το DDKM αναπτύχθηκε καταρχήν για την πιστοποίηση της δημόσιας εθνικής και περιφερειακής υγειονομικής περίθαλψης, στη συνέχεια οι δήμοι αλλά και πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία και φαρμακεία της Δανίας υπέγραψαν συμφωνία για να ενταχθούν στο πρόγραμμα. Σήμερα τα νοσοκομεία της χώρας, δημόσια και ιδιωτικά εφαρμόζουν το εθνικό σύστημα ποιότητας DDKM ενώ η προσπάθεια επεκτείνεται και στο σύνολο των Δήμων (Hansen, 2010).

Το πρόγραμμα στοχεύει στη :

- i. Διασφάλιση της ποιότητας ζωής, την ορθή διαχείριση των πόρων και την αποφυγή λαθών που οδηγούν σε απώλεια της ανθρώπινης ζωής.
- ii. Εξασφάλιση γνώσης σε όλους τους τομείς δημόσιας υγείας μέσω της έρευνας και της εμπειρίας
- iii. Τεκμηρίωση των διαδικασιών
- iv. Εξάλειψη των ανισοτήτων και της πρόσβασης σε επίπεδο παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας
- v. Διαφάνεια στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης
- vi. Ομοιογένεια στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας όλων των θεσμικών οργάνων
- vii. Συνεχή επιδίωξη της αριστείας.

Το 2005, για την ανάπτυξη και διαχείριση του προγράμματος, ιδρύθηκε το Εθνικό Ινστιτούτο Ποιότητας και Πιστοποίησης στην Υγεία (IKAS) ως αποτέλεσμα της συνεργασίας μεταξύ της κρατικής και της περιφερειακής κυβέρνησης (Hansen, 2010).

Το πρόγραμμα βασίζεται στη γνωστή μέθοδο της διαπίστευσης. Καθορίζονται οι διαδικασίες για την επίτευξη ενός ελάχιστου επίπεδο παροχής υπηρεσιών καλής ποιότητας και ο φορέας παρακολουθείται ως προς τη συμμόρφωσή του. Τα πρότυπα ποιότητας εξειδικεύονται για κάθε φορέα ο οποίος αναπτύσσει σύστημα αυτοαξιολόγησης και διαδικασίες ανατροφοδότησης προκειμένου οι σχετικές εμπειρίες που δημιουργούνται να χρησιμοποιούνται για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Η διαπίστευση των φορέων πραγματοποιείται από ειδικούς διαπιστευμένους επαγγελματίες υγείας.

Τόσο τα κριτήρια των προτύπων διαπίστευσης όσο και η πιστοποίηση των φορέων αναθεωρούνται ανά τριετία με νέα δεδομένα που συλλέγονται από διάφορες πηγές όπως οι εθνικές βάσεις δεδομένων ποιότητας και έρευνες ικανοποίησης ασθενών, τα ανεπιθύμητα συμβάντα και ο Εθνικός Δείκτης Έργου (NIP) που μετρά την ποιότητα φροντίδας σε συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις αξιολογώντας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά.

Σημαντικό, επίσης, είναι να αναφερθεί, η διεθνής διάσταση που επιδιώκει το πρόγραμμα καθώς τα πρότυπα του IKAS υποβάλλονται για έγκριση στον Διεθνή Οργανισμό πιστοποίησης για την Ποιότητα στην Υγεία (ISQua). Στο πλαίσιο υλοποίησης του DDKM έχουν εγκριθεί :

104 πρότυπα της υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο

50 κανόνες της υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο

42 κανόνες για τα φαρμακεία.

Μάλιστα έχει αναπτυχθεί και εθνική διαδικτυακή ηλεκτρονική πλατφόρμα TAK, που υποστηρίζει όλη τη διαδικασία πιστοποίησης και καθιστά δυνατή τη συνεργασία στα διάφορα οργανωτικά επίπεδα. Τα πρότυπα συμπεριλαμβάνουν τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές και τα περιφερειακά σχέδια δράσης ενώ οι οργανικές μονάδες υιοθετούν τις διαδικασίες, τα έντυπα και τις φόρμες που αναπτύσσονται για την υιοθέτηση των προτύπων. Η ηλεκτρονική βάση συλλέγει και επεξεργάζεται τα δεδομένα από την εφαρμογή των πρωτοκόλλων και εργαλείων ποιότητας και ανατροφοδοτεί εκ νέου το σύστημα σε κεντρικό και αποκεντρωμένο επίπεδο για την διαρκή προσπάθεια βελτίωσης.

Βελτίωση της ποιότητας στη Δημόσια Υγεία των ΗΠΑ

Η Multi-State Learning Collaborative (MLC) είναι μια πρωτοβουλία που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ για τη προετοιμασία της αξιολόγησης και της εθνικής πιστοποίησης των κρατικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (Beitsch et al., 2006).

Διαχρονικά, η MLC αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις. Στη πρώτη φάση συμμετείχαν κρατικά και τοπικά τμήματα δημόσιας υγείας από πέντε πολιτείες και διερευνήθηκε, κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τους, η δυνατότητα πιστοποίησης των διαδικασιών τους (Beitsch et al., 2006). Στη δεύτερη φάση συγκροτήθηκε ομάδα από εκπροσώπους δημόσιων τμημάτων υγείας από 10 πολιτείες και περιλάμβανε την κατάρτιση, διαβούλευση, πληροφόρηση για την εφαρμογή καλών πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Στη τελευταία φάση συμμετείχαν φορείς από 16 πολιτείες που επικεντρώθηκαν στην υλοποίηση δραστηριοτήτων

για την επίτευξη συγκεκριμένων και προκαθορισμένων μετρήσιμων στόχων (Joly, Shaler, Booth, Conway, Mittal, 2010).

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της πρωτοβουλίας MLC έδειξαν ότι τα δημόσια τμήματα υγείας που συμμετείχαν στην προσπάθεια πέτυχαν στην ανάπτυξη κουλτούρας βελτίωσης της ποιότητας καθώς οι προϊστάμενοι και το προσωπικό τους ήταν, στη πλειοψηφία τους, δεκτικοί σε νέες ιδέες και διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας και αναπτύσσουν τουλάχιστον μία επίσημη ή τυποποιημένη διαδικασία, υπηρεσία ή πρόγραμμα βελτίωσης της απόδοσης (Joly et al., 2010).

Από το 2007, αφού θεσπίστηκε το εθνικό πρόγραμμα πιστοποίησης, το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης των ΗΠΑ, πρεσβευτής της άενης διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας στη δημόσια υγεία, προωθεί το αναγνωρισμένο μοντέλο πιστοποίησης MLC και βρίσκεται σε συνεχή διαδικασία ελέγχου και επανελέγχου για την επικαιροποίηση και την εισαγωγή νέων προτύπων συμμόρφωσης στο πλαίσιο της διεύρυνσης της υγιεινής πρακτικής σε καινούργιες θεματικές όπως αυτή της πληροφορικής (Ingram, Bender, Wilcox, Kronstadt, 2014).

Καλή Πρακτική : Κανονιστικό πλαίσιο για την προώθηση της βέλτιστης υγείας και πρόληψης των ασθενειών στην Ελβετία

Το Ελβετικό ίδρυμα για την προαγωγή της υγείας, Health Promotion Switzerland, είναι, κατ' εντολή της κυβέρνησης, υπεύθυνο για το συντονισμό και την αξιολόγηση των μέτρων και δράσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και υποστηρίζεται σε περιφερειακό επίπεδο από τα Καντόνια.

Το 2010, ο επικεφαλής των δημοσίων σχέσεων του Ιδρύματος, Ursel Broesskamp-Stone σε συνεργασία με τον υπεύθυνο ποιότητας Günter Ackerman, δημοσίευσαν ένα κανονιστικό πλαίσιο που αφορά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε θέματα πρόληψης και βελτίωσης της υγείας (Best Practice – A normative framework for optimal health promotion and disease prevention).

Συγκεκριμένα πρόκειται για ένα πλαίσιο κανόνων που ορίζει την βέλτιστη επαγγελματική πρακτική κατά την ανάπτυξη αποτελεσματικών πολιτικών ή προγραμμάτων προώθησης της υγείας και βασίζεται στα ακόλουθα τρία κριτήρια (Σχήμα 4):

Α ξ ί ε ς

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο κριτήριο, το ειδικό βάρος κατά τη λήψη, το σχεδιασμό και την υλοποίηση στρατηγικών αποφάσεων ή δραστηριοτήτων υγείας θα πρέπει να δίνεται καταρχήν στις θεμελιώδεις γενικές και ειδικές αρχές και ηθικές για τη δημόσια υγεία όπως:

- i. Ίσα δικαιώματα, υποχρεώσεις και ευθύνη για την υγεία

- ii. Σεβασμός στη δικαιοσύνη, την ισότητα, τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την αυτονομία
- iii. Συμμετοχικότητα στις αποφάσεις και την εφαρμογή τους
- iv. Βιωσιμότητα των μέτρων πρόληψης

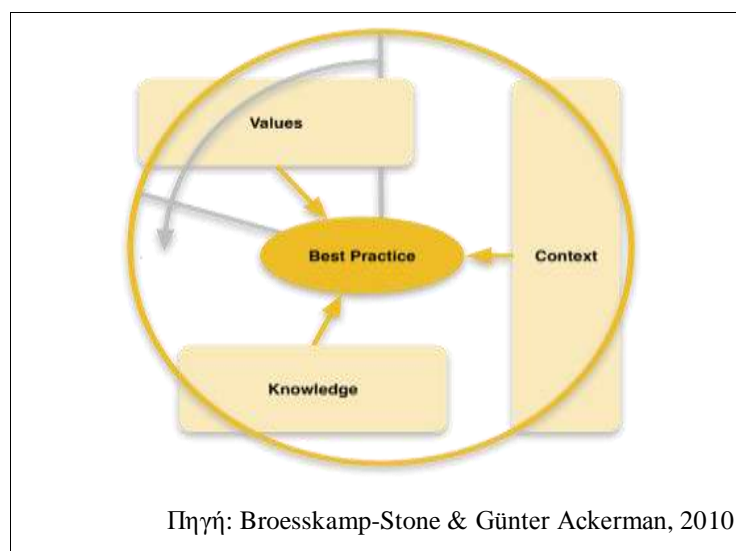
Γ ν ώ σ η

Δεύτερο και πολύ βασικό κριτήριο είναι ότι οι αποφάσεις των θεσμικών οργάνων θα πρέπει να εφαρμόζουν την υπάρχουσα επιστημονική γνώση, να στηρίζονται στην εμπειρία των ειδικών και στην πρακτική που έχει μέχρι σήμερα αναπτυχθεί (πχ οργανισμοί, επαγγελματικές ενώσεις και φορείς προαγωγής υγείας) αλλά και να συμβάλουν στην επέκταση της αποδεδειγμένης επιστημονικής βάσης.

Θα πρέπει να συλλέγονται και να αξιολογούνται ερευνητικά άρθρα, μελέτες, εκθέσεις και κριτικές για τους καθοριστικούς παράγοντες, την αξιολόγηση των πολιτικών παρεμβάσεων και την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της υγείας.

Π λ α ί σ ι ο

Τέλος θα πρέπει οι σχετικές αποφάσεις να συνάδουν και να προσαρμόζονται στο γενικό και ειδικό νομικό πλαίσιο, τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές, τα εθνικά σχέδια δράσης, τις περιφερειακές και τοπικές πολιτικές κλπ.



Σχήμα 4. Οι διαστάσεις βέλτιστης πρακτικής στο προγραμματισμό προώθησης της υγείας

Στη συγκεκριμένη δημοσίευση παρουσιάζονται και δύο περιπτώσεις όπου μελετήθηκε η εκ των υστέρων εφαρμογή του εν λόγω κανονιστικού πλαισίου και οι οποίες οδηγούν σε χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με την αξία του στη δημιουργία προγραμμάτων υγείας. Ενδεικτικά, θα αναφερθούμε στην περίπτωση του προγράμματος προώθησης και προαγωγής υγείας 2000-2010 της επαρχίας Zug της Ελβετίας.

Τα αποτελέσματα αναφορικά με την εφαρμογή των τριών κριτηρίων που παρουσιάστηκαν παραπάνω, έδειξαν ότι λήφθηκαν ιδιαίτερα υπόψη οι βασικές αξίες για τη συμμετοχή, την ισότητα των ευκαιριών και την αυτοβοήθεια και ότι υπήρχε κοινή προσέγγιση για τη διαδικασία της υγείας από τους εμπλεκόμενους φορείς. Η ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε αποτελούνταν από εμπειρογνώμονες, εκπροσώπους της κοινότητας, πολιτικούς και συμβούλους σε προγράμματα υγείας των δήμων, των σχολείων κλπ. Η έρευνα βασίστηκε σε εθνικές έρευνες υγείας και κάποιες ανολοκλήρωτες επιδημιολογικές μελέτες. Η τεχνογνωσία ήταν αυτή που έπαιξε το σπουδαιότερο ρόλο καθώς δεν υπήρχαν διαθέσιμες εκθέσεις αξιολόγησης και επιπτώσεων από την υλοποίηση σχετικών μέτρων. Κατά τη σύνταξη του περιφερειακού σχεδίου δράσης 2000-2010 δεν δόθηκε βαρύνουσα σημασία στο συνολικό κανονιστικό και νομικό σχετικό πλαίσιο, καθώς προσαρμόστηκε στην Ατζέντα του ΠΟΥ για τον 21 αιώνα και ανέπτυξε 21 θεματικές προτεραιότητες για την πρόωση και προαγωγή υγείας. Από την εφαρμογή του ανωτέρω κανονιστικού πλαισίου βέλτιστης προσέγγισης στο σχεδιασμό παρεμβάσεων υγείας, διαπιστώθηκε, επιπλέον, η απουσία των πολιτικών της τοπικής κοινωνίας και των υπαλλήλων των περιφερειακών υπηρεσιών του Zug από την ομάδα εργασίας και τονίστηκε ότι η συμμετοχή τους θα βοηθούσε στην αποδοχή της ιδέας και στην υιοθέτηση του σχεδίου δράσης. Πιθανόν οι συγκεκριμένες ελλείψεις να συνέβαλαν τελικά στην απόρριψη του προγράμματος από το περιφερειακό συμβούλιο.

Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών και Περιφερειών

Η Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), από το 2007, αντιπροσωπεύει τη τοπική αυτοδιοίκηση της Σουηδίας, εξυπηρετεί τα συμφέροντά της και υποστηρίζει τις τοπικές πρωτοβουλίες μέσω μιας διαδικτυακής πλατφόρμας. Όλοι οι δήμοι και οι περιφέρειες της χώρας συμμετέχουν εθελοντικά στην ένωση (www.salar.eu)

Το δίκτυο της Ένωσης φιλοδοξεί να προάγει την τοπική δημοκρατία και για το σκοπό αυτό έχει αναπτύξει φόρουμ και μεθόδους που εξασφαλίζουν τη δέσμευση, το ενδιαφέρον και τη συμμετοχή των μελών του και του πληθυσμού για το συντονισμό των δράσεων και την ανάπτυξη συνεργιών σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Μέσω του δικτύου επιτυγχάνεται η διασύνδεση μεταξύ των δύο επιπέδων αυτοδιοίκησης, ο συντονισμός με τη κυβέρνηση και τις κρατικές υπηρεσίες και η συνεργασία με τις ευρωπαϊκές και διεθνείς οργανώσεις (www.salar.eu).

Στόχος της Ένωσης είναι να διαδραματίσει ενεργό ρόλο στη ευρωπαϊκή πολιτική αλλά και να ενσωματώσει τις διεθνείς προτεραιότητες στις τοπικές πολιτικές, αποφάσεις και μέτρα δράσης για την υγειονομική περίθαλψη. Στο πλαίσιο αυτό συμμετέχει στο δίκτυο

EuroHealthNet για να συμβάλει στην αποστολή για μια πιο υγιεινή Ευρώπη μέσω της προαγωγής και της ισότητας στην υγεία σε όλα τα κράτη μέλη (<http://eurohealthnet.eu/>).

Η σημαντικότητα του ρόλου της Ένωσης έγκειται στην διαχείριση του πολυτομεακού χαρακτήρα της υγείας και της ασυνέχειας των δράσεων μεταξύ των κεντρικών και τοπικών διοικητικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της συναρμοδιότητας στην εφαρμογή υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας και προώθησης της δημόσιας υγείας.

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας της Γαλλίας

Οι γαλλικές Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, δημιουργήθηκαν το 2010 για να ενσωματώσουν όλες τις πρώην περιφερειακές δομές περίθαλψης, δημόσιας υγείας και κοινωνικών υποθέσεων. Ο Les Agences Régionales de Santé (L'ARS) είναι το ενιαίο εθνικό δίκτυο που αντιπροσωπεύει όλες τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας και έχει την ευθύνη για τη συνολική διαχείριση του συστήματος υγείας και την αποτελεσματικότητα των πολιτικών δημόσιας υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Οι στόχοι που εξυπηρετεί είναι η αποτελεσματική άσκηση της εκτελεστικής εξουσίας για την περιφερειακή στρατηγική και εφαρμογή της υγείας και η υποστήριξη ενός μηχανισμού διαβούλευσης με όλους όσους επηρεάζονται από τις αποφάσεις της (<http://www.ars.sante.fr>).

Η διαδικτυακή πύλη του L'ARS προσφέρει απλουστευμένες διαδικασίες για τους επαγγελματίες της υγείας, ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη για τους ασθενείς και καλύτερο συντονισμό μεταξύ των δομών παροχής ιατρικής και κοινωνικής υγείας της χώρας (<http://www.ars.sante.fr>).

4.2 «Βελτιωμένες» πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας

Οι ποιοτικές μέθοδοι - πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας της παρούσας ενότητας είναι ενδεικτικές και όχι εξαντλητικές με βάση την πληθώρα των δεδομένων που προκύπτει από μια συστηματική ανασκόπηση στις βιβλιογραφικές πηγές. Οι συγκεκριμένες αναφορές στηρίχθηκαν στην επιλογή προτύπων συναφών με τις τρέχουσες αρμοδιότητες και τα πεδία ενδιαφέροντος των περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας και στη δυνατότητα υιοθέτησης και αξιοποίησής τους.

Θεραπευτική εκπαίδευση ασθενών στη Γαλλία

Κατ' εφαρμογή του άρθρου L.1161-2 του γαλλικού κώδικα Δημόσιας Υγείας, το Programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) έχει ως στόχο να βοηθήσει τους χρόνια πάσχοντες

κάθε ηλικίας να αναπτύξουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να διαχειριστούν καλύτερα τη ζωή τους (WHO).

Η αριθ. 2010-904/2010 υπουργική απόφαση έγκρισης των ETP καθορίζει τους στόχους του προγράμματος, τους ωφελούμενους, τα προσόντα των επαγγελματιών εκπαιδευτών και περιέχει όλες τις ρυθμίσεις για τη διαχείριση, την αξιολόγηση και τη χρηματοδότηση του προγράμματος.

Κάθε πρόγραμμα θεραπευτικής εκπαίδευσης πραγματοποιείται σε τρία κύρια στάδια:

- i. Την εξατομικευμένη διάγνωση ενός ειδικού που θα εντοπίσει τις ανάγκες του ασθενή και που θα συμφωνήσουν από κοινού για τις δεξιότητες που πρέπει να κινητοποιήσει ή αποκτήσει.
- ii. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα που θα του προσφερθεί από το διδακτικό προσωπικό, σε μεμονωμένες ή ομαδικές ωριαίες συνήθως συνεδρίες.
- iii. Την αξιολόγηση του προγράμματος από τον ασθενή για τον απολογισμό της αποκτηθείσας αντίληψης για την ασθένεια, την ενημέρωση του γιατρού του και την τυχόν ανανέωση των συνεδριών.

Η έγκριση των (ETP) είναι ευθύνη των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας της Γαλλίας και μέσα από την ηλεκτρονική πλατφόρμα του L'ARS επιτυγχάνεται η ολοκληρωμένη ηλεκτρονική διαχείριση του προγράμματος. Με το τρόπο αυτό, σε επίπεδο ποιότητας, εξασφαλίζεται η ισότιμη αντιμετώπιση και η εύκολη πρόσβαση για όλους τους ενδιαφερομένους, η υποστήριξη των υπαλλήλων για την αξιολόγηση και έγκριση των αιτήσεων, η διαφάνεια των διαδικασιών, η τήρηση ηλεκτρονικών φακέλων, η δυνατότητα επεξεργασίας των στοιχείων για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος και η ανασκόπηση στατιστικών και άλλων δεδομένων.

A Policy Effectiveness–Feasibility Loop

Ένα πολύ πρόσφατο μοντέλο βέλτιστης πρακτικής, που σχεδιάστηκε στο πλαίσιο υλοποίησης του αναπτυξιακού προγράμματος MEDCHAMPS από το 7^ο Πρόγραμμα Πλαίσιο, είναι το Policy Effectiveness–Feasibility Loop (PEFL) και αφορά σε ένα χρήσιμο εργαλείο ανάπτυξης πολιτικών αντιμετώπισης των επιδημιολογικών νοσημάτων (Bowman et al., 2012).

Το PEFL εξειδικεύει το πλαίσιο Equity Effectiveness Loop, που προτάθηκε από τον Tugwell και τους συνεργάτες του (2006) και υιοθετήθηκε από τον WHO (Welch, Tugwell, Morris, 2008) ως εργαλείο για τη τεκμηριωμένη πολιτική δημόσιας υγείας στα επιδημιολογικά μοντέλα.

Σύμφωνα με τον Bowman και τους συνεργάτες του (2012), το PEFL στοχεύει να διευκολύνει τη χάραξη πολιτικών από τους εμπλεκόμενους φορείς και να πετύχει τη συνεργασία τους με τους επιστημονικούς ερευνητές για την πρόληψη των ασθενειών. Ο στόχος πετυχαίνεται μέσα από συγκεκριμένα βήματα:

1. Τρέχουσες τάσεις που επηρεάζουν τη νόσο

Κατανόηση των επικινδύνων παραγόντων και των τοπικών συνθηκών που σχετίζονται με την εμφάνιση ή την εξέλιξη της νόσου.

Ανάλυση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων από τη συγκριτική μελέτη των ποσοτών προσβολής του πληθυσμού από τη νόσο διαχρονικά.

Ανάλυση των υφιστάμενων επιδημιολογικών μοντέλων.

Επιστημονική τεκμηρίωση.

Ανάλυση για τη μελλοντική επιβάρυνση της νόσου από την ανάπτυξη διαφορετικών πολιτικών σεναρίων.

Παραδοχές πιθανών επιπτώσεων από την υιοθέτηση προληπτικών μεθόδων με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία και την ανάλυση της κατάστασης.

2. Προτεινόμενες νέες παρεμβάσεις.

Εξαντλητική ανάλυση των ευκαιριών και των εμποδίων στην εφαρμογή τους.

Προσδιορισμός του απαιτούμενου επιπέδου ευαισθητοποίησης, δέσμευσης και συνεργασίας που δημιουργεί.

3. Επιλογή

Συνεκτίμηση των αποτελεσμάτων από τα προηγούμενα στάδια.

Κοστολόγηση όλων των επιλογών.

Εργαλεία ανάλυσης σχέσης κόστους – αποτελεσματικότητας.

Οι προτεινόμενες πολιτικές επιλογές θα πρέπει να αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο αριθμό παραγόντων που επιβαρύνουν τη νόσο και να είναι εφικτή η υλοποίησή τους.

Η συμμετοχική διαμόρφωση της πολιτικής είναι πολύ σημαντική στο στάδιο αυτό.

4. Παρακολούθηση

Πρακτική εφαρμογή, υποστήριξη, παρακολούθηση και αξιολόγηση όλων των παρεμβάσεων.

Patient-Centered Medical Home Model

Το Patient-Centered Medical Home Model (PCMH) έχει αναγνωριστεί στην Αμερική ως ένα πρότυπο πιστοποίησης προγραμμάτων φροντίδας με ασθενοκεντρικό προσανατολισμό για

την ιατρική βοήθεια - περίθαλψη στο σπίτι. Στο πλαίσιο της οικονομικά προσιτής και ποιοτικής φροντίδας, οι Υπηρεσίες Medicare και Medicaid στις ΗΠΑ παρέχουν οικονομικά κίνητρα στα Τμήματα διαχείρισης των πόρων για την υγεία αλλά και τα ομοσπονδιακά κέντρα υγείας να αναπτύσσουν πρωτοβουλίες βοήθειας στο σπίτι σε συμμόρφωση με το μοντέλο PCMH (California School Health Centers Association, 2013).

Το PCMH περιέχει κριτήρια με σκοπό να χορηγείται στον ωφελούμενο τεκμηριωμένη, συντονισμένη και ολοκληρωμένη κοινωνική φροντίδα και να βελτιώνει την πρόσβασή του στην υγεία. Βασικά στοιχεία του μοντέλου είναι η ενσωμάτωση της τεχνολογίας και της ιατρικής πληροφορίας κατά το σχεδιασμό των ενεργειών, η εμπλοκή του ασθενούς στην ανάπτυξη της εξατομικευμένης φροντίδας και οι πρακτικές ομαδικής ιατρικής προσέγγισης PCMH (Larson, Chapman, 2013, California School Health Centers Association, 2013).

Τα 6 βασικά πρότυπα του μοντέλου είναι:

1. Πρόσβαση και επικοινωνία

Πρόσβαση : Βελτιωμένη προσπελασιμότητα στην υγεία σημαίνει ότι η φροντίδα παρέχεται τη στιγμή και στο τόπο που χρειάζεται. Η παροχή της μπορεί να επιτευχθεί με ένα τηλεφώνημα, με κατ' οίκον επίσκεψη ενός επαγγελματία υγείας, με μια επίσκεψη στον οικογενειακό γιατρό ή το κέντρο υγείας προκειμένου να αποφευχθεί η άσκοπη και δαπανηρή χρήση των επειγόντων περιστατικών. Στο πλαίσιο της πρόσβασης εντάσσεται για παράδειγμα και η ηλεκτρονική διαχείριση του ιατρικού ιστορικού (διαγνώσεις, επισκέψεις, παρεμβάσεις, θεραπευτικές αγωγές), προκειμένου να παραχθούν άμεσα σημαντικές κλινικές πληροφορίες για τον ασθενή. Επίσης, η απομακρυσμένη ασφαλής πρόσβαση ενός ιατρού (πχ με τηλέφωνο) στα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία ενός ασθενούς εντάσσεται στη λογική της «έξυπνης» πρόσβασης.

Συνέχεια της φροντίδας : Το PCMH υποστηρίζει ότι μια συνεχής θεραπεία και σταθερή σχέση επαγγελματία και ασθενούς συνδέεται θετικά με τα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα.

Ομάδα φροντίδας : Η ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα επιβάλει την ύπαρξη μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας που εργάζεται από κοινού (πχ ιατρό, φαρμακοποιό, διατροφολόγο, κοινωνικό λειτουργό, φυσιοθεραπευτή, νοσοκόμα),

2. Διαχείριση του πληθυσμού των βοηθούμενων ασθενών

Η βέλτιστη πρακτική περιλαμβάνει την αποτελεσματική χρήση των ΤΠΥ για την καταγραφή δημογραφικών, οικονομικών και κλινικών πληροφοριών, την αξιολόγηση του προγράμματος, την προστιθεμένη αξία στο τομέα της πρόληψης, τον έλεγχο των υπηρεσιών και τον φαρμακευτικό έλεγχο,

3. Σχεδιασμός και Διαχείριση Φροντίδας

Βασίζεται στην αρχή ότι η υψηλότερη αξία από μια υπηρεσία φροντίδας εξασφαλίζεται από την ετοιμότητα και την προβλεψιμότητα του προσωπικού και την στοχευμένη και οργανωμένη παροχή της. Ανάλογα με το είδος των προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας, θα πρέπει, για παράδειγμα, να εξασφαλίζεται η προϋπόθεση της προσχεδιασμένης επίσκεψης, η πρόβλεψη των ειδικών αναγκών για κάθε ασθενή, η υιοθέτηση, αντίστοιχα, τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών, το ίδιο επίπεδο περίθαλψης για ασθενείς με ίδιες ανάγκες, η συστηματική αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και η επιμελής διαχείριση των φαρμάκων,

4. Υποστήριξη αυτοδιαχείρισης και χρήσης λοιπών κοινωνικών υπηρεσιών

Αυτοδιαχείριση : Η κατανόηση της αυτοδιαχείρισης για τους χρόνια πάσχοντες έχει θετικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας τους. Βασικό ρόλο παίζει η χρήση επιστημονικά τεκμηριωμένων τεχνικών για την παροχή στήριξης αυτοδιαχείρισης.

Κοινωνικές υπηρεσίες : Η πρόβλεψη στήριξης για τη χρήση των λοιπών κοινωνικών υπηρεσιών (πχ διοικητικές υπηρεσίες, πληροφόρηση για τις δυνατότητες μεταφοράς ή ανατροφής των παιδιών, ψυχολογική υποστήριξη συνδέονται άμεσα με την υγεία των ασθενών,

5. Παρακολούθηση και συντονισμός της φροντίδας

Συντονισμός των δραστηριοτήτων για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στο συχνά περίπλοκο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, η διασφάλιση μηχανισμών για το συντονισμό με τις υπηρεσίες πρώτων βοηθειών ή τα νοσοκομεία στην περίπτωση επείγουσας εισαγωγής τους ασθενούς,

6. Μέτρηση και βελτίωση της απόδοσης

Προσδιορισμός σαφών στόχων που προσδοκά να επιτύχει το πρόγραμμα, καθορισμός δεικτών μέτρησης για την αξιολόγηση, επιτυχία και βελτίωση του προγράμματος. Σαφής καθορισμός διαδικασιών, δομής και λειτουργίας, τεκμηρίωση. Πληροφόρηση, διάδοση των αποτελεσμάτων (California School Health Centers Association, 2013 · Larson, Chapman, 2013).

Walk – in Centres

Ο θεσμός των walk in centres πρωτοεμφανίστηκε στην Αγγλία το 1999. Πρόκειται για μικρά κέντρα υγείας σε πολυσύχναστους δρόμους, εμπορικά κέντρα ή συγκοινωνιακούς σταθμούς που διαδραματίζουν ρόλο τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην επείγουσα παροχή φροντίδας (Salisbury, Munro, 2003). Επιδιώκουν να:

- i. αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα επειγουσών περιστατικών ήσσονος σημασίας (κρυολόγημα, τσιμπήματα, κοψίματα, λοιμώξεις, δαγκώματα, μικρά εγκαύματα),
- ii. παρέχουν αγωγή υγείας (πχ αντικαπνιστική ενημέρωση),
- iii. προσφέρουν δευτερογενείς προληπτικούς ελέγχους (υπέρταση, διαβήτη κλπ),
- iv. συμβουλεύουν σε περιπτώσεις οξείων ψυχολογικών καταστάσεων και
- v. προσανατολίζουν τους πολίτες για κατάλληλες υπηρεσίες υγείας (πολιτών για τις κατάλληλες υπηρεσίες (Mason, Mountain, Turner, Arain, Revue, Weber, 2014 · Monitor 2014).

Είναι σχεδιασμένα για να παρέχουν στους κατοίκους άνετες, εύκολα προσβάσιμες, τοπικές υπηρεσίες υγείας με ένα διευρυμένο ωράριο λειτουργίας. Η συνέχιση της φροντίδας, η υψηλή ικανοποίηση των επισκεπτών και η αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών τμημάτων για τα επείγοντα καταγράφονται στις σημαντικότερες θετικές επιπτώσεις των walk in centres (Chalder, Sharp, Moore, Salisbury, 2003 · Salisbury, Munro, 2003).

Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία δεν αποτελεί προνόμιο των άγγλων πολιτών καθώς αντίστοιχες υπηρεσίες έχουν αναπτυχθεί σε Αυστραλία, ΗΠΑ και Καναδά (ΕΣΔΥ, 2011, Mason et al., 2014).

Η διαπίστευση των επαγγελματιών υγείας

Η Ανώτατη Αρχή για την Υγεία (HAS), πρώην Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης και Αξιολόγησης της Υγείας (ANAES) είναι από το 1997 υπεύθυνη για το εθνικό σύστημα πιστοποίησης και αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία. Αναπόσπαστο τμήμα για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας αποτελεί και η διαπίστευση των γιατρών και ιατρικών ομάδων, όπως ορίζεται στα άρθρα L. 4135-1 και Δ 4135-1 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας, η οποία ανανεώνεται κάθε τέσσερα χρόνια (HAS, 2014).

Τα κριτήρια συμμόρφωσης με βάση τα οποία αξιολογούνται οι γάλλοι γιατροί αφορούν στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, δεξιότητες διαχείρισης κινδύνου, επαγγελματικές συστάσεις, τεκμηριωμένες μέθοδοι φροντίδας, ποιοτική φροντίδα κλπ (HAS, 2005).

Η διαπίστευση των επαγγελματιών υγείας δεν αποτελεί υποχρέωση για την άσκηση του επαγγέλματος μόνο στη Γαλλία αλλά και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ είναι υποχρεωτική η απόκτηση πιστοποίησης από το Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Η διαδικασία ελέγχει τις γνώσεις των υποψήφιων ειδικευόμενων ιατρών σε δύο επίπεδα και τους αξιολογεί σε τρίτο, καθ' όλη τη διάρκεια πρακτικής άσκησης για την απόκτηση ειδικότητας στα νοσοκομεία.

Κεφάλαιο 5^ο

Δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας

5.1 Το ελληνικό υπόβαθρο για τη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία

Νομοθετικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα, την τελευταία πενταετία, αναπτύσσεται πλήθος καταλυτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της προσπάθειας για την αντιμετώπιση της εθνικής χρεωκοπίας, την εξυγίανση και ανασυγκρότηση του κράτους, την τήρηση των «μνημονικών» υποχρεώσεων και την επίτευξη πολιτικής σταθερότητας.

Ειδικότερα για την υγεία, άμεση προτεραιότητα της εθνικής στρατηγικής αποτελεί η εξυγίανση και βελτίωση της ποιότητας του εθνικού συστήματος δημόσιας υγείας με μέτρα που αποσκοπούν στην αύξηση της παραγωγικότητας και οικονομικής αποτελεσματικότητας, την αντιμετώπιση της παραοικονομίας, τη χρηστή διοίκηση και την εύκολη και ίση πρόσβαση των πολιτών στις σχετικές υπηρεσίες.

Παρότι η πρώτη προσπάθεια σε επίπεδο αναδιάρθρωσης του υγειονομικού συστήματος, που εκφράστηκε με τις διατάξεις του Προγράμματος Καλλικράτη για τη μεταφορά των αρμοδιοτήτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη τοπική αυτοδιοίκηση, τελικά δεν ολοκληρώθηκε όπως προείπαμε, πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια επαναστατικότερες μεταρρυθμίσεις στους τομείς της ηλεκτρονικής υγείας, της κοινωνικής ασφάλισης και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Με το νόμο 3892/2010 καθιερώθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση που αποσκοπεί στον έλεγχο των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών εξετάσεων για την προστασία της δημόσιας υγείας και τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 με σκοπό τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων και τη λειτουργία ενός ενιαίου εθνικού φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το επιχειρησιακό σχέδιο συγχώνευσης των νοσοκομείων (ΥΥΚΑ, 2011) στοχεύει στην προώθηση της κοινωνικής ισότητας και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη δημιουργία οικονομικών κλίμακας, την εντατικότερη αξιοποίηση της νοσοκομειακής υποδομής, την ορθολογικότερη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και την δημιουργία προϋποθέσεων εφαρμογής στρατηγικού μάνατζμεντ.

Ανεξάρτητα πάντως από τις τρέχουσες εθνικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και την ανάγκη της γενικότερης διοικητικής μεταρρύθμισης για λόγους πρωτίστως οικονομικούς, η βελτίωση της ποιότητας στη δημόσια διοίκηση σε όλους τους τομείς ανάπτυξης απασχόλησε πολύ νωρίτερα την ελληνική κοινωνική πολιτική σε νομοθετικό και πρακτικό επίπεδο.

Όπως προαναφέρθηκε, η θέσπιση του νόμου 3230/2004 **Διοίκηση μέσω Στόχων** αποτελεί την πρώτη επίσημη και σοβαρή προσπάθεια για την εφαρμογή συστήματος ολικής ποιότητας στη δημόσια διοίκηση. Η ρύθμιση αφορά στη μέτρηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των δημόσιων υπηρεσιών μέσω της καθιέρωσης στόχων και της επίτευξής τους με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η ανάπτυξη δεικτών μέτρησης και αξιολόγησης αποτελούν εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας, την ενίσχυση της διαφάνειας, την ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και γενικότερα τη βελτίωση της λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών προς όφελος των πολιτών.

Με τον ίδιο νόμο κατοχυρώθηκε ο θεσμός της αριστείας με την θέσπιση κριτηρίων απονομής βραβείων ποιότητας στις υπηρεσίες που διακρίνονται για την αποδοτικότητα και την ποιότητα της εξυπηρέτησης των πολιτών.

Στο ίδιο πλαίσιο, το 2005 θεσπίστηκε η υποχρεωτική χρήση του **Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης** (ΚΠΑ) για τους ελληνικούς δημόσιους φορείς (ΥΠΕΣΔΔΑ, 2005) το οποίο αποτελεί συστηματικό εργαλείο για την αυτο-αξιολόγηση των επιδόσεων καθενός δημόσιου οργανισμού με την εισαγωγή τεχνικών διοίκησης ποιότητας. Το ΚΠΑ (Common Assessment Framework, CAF) αποτελεί το διασημότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο ευρωπαϊκό μοντέλο αξιολόγησης της δημόσιας διοίκησης που αναπτύχθηκε από την ομάδα Καινοτόμων Δημόσιων Υπηρεσιών (ISPG) της ΕΕ, βάσει του Προτύπου Αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση της Ποιότητας (EFQM) και του προτύπου του Γερμανικού Πανεπιστημίου Διοικητικών Επιστημών Speyer.

Το Δεκέμβριο του 2007 και το Μάιο του 2009, το Υπουργείο Εσωτερικών διοργάνωσε δύο εκδηλώσεις για την απονομή του 1ου και 2ου, αντίστοιχα, Εθνικού Βραβείου Ποιότητας Δημόσιων Υπηρεσιών με κριτήριο την επιτυχή υλοποίηση του ΚΠΑ. Συνολικά, πάνω από 80 δημόσιοι φορείς της κεντρικής & περιφερειακής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης ανταποκρίθηκαν στις σχετικές προκηρύξεις υποψηφιότητας και 47 κατέθεσαν φακέλους και αξιολογήθηκαν από την αρμόδια Επιτροπή Αξιολόγησης Υποψηφιοτήτων. Το 2007, το βραβείο απέσπασε η Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων του Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων ενώ το 2009, η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας.

Υπάρχουν, επίσης, αρκετοί οργανισμοί του δημόσιου ή ευρύτερου δημόσιου τομέα (Πανεπιστήμια, Περιφερειακά Ταμεία Ανάπτυξης, Δήμοι κλπ) που εφαρμόζουν, εθελοντικά,

πιστοποιημένο σύστημα διαχείρισης ποιότητας σύμφωνα με τα εθνικά πρότυπα συμμόρφωσης του Ελληνικού Οργανισμού Τυποποίησης (ΕΛΟΤ). Ειδικότερα στο τομέα της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, πολλές κλινικές και τμήματα νοσοκομείων διαθέτουν διαπίστευση ποιότητας κατά ISO 9001 για τις διαδικασίες εξυπηρέτησης των ασθενών τους (Αχέπα, Παπαγεωργίου, Άγιος Σάββας, Αγία Σοφία, Θεαγένειο, Αττικόν, Καβάλας κλπ).

Καλές ελληνικές πρακτικές της δημόσιας διοίκησης για την υγεία

Σημαντικός είναι και ο βαθμός συμμετοχής των ελληνικών δημόσιων φορέων σε καλές και έξυπνες πρακτικές δημόσιας υγείας. Παρόλο που δε βρέθηκαν επίσημα συγκεντρωτικά στοιχεία που να το καταδεικνύουν, το συμπέρασμα στηρίχθηκε στα αποτελέσματα από την ηλεκτρονική αναζήτηση εκθέσεων προόδου ή απολογιστικών εκθέσεων υλοποίησης συγχρηματοδοτούμενων αναπτυξιακών δράσεων όπως ΕΣΠΑ, 7^ο Πρόγραμμα Πλαίσιο και INTERREG (Μαζιώτη, Pascual, Μάλλιου, Σαχίνη, 2015,· <http://metrics.ekt.gr/el/sxetika>, <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/section/Ethsies-Ektheseis>,· <http://www.espa.gr/el/Pages/eLibrary.aspx>,· <http://www.interreg4c.eu/good-practices>).

Εδώ θα προβούμε σε μία ενδεικτική αναφορά με σκοπό να συνδέσουμε τις δυνατότητες βελτίωσης του ελληνικού συστήματος δημόσιας υγείας με τις εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί και την ευαισθητοποίηση που έχει επιτευχθεί.

Παράδειγμα έντονης δραστηριότητας στην τεχνολογική έρευνα και ανάπτυξη αποτελεί η e-Trikala AE του Δήμου Τρικκαίων (<https://www.e-trikala.gr>). Στο τομέα της υγείας, ο φορέας λειτουργεί, με τη βοήθεια των υποδομών τηλεματικής, ολοκληρωμένο δίκτυο **Τηλε-πρόνοιας** για την εξυπηρέτηση των δημοτών που υποφέρουν από χρόνια καρδιολογικά και πνευμονολογικά προβλήματα ή πάσχουν από υπέρταση. Ο ασθενής χρησιμοποιώντας εύχρηστες και απλές συσκευές καταγράφει τα βιολογικά σήματα και τηρεί το ιστορικό της υγείας του ενώ υπάρχει δυνατότητα ηλεκτρονικής αποστολής των ιατρικών δεδομένων στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Τρικάλων ή τον θεράποντα ιατρό.

Ταυτόχρονα, ο δήμος συμμετέχει ενεργά σε Ευρωπαϊκά προγράμματα Τηλεϊατρικής (WISEE, ISISEMD, INDEPENDENT, e-HealthRegion, LivingLabThessaly, RenewingHelth). Στο πρόγραμμα τηλεφροντίδας Renewing Health συμμετέχουν 21 εταίροι, εκπρόσωποι των εθνικών συστημάτων υγείας 10 ευρωπαϊκών χωρών (Ιταλία, Δανία, Νορβηγία, Σουηδία, Φιλανδία, Ισπανία, Γερμανία, Αυστρία, Ελλάδα). Από την Ελλάδα συμμετέχουν, επιπλέον, η 5η ΥΠΕ και η «Ψηφιακές Πόλεις ΑΕ –Cities Net ΑΕ, που αποτελεί την ψηφιακή κοινότητα 11 ΟΤΑ της Κεντρικής Ελλάδος. Σκοπός του προγράμματος είναι ο καθορισμός

αναγνωρίσιμων και αποδεκτών κριτηρίων στη παροχή τηλεϊατρικών υπηρεσιών για χρόνια νοσήματα (<http://dceg.gr>).

Δράσεις τηλεϊατρικής φροντίδας ανέπτυξαν και άλλοι δήμοι στην ελληνική επικράτεια μέσα από την υλοποίηση προγραμμάτων «έξυπνων οικισμών» του ΕΣΠΑ 2007-2013 (Καλαμάτα, Αράχοβα, Βέροια κλπ), που δυστυχώς υπολειτουργούν ή δεν αξιοποιούν καθόλου σήμερα.

Το **Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης** (Health Voucher) σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί συγχρηματοδοτούμενη δράση του Υπουργείου Υγείας που επιτρέπει στους ανασφάλιστους πολίτες τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών πρόληψης, παρακολούθησης και αγωγής (ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, εργαστηριακοί έλεγχοι, παρακολούθηση κύησης) (<https://www.healthvoucher.gr>).

Στο πρόγραμμα **LIFE CONOPS** - Ανάπτυξη και επίδειξη διαχειριστικών σχεδίων έναντι των ενισχυόμενων από την κλιματική αλλαγή χωροκατακτητικών κουνουπιών στην Νότια Ευρώπη - συμμετέχουν φορείς από την Ιταλία και την Ελλάδα (3 Τμήματα Υγείας, 2 Πανεπιστήμια, 2 Ινστιτούτα, 1 Ερευνητικό Κέντρο και 2 Ιδιωτικοί φορείς) με σκοπό την διαχείριση των υγειονομικών και περιβαλλοντικών κινδύνων που ανακύπτουν από την εισαγωγή των επικίνδυνων κουνουπιών, τον έλεγχο της εμφάνισης ή επανεμφάνισης των ασθενειών που προκαλούν, τη προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος και την ορθολογική χρήση του δημόσιου χρήματος (<https://www.conops.gr>). Αξιοσημείωτο είναι ότι στο πρόγραμμα οι Ιταλοί συμμετέχουν με 2 Τοπικά Τμήματα Υγείας και 1 Περιφερειακό ενώ η Ελλάδα δε εκπροσωπείται από τμήματα υγείας.

Τέλος, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2007-2013 υλοποίησε το 2011 τη δράση «Μελέτη εκτίμησης αναγκών και εφαρμογής **Ανοικτών Κέντρων Προστασίας της Υγείας** (ΑΚεΠΥ) για την τοπική αυτοδιοίκηση» με βάση τα διεθνή πρότυπα των Walk in health centres και Walk in Clinics με στόχο την παροχή υπηρεσιών που δεν παρέχονται από το σύστημα υγείας, ή είναι δύσκολη η πρόσβαση ή δεν παρέχονται τις ώρες που οι πολίτες τις χρειάζονται (<http://www.nsph.gr>). Η μελέτη κατέδειξε τους Δήμους ως καταλληλότερους φορείς λειτουργίας των ΑΚεΠΥ για την παροχή των υπηρεσιών:

- i. Πρόληψη και αγωγή υγείας
- ii. Συμβουλευτική για θέματα Υγείας και Πρόνοιας
- iii. Διασύνδεση των υφιστάμενων δομών περίθαλψης με την παροχή συμβουλών για τη κατάλληλη και αποτελεσματική χρήση τους
- iv. Παροχή πρώτων βοηθειών και αντιμετώπιση ασθενειών μικρού κινδύνου

Λοιποί παράγοντες

Πέρα όμως από το νομοθετικό πλαίσιο για τη δημόσια Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και την σχετική εμπειρία από την εφαρμογή καλών πρακτικών, υπάρχουν επιπλέον σημεία που αξίζει να προσμετρηθούν στην αξιολόγηση των εγχώριων συνθηκών για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η Ελλάδα διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό με υψηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς η συμμετοχή του στην ανώτατη εκπαίδευση μεγαλώνει με έντονα αυξητικό ρυθμό πλησιάζοντας το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και της EU21. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2012 στην Ελλάδα το ποσοστό ήταν 27% στο ΟΟΣΑ 33% και στην EU21 29%. Επίσης σύμφωνα με μία μελέτη του Υπουργείου Οικονομικών το 2011 για την απασχόληση του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα, το μορφωτικό του επίπεδο βρέθηκε καλύτερο απ' ότι του ιδιωτικού.

Ταυτόχρονα έχει θεσμοθετηθεί και το πλαίσιο για την ορθολογική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού με το αρ. 91 του ν. 4172/2013 για την κινητικότητα των δημοσίων υπαλλήλων και το αρ. 48 του ν.4247/2014 για την εθελοντική ενδοαυτοδιοικητική κινητικότητα.

Στο ίδιο πλαίσιο της ανασύστασης του κράτους, έχουν ήδη προβλεφθεί με το αρ. 35 του ν.4024/11 και το αρ 54 του ν.4178/13 οι νομικές ρυθμίσεις για την ανακατανομή των θέσεων εργασίας, την αναδιοργάνωση και τη τροποποίηση των οργανογραμμάτων των δημόσιων υπηρεσιών και βρίσκεται σε εξέλιξη η αξιολόγηση όλων των δομών της δημόσιας διοίκησης.

Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι έχει εγκριθεί το Εταιρικό Σύμφωνο της νέας προγραμματικής περιόδου 2014-2020 με σκοπό την επίτευξη της έξυπνης, βιώσιμης και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης της Ευρώπης. Βασική «εκ των προτέρων» προϋπόθεση στο σχεδιασμό και τη χρηματοδότησή του τέθηκε η εισαγωγή μέτρων για την καινοτομία και αναπτύχθηκε, ως εργαλείο για το σκοπό αυτό, η πολιτική της «έξυπνης εξειδίκευσης» (Research and Innovation Strategy for Smart Specialisation, RIS3). Στο πλαίσιο της στρατηγικής για την «Ευρώπη 2020» ενσωματώθηκαν όλες οι επιμέρους ευρωπαϊκές προτεραιότητες. Ειδικά για την υγεία, συγκρίνοντας το εγκεκριμένο τρίτο πολυετές πρόγραμμα δράσης «Υγεία για την Ανάπτυξη 2014-2020» (282/2014/EK) που στοχεύει στην αύξηση της καινοτομίας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των εθνικών συστημάτων υγείας, διαπιστώνουμε την απόλυτη ταύτιση της πολιτικής του με αυτή της «Ευρώπης 2020».

Ένα πρόσθετο χρήσιμο χρηματοδοτικό εργαλείο για τη συνεργασία των δημόσιων φορέων υγείας με διεθνή εταιρικά σχήματα ανάπτυξης έξυπνων πρωτοβουλιών αποτελεί το

πρόγραμμα «Horizon 2020» για την έρευνα και την καινοτομία όπου, μεταξύ άλλων, βασικός άξονας προτεραιότητας είναι η αντιμετώπιση σημαντικών Κοινωνικών Προκλήσεων.

Συνοψίζοντας με τα στοιχεία της παρούσας ενότητας, η ελληνική δημόσια διοίκηση διαθέτει:

- i. Νομικό πλαίσιο για την αναδιοργάνωση και την αξιολόγηση των δομών της γενικά, αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων «εκροών» της ειδικά.
- ii. Σχετική εμπειρία στην ανάπτυξη βέλτιστων πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας και πρόνοιας που μπορεί να αξιοποιήσει περαιτέρω σε συνδυασμό με τις ευκαιρίες εναλλακτικών και επιλέξιμων, για το σκοπό αυτό, πηγών χρηματοδότησης της προγραμματικής περιόδου 2014-2020 από τα διαρθρωτικά ταμεία.
- iii. Έμπειρο και μορφωμένο στελεχιακό δυναμικό καθώς και νομοθετικό πλαίσιο για την ορθολογική του διαχείριση προς όφελος των υπηρεσιών υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης απ' όπου υπολείπεται.
- iv. Περιορισμένη υιοθέτηση, αξιοποίηση και διάχυση των καλών και βελτιωμένων πρακτικών που αναπτύσσει.

5.2 Αξιοποίηση της διεθνούς εμπειρίας στη βελτίωση της περιφερειακής δημόσιας υγείας

5.2.1 Επαναπροσδιορισμός του ρόλου και των αρμοδιοτήτων υγείας σε Περιφερειακό επίπεδο διοίκησης

Σε προηγούμενο κεφάλαιο έγινε ειδική μνεία για τη λειτουργία των περιφερειακών διευθύνσεων δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Ειδικότερα αναφέρθηκε ότι :

- i. τα αρμόδια τμήματα αναλώνονται, κυρίως, σε διεκπεραιωτικές και γραφειοκρατικές ελεγκτικές διαδικασίες
- ii. τα δύο επίπεδα τοπικής αυτοδιοίκησης ασκούν αλληλεπικαλυπτόμενες αρμοδιότητες
- iii. υπάρχουν ζητήματα διάκρισης των ρόλων στα διάφορα επίπεδα διοίκησης
- iv. το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο αδυνατεί να διασφαλίσει την ισότητα στην πρόσβαση και την εγγύτητα στην εξυπηρέτηση των πολιτών σε υπηρεσίες και θέματα υγείας.

Αντίθετα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει, πέρα από το πολύ σημαντικό ρόλο της αυτοδιοίκησης στο φάσμα των υπηρεσιών υγείας, αποτελεσματικότερους σχεδιασμούς για το διαχωρισμό των ρόλων μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων διοίκησης κατά την άσκηση τόσο των πολιτικών όσο και των αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας.

Έχουμε προαναφέρει περιπτώσεις χωρών όπου η περιφερειακή διοίκηση ασκεί διακριτό πολιτικό ρόλο στο σχεδιασμό της δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, οι

Περιφέρειες ασκούν αρμοδιότητες ελεγκτικής δικαιοδοσίας στο τομέα της υγείας ενώ στην Ιταλία είναι αρμόδιες για το σχεδιασμό και προγραμματισμό της αποκεντρωμένης ανάπτυξης. Περισσότερο ενισχυμένος εμφανίζεται ο ρόλος της ισπανικής περιφερειακής κυβέρνησης με ξεχωριστό υπουργείο για τον σχεδιασμό και την οργάνωση ξεχωριστών αυτόνομων συστημάτων υγείας. Στην Ιαπωνία, τέλος, οι νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, που είναι η ανώτερη βαθμίδα αυτοδιοίκησης, αναπτύσσουν τις τοπικές στρατηγικές προαγωγής υγείας ενώ οι δήμοι εφαρμόζουν τις σχετικές δράσεις.

Αντίστοιχα για την Ελλάδα, η πρόταση βελτίωσης για τη διάκριση των ρόλων μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων διοίκησης στο τομέα της υγείας, υιοθετεί την ακόλουθη ιεράρχηση:

- i. σε κρατικό επίπεδο, διαμορφώνονται οι προτεραιότητες και το θεσμικό πλαίσιο υγείας,
- ii. σε περιφερειακό επίπεδο, αναπτύσσεται η στρατηγική, ασκείται ο συντονιστικός ρόλος και τηρείται η παρακολούθηση και αξιολόγηση των δράσεων υγείας και
- iii. σε δημοτικό επίπεδο, εφαρμόζονται και εκτελούνται τα μέτρα και οι πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας (Πάβη, Σκρουμπέλος, Κουλιεράκης, Βελονάκης, Κυριόπουλος, 2011).

Από την άλλη, σε επίπεδο διαχωρισμού των αρμοδιοτήτων υγείας μεταξύ των διαφορετικών βαθμίδων διοίκησης, αντίστοιχες διεθνής πρακτικές που βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αφορούν στη διάκριση των επιμέρους πεδίων υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη είναι συνήθως ευθύνη της περιφέρειας ενώ η πρόληψη και προαγωγή, η υγιεινή και η κοινωνική μέριμνα είναι συχνότερα τοπική υπόθεση. Στη Σουηδία λειτουργούν τα περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης ενώ η αγωγή υγείας, η κοινωνική φροντίδα και πρόνοια και η περιβαλλοντική υγιεινή είναι δημοτική αρμοδιότητα. Στη Δανία η ευθύνη για τον περιφερειακό σχεδιασμό της δημόσιας υγείας και τη λειτουργία των νοσοκομείων αποτελούν πρωταρχικές αρμοδιότητες των νέων περιφερειών. Στην Αυστραλία που λειτουργεί υπό τη μορφή ομόσπονδου κράτους παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι υπόθεση της πολιτείας ενώ η υγιεινή, ο εμβολιασμός, η πρόνοια και οι λοιπές υπηρεσίες κοινωνικής αλληλεγγύης δημοτική υπόθεση. Στη Ρωσία οι περιφέρειες λειτουργούν ιατρικές μονάδες για την παροχή εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης ενώ οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη πρωτοβάθμια υγεία, την εκπαίδευση και τη πληροφόρηση των κατοίκων για τη δημόσια υγεία. Οι ιταλικές περιφέρειες, τέλος, μέσω των Τοπικών Οργανισμών Υγείας (ASLs) διασφαλίζουν στον πληθυσμό τους ένα ολοκληρωμένο πακέτο παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και πρόληψης υγείας.

Άλλωστε τέτοιου είδους σχήματα διοίκησης στο τομέα της υγείας δεν απέχουν πολύ από το πνεύμα και το γράμμα του νόμου του Καλλικράτη για τη διοικητική μεταρρύθμιση και συγκεκριμένα από τη διάταξη που προέβλεπε τη σταδιακή μεταφορά των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) στις αιρετές περιφέρειες. Ανεξάρτητα που, όπως επισημάναμε, καταργήθηκε αργότερα από νομοθετική ρύθμιση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο πλαίσιο των μέτρων για τη μείωση του δημόσιου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας.

Γενικά, πάντως, η ριζική μεταρρύθμιση της δημόσιας διοίκησης αποτελεί από μόνη της μία τεράστια εθνική πρόκληση που απαιτεί μακροχρόνια προετοιμασία και εξαντλητικές τοπικές διαπραγματεύσεις κατά το σχεδιασμό της, ενστέρνιση της αλλαγής από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης και συνεχής υποστήριξη των εμπλεκόμενων φορέων κατά την εφαρμογή της.

Σχετικό παράδειγμα συστηματικής προσπάθειας αποτελεί η διοικητική μεταρρύθμιση που εφαρμόστηκε στη Δανία το 2007. Αν και η ζύμωση για τη «Νέα Δανία» ξεκίνησε από τη δεκαετία του 90', το χρονοδιάγραμμα της αναδιάρθρωσης, όπως αναφέρεται και στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, ξεκίνησε το 2002 με τη συγκρότηση της Επιτροπής Διοικητικής Δομής για τις προπαρασκευαστικές εργασίες α) αξιολόγησης εναλλακτικών μοντέλων δόμησης του δημόσιου τομέα που να εξυπηρετούν τις ανάγκες της δανέζικης κοινωνίας και β) δημιουργίας μεγαλύτερων και βιώσιμων ΟΤΑ που να διασφαλίζουν, ταυτόχρονα, την αρχή της τοπικής δημοκρατίας. Το 2004 η Επιτροπή κατέθεσε τη πρόταση για τα επίπεδα διακυβέρνησης, το μέγεθος των ΟΤΑ, τη δομή και την κατανομή των αρμοδιοτήτων και το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των αλλαγών για το νέο κυβερνητικό πρόγραμμα αναδιοργάνωσης της χώρας. Ακολουθεί διαδικασία διαβούλευσης με την τοπική κοινωνία και εγκρίνεται από το κοινοβούλιο το σχέδιο μεταρρύθμισης για το σχηματισμό της Δανίας των 5 περιφερειών και 98 ΟΤΑ με ισχύ από το 2007. Μετά από τις τοπικές εκλογές του 2005 δημιουργούνται αρμόδιες προπαρασκευαστικές επιτροπές από τα εκλεγμένα τοπικά συμβούλια για την εναρμόνιση των υπηρεσιών, λειτουργιών και υπαλλήλων στις νέες αρμοδιότητες και αλλαγές της πολιτικής και διοικητική δομής και τη σύνταξη των προϋπολογισμών των ΟΤΑ για το 2007 (Γκέκας, Μήτσου, 2009 · Μαΐστρος, 2009 · Olejaz et al, 2012) .

Το ελληνικό σχέδιο της νέας διοικητικής μεταρρύθμισης «Καλλικράτης» φαίνεται να έχει ενσωματώσει αρκετά στοιχεία από το δανέζικο πρόγραμμα διοικητικής μεταρρύθμισης. Η μεταρρύθμιση αφορά σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης (συγχώνευση Δήμων, κατάργηση Νομαρχιών, δημιουργία 13 αιρετών Περιφερειών και 7 Αποκεντρωμένων Κρατικών

Διοικήσεων), στηρίζεται στην αρχή της επικουρικότητας και προβλέπει τη μεταφορά σημαντικών αρμοδιοτήτων, υπαλλήλων, πόρων, ευθυνών και λογοδοσίας από την κρατική στην περιφερειακή και δημοτική διοίκηση καθώς και την κατάρτιση του επιχειρησιακού προγράμματος ΕΛΛ.Α.Δ.Α (άρθρο 281 Ν.3852/2010) για την οικονομική υποστήριξη της εφαρμογής του (Αιτιολογική Έκθεση «Πρόγραμμα Καλλικράτης», 2010 · Γκέκας, Μήτσου, 2009) .

Η σημαντικότερη, όμως, βέλτιστη πρακτική του σκανδιναβικού μοντέλου διοικητικής ανάπτυξης που δε φαίνεται να υιοθετήθηκε κατά το στάδιο σχεδιασμού του «Καλλικράτη» είναι η αξιολόγηση, ορθολογική αξιοποίηση και συστηματική προεργασία για την προσαρμογή των διαφόρων εθνικών προτάσεων και διεθνών μοντέλων διοίκησης στις ελληνικές συνθήκες και τις τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες. Το σχέδιο νόμου συντάχθηκε από τη νέα κυβέρνηση που εκλέχθηκε τον Οκτώβριο του 2009, υποβλήθηκε τον Ιανουάριο του 2010 σε διαπραγμάτευση, ψηφίστηκε το Μάιο του 2010 από την ελληνική βουλή, υιοθετήθηκε στις τοπικές εκλογές το Νοέμβριο του 2010 και ξεκίνησε η εφαρμογή του από τον Ιανουάριο του 2011. Δεν προβλέφθηκε χρόνος και δεν τηρήθηκαν διαδικασίες για την ομαλή ενσωμάτωση και αποδοχή των νέων αλλαγών γεγονός που οδήγησε σε αναγκαστικές συγχωνεύσεις των ΟΤΑ, σε περιορισμένες εθελοντικές μετακινήσεις του προσωπικού και πλήθος αναγκαστικές μετατάξεις (διαπιστωτικές πράξεις αυτοδίκαιων μετατάξεων προσωπικού στους Δήμους και τις Περιφέρειες).

Η ταυτόχρονη ελληνική προσφυγή στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, οι μνημονιακές επιταγές και οι πολλές εναλλαγές στη κυβερνητική δομή που επακολούθησαν, κατέστησαν κολοβή την εφαρμογή της διοικητικής μεταρρύθμισης με την δραματική περικοπή των κρατικών επιχορηγήσεων, τη δραστική μείωση των δημοσίων υπαλλήλων, την κατάργηση υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης και την αναβολή εφαρμογής βασικών ρητών προβλέψεων του Καλλικράτη όπως ο Ελεγκτής Νομιμότητας και το πρόγραμμα ΕΛΛ.Α.Δ.Α (Κοινωνικό Πολύκεντρο, 2014).

5.2.2 Εισαγωγή της ποιοτικής διάστασης στη διοίκηση των υπηρεσιών και στην εφαρμογή δράσεων δημόσιας υγείας

Βελτίωση της ποιότητας στη λειτουργία των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας

Η βελτίωση της λειτουργίας των κρατικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας σε επίπεδο αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και ικανοποίησης των τρεχουσών και

εξελισσόμενων αναγκών των πολιτών, επιβάλλεται από τις μεταβαλλόμενες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, την ανάπτυξη του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού, τις διεθνείς πολιτικές και ευρωπαϊκές προτεραιότητες για τα ίσα δικαιώματα των ασθενών στην υγεία και το εθνικό πλαίσιο αναδιοργάνωσης του κράτους. Συνεπώς η εισαγωγή προτύπων και κριτηρίων ποιότητας, η τυποποίηση διαδικασιών και η παροχή διαπιστευμένων υπηρεσιών υγείας για την ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας και την επίτευξη συγκεκριμένων και μετρήσιμων στόχων αποτελεσματικής διοίκησης κρίνεται επίκαιρη και απαραίτητη. Εξειδικευμένα διεθνή εργαλεία διαχείρισης και πιστοποίησης κρατικών φορέων υγείας που αξίζει να αξιολογηθούν προκειμένου να προσαρμοσθούν και εφαρμοσθούν στα ελληνικά δεδομένα λειτουργίας των δημόσιων και, εν γένει, περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας, είναι το δανέζικο πρόγραμμα ποιότητας DHQP και η αμερικάνικη πρωτοβουλία πιστοποίησης MLC για τη συμμόρφωση, αυτό-αξιολόγηση, συνεργασία, και διαρκή βελτίωση της ποιότητας των οργανικών μονάδων και των τμημάτων δημόσιας υγείας.

Πέρα όμως από τη βελτίωση της λειτουργίας των επιμέρους κρατικών φορέων υγείας, εξίσου σημαντική είναι η εξασφάλιση της συμμετοχικότητας, της τεκμηρίωσης, της αξιολόγησης και της εναρμόνισης των πολιτικών αποφάσεων δημόσιας υγείας με το υφιστάμενο εθνικό και τοπικό θεσμικό πλαίσιο για τη ρεαλιστικότητα, αποδοχή και βιωσιμότητα των σχετικών μέτρων που θα εφαρμοσθούν. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η συναρμοδιότητα και η συνυπευθυνότητα όλων των εμπλεκόμενων φορέων στο διοικητικό προγραμματισμό, η νομιμότητα των αποφάσεων και η κοινή προσέγγιση στη διαδικασία παροχής της υγείας. Χρήσιμο εργαλείο για τη βέλτιστη επαγγελματική πρακτική ανάπτυξης αποτελεσματικών πολιτικών διαχείρισης και προώθησης της υγείας είναι το ελβετικό κανονιστικό πλαίσιο που δημοσίευσε το Ίδρυμα Health Promotion Switzerland. Η πιλοτική εφαρμογή του θα βοηθούσε στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων όχι μόνο για την αξιολόγηση των υφιστάμενων εθνικών πολιτικών δημόσιας υγείας αλλά και για την ίδια τη χρησιμότητα και ανάπτυξη σχετικών εργαλείων στην ελληνική πραγματικότητα.

Επιπλέον, για το συντονισμό των δράσεων πρόληψης και κοινωνικής μέριμνας μεταξύ των υπηρεσιών όλων των επιπέδων διοίκησης και την αποφυγή εφαρμογής αποσπασματικών ενεργειών δημόσιας υγείας, εξαιρετικά αποτελεσματικά μπορεί να αποδειχθούν τα δίκτυα διασύνδεσης της τοπικής αυτοδιοίκησης που λειτουργούν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Το σουηδικό δίκτυο της Ένωσης Τοπικών Αρχών και Περιφερειών (SALAR) που δεσμεύει τα μέλη να συμμορφώνονται στα πρότυπα του ΠΟΥ και το εξειδικευμένο ιταλικό εθνικό δίκτυο των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας (L' ARS) αποτελούν σύγχρονους, ευέλικτους και προσφιλής μεθόδους βελτίωσης του δημόσιου τομέα σε επίπεδο διασύνδεσης των επιπέδων

διακυβέρνησης, υποστήριξης της τοπικής αυτοδιοίκησης, συνεργασίας με τις τοπικές, εθνικές και ευρωπαϊκές οργανώσεις και ανάπτυξης ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για τη διαχείριση του πολυτομεακού χαρακτήρα της δημόσιας υγείας.

Άλλωστε η λειτουργία διαδικτυακής πύλης από ένα ενιαίο δίκτυο στο οποίο θα συμμετέχουν όλα τα περιφερειακά και τοπικά τμήματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής μέριμνας δεν αποτελεί ευέλικτο μηχανισμό μόνο για τη βελτίωση της οργάνωσης του δημόσιου τομέα. Η χρήση της για την βελτίωση των διαδικασιών και παρεχόμενων υπηρεσιών είναι πολλαπλή. Οι εφαρμογές πληροφορικής και το διαδίκτυο μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στη τυποποίηση των διαδικασιών αδειοδότησης, τη τήρηση ηλεκτρονικών μητρώων, τη ενιαία πληροφόρηση και διάδραση μεταξύ πολιτών και κράτους, την ισότιμη αντιμετώπιση των ασθενών και επαγγελματιών υγείας, την απλούστευση, διαφάνεια και επιτάχυνση των γραφειοκρατικών διαδικασιών και την ελάφρυνση του φόρτου εργασίας των υπαλλήλων.

Η θετική επίπτωση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στις δημόσιες υπηρεσίες (taxisnet, syzefxis, ΟΠΣ, ΟΠΣΑΑ κλπ) για την εξυπηρέτηση των πολιτών και την ορθολογική αξιοποίηση των εθνικών πόρων είναι αδιαμφισβήτητη. Άλλωστε οι ολοκληρωμένες πληροφοριακές δομές αποτελούν εύχρηστες και «έξυπνες» ενέργειες περιορισμένου κόστους και εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο προώθησης της τεχνολογίας και καινοτομίας από τα ευρωπαϊκά εργαλεία χρηματοδότησης και από την εθνική στρατηγική για τη διαφάνεια, ψηφιοποίηση και απλούστευση των διαδικασιών (e-syntagografisi, e-procurement, ergani, ΗΛΙΟΣ, ΑΤΛΑΣ κλπ).

Βελτίωση της ποιότητας στην εφαρμογή δράσεων δημόσιας υγείας

Όπως και στην περίπτωση διαμόρφωσης αποτελεσματικής και τεκμηριωμένης πολιτικής δημόσιας υγείας, η χρήση εργαλείων για την ανάπτυξη αποδοτικών ειδικών μέτρων αντιμετώπισης επιδημιολογικών νοσημάτων ή πρόληψης ασθενειών αποτελεί ζητούμενο στο πεδίο του κόστους της υγείας για την ανθρώπινη ζωή αλλά και για την εθνική οικονομία. Μοντέλα όπως το Policy Effectiveness – Feasibility (PELF), για την επιλογή μέτρων διαχείρισης ή αντιμετώπισης επιδημιολογικών νόσων που θεωρούνται αξιόπιστα από τον Οργανισμό Παγκόσμιας Υγείας, αποτελούν μεθοδολογία για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας των υφιστάμενων πρακτικών, την επιστημονική τεκμηρίωση νέων ιδεών και τη διερεύνηση των προϋποθέσεων που απαιτούν, την κοστολόγηση, επιλογή και παρακολούθηση των ενδεδειγμένων σεναρίων για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την εφικτότητα υλοποίησης.

Η αξιολόγηση και ανάλυση των αποτελεσμάτων από τη εφαρμογή των προτεινόμενων παρεμβάσεων, που επιδιώκεται από το συγκεκριμένο πρότυπο, αποτελεί την καλύτερη πρακτική για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών στο επίπεδο της προστασίας της υγείας του πληθυσμού. Η σημερινή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας μας επιβάλλει την καθιέρωση αντίστοιχων μηχανισμών που διευκολύνουν τις διαδικασίες και εξασφαλίζουν τη συνεργασία και τη ανάληψη επιτυχών μέτρων από τους εμπλεκόμενους φορείς υγείας.

Οι ειδικές δράσεις για την ευαισθητοποίηση και υποστήριξη των ευπαθών ομάδων εντάσσονται, όπως προαναφέραμε, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων των περιφερειακών διευθύνσεων δημόσιας υγείας. Το γαλλικό πρόγραμμα θεραπευτικής εκπαίδευσης των χρόνια πασχόντων (ETP) παρέχει εξατομικευμένη βοήθεια και διευκολύνει τους ασθενείς να διαχειριστούν τη ζωή τους και να ενταχθούν ομαλά στη κοινωνία. Η πιλοτική εφαρμογή στοχευμένων πρακτικών δημόσιας υγείας, όπως το ETP, παρέχει προστιθέμενη αξία σε επίπεδο αγωγής υγείας, κατάρτισης του εθνικού κώδικα δεοντολογίας για τους ασθενείς και εμπειρίας των εμπλεκόμενων υπηρεσιών.

Οι περιφερειακές δομές δημόσιας υγείας τηρούν επαγγελματικά μητρώα λόγω της αρμοδιότητάς τους για την έκδοση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος υγείας και τη σειρά προτεραιότητας για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας από τα δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον έχουν την ευθύνη της πρακτικής εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών. Στο πλαίσιο αυτό και για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, πολύ χρήσιμες μπορεί να αποδειχθούν οι πρωτοβουλίες συμμόρφωσης και αριστείας κατά τα διεθνή πρότυπα πιστοποίησης.

Η σημερινή πολυπολιτισμική πραγματικότητα φέρνει καθημερινά τους επαγγελματίες υγείας με ασθενείς και οικογένειες διαφορετικής κουλτούρας και αναδεικνύει ζητήματα κατάλληλης γλωσσικής και πολιτισμικής εκπαίδευσης για την παροχή ποιοτικής ιατρικής φροντίδας (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, Normand, 2003, Belintxon, López - Dicastillo, 2014). Ειδικά στη χώρα μας με την αύξηση του ποσοστού μετανάστευσης, η διαχείριση της υγείας των αλλοδαπών αποτελεί πρόκληση. Επιπλέον από τις καθαρά επιστημονικές δεξιότητες των φροντιστών υγείας απαιτείται η ανάπτυξη μοντέλου επαγγελματικής «πολιτισμικής» επάρκειας για την αποφυγή στερεοτύπων και προκαταλήψεων που διακυβεύουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και ενισχύουν τις φυλετικές ανισότητες υγείας (Kim-Godwin, Clarke, Barton, 2001).

Προγράμματα εθελοντικής διαπίστευσης ιατρών, νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών, φαρμακοποιών και κοινωνικών λειτουργών που στηρίζονται σε διεθνή κριτήρια πιστοποίησης όπως του προτύπου συμμόρφωσης επαγγελματικής ιατρικής φροντίδας της γαλλικής

Ανώτατης Αρχής Υγείας (HAS) ή του αμερικάνικου ECFMG, συμβάλουν στην ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, αναδεικνύουν τις ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανάπτυξης επαγγελματικών πολιτισμικών δεξιοτήτων και συνδράμουν στο σχεδιασμό του κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας.

Στο πλαίσιο του περιφερειακού σχεδιασμού ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας, οι Περιφέρειες διαχειρίζονται τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» (ΕΣΠΑ 2007 - 2013), που εφαρμόζουν οι δήμοι της χώρας. Το αμερικάνικο μοντέλο PCMH είναι εξειδικευμένο πρότυπο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα περιφερειακά τμήματα υγείας για την αύξηση της απόδοσης στην παροχή ολοκληρωμένης, τεκμηριωμένης και συντονισμένης κοινωνικής φροντίδας και βοήθειας στο σπίτι που βελτιώνει την πρόσβαση του ασθενούς στη υγεία.

Αντίστοιχη πρωτοβουλία που μπορεί να αναπτυχθεί σε επίπεδο Περιφερειακών Ενοτήτων και σε συνεργασία με τους δήμους της ίδιας γεωγραφικής εμβέλειας, είναι ο συντονισμένος σχεδιασμός συγχρηματοδοτούμενων πιλοτικών κέντρων υγείας κατά τα πρότυπα walk in centres και walk in clinics για την εξυπηρέτηση της πρωτοβάθμιας και προληπτικής υγείας. Άλλωστε η σκοπιμότητα της συγκεκριμένης πρακτικής έχει ήδη εκτιμηθεί σε εθνικό επίπεδο (μελέτη ΑΚεΠΥ) και συμφωνεί με την πολιτική πολλών δήμων που λειτουργούν τοπικά ιατρεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη σύγχρονη εποχή το ζήτημα της υγείας έχει χαρακτήρα πολυδιάστατο ενώ η βελτίωση της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών προστασίας της δημόσιας υγείας είναι δυναμική και αέναη διαδικασία.

Στην Ελλάδα, το προσφερόμενο επίπεδο υγείας είναι εξαιρετικά χαμηλό σύμφωνα με την ευρωπαϊκή κατάταξη (Euro Health Consumer Index 2014). Η χώρα φαίνεται να υπολείπεται από τη συστηματική εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένων, οικονομικά αποτελεσματικών και κοινωνικά αποδεκτών πολιτικών φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Σε επίπεδο διοίκησης, η διεθνής πρακτική αναφορικά με τον ενεργό ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης στη διαχείριση της υγείας του πληθυσμού, έχει δείξει ότι μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών καθώς και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος.

Η πολυεπίπεδη διακυβέρνηση είναι διεθνώς δύσκολη διαδικασία σε επίπεδο συνεννόησης και σύγκλισης στόχων. Άλλωστε η τοπική αυτονομία ενέχει κινδύνους διαφορετικότητας στη πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, οι περιφερειακές ανισότητες στο εσωτερικό της Ελλάδας μεγάλωσαν και τα φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας ειδικά στις αστικές περιοχές έχουν διευρυνθεί αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης αρνητικών επιπτώσεων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Παρόλο που μπορεί να ακούγεται ιδιαίτερα ουτοπική η ιδέα της αποκέντρωσης για την αντιμετώπιση των ζητημάτων κοινωνικής βιωσιμότητας, υπάρχουν και άλλα παραδείγματα, διεθνώς, όπου έχουν χρησιμοποιηθεί ανάλογες πρακτικές για την κοινωνική ανάπτυξη «ευαίσθητων» περιοχών. Η περίπτωση του εθνικού σχεδίου για την τοπική ανάπτυξη της канаδικής κυβέρνησης του Paul Martin (2003-2006), «New Deal», αποτελεί ανάλογη προσπάθεια που στηρίχθηκε σε τρεις βασικές συνιστώσες: πρόβλεψη μακροπρόθεσμης χρηματοδότησης για όλους τους δήμους, μεγαλύτερη συνεργασία των τριών επιπέδων διακυβέρνησης (κράτος, ομοσπονδίες, δήμοι) στη χάραξη της αναπτυξιακής πολιτικής και έρευνα για τη βελτίωση των επιπτώσεων των ομοσπονδιακών πολιτικών στις πόλεις και τις τοπικές κοινωνίες. Η αμφίδρομη σχέση μεταφοράς της γνώσης της πολιτικής και της μάθησης καλών πρακτικών μεταξύ όλων των διοικητικών δομών αποτελεί δυναμική για την ενσωμάτωση της τοπικής πρωτοβουλίας στις εθνικές στρατηγικές και την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών και των αναδυόμενων αναγκών (Bradford, 2007).

Άλλωστε η προώθηση της παγκόσμιας διακυβέρνησης για την υγεία, επιβάλλει την συνεργασία και το συντονισμό μεταξύ πολλών τομέων για την από κοινού διερεύνηση καινοτόμων πολιτικών, μέσων και ρυθμιστικών πλαισίων. Ο τομέας της υγείας πρέπει να είναι εξωστρεφής και να διαθέτει τις αναγκαίες γνώσεις και δεξιότητες καθώς και την εντολή να λάβει μια συστηματική προσέγγιση που θα υιοθετηθεί από όλες τις εθνικές και τοπικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Kickbusch, Gleicher, 2012).

Συμπεράσματα

Στο σημείο αυτό θα συνοψίσουμε στα πορίσματα της παρούσας μελέτης αναφορικά με τα εμπόδια και τις ευκαιρίες βελτίωσης της ποιότητας στην Περιφερειακή Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα.

Από τη μία πλευρά:

- ⚡ Η περιφερειακή αυτοδιοίκηση είναι πρόσφατη διοικητική δομή και εφαρμόστηκε στο πλαίσιο της διοικητικής κρατικής ανασυγκρότησης που δεν προέβλεψε ενδιάμεση χρονική περίοδο προσαρμογής για την ομαλή μετάβαση, την εναρμόνιση των λειτουργιών, την κατανόηση των νέων ρόλων και την ενσωμάτωση των εμπλεκόμενων φορέων και του προσωπικού στις νέες συνθήκες προς όφελος της δημόσιας διοικητικής αποτελεσματικότητας.
- ⚡ Εν μέσω εξαιρετικά δυσμενών εθνικών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, η δραστική μείωση της κρατικής χρηματοδότησης για δημόσια υγεία και πρόνοια, ο νομοθετικός πληθωρισμός, η δραστική μείωση του ανθρώπινου δυναμικού στους ΟΤΑ και η εργασιακή ανασφάλεια και απογοήτευση αποτελούν αρνητικούς παράγοντες αποδοτικής παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- ⚡ Ο ρόλος και η συμμετοχή των Περιφερειών στις υπηρεσίες υγείας, πρόληψης και προαγωγής είναι περιορισμένος και, εκτός εξαιρέσεων, εξαντλείται σε εκτελεστικές αρμοδιότητες διεκπεραίωσης αιτημάτων, αδειοδότησης και υγειονομικού ελέγχου σε αντίθεση με το γενικότερο ευρωπαϊκό καθεστώς, όπου η περιφερειακή αυτονομία παίζει καθοριστικό ρόλο στο σχεδιασμό, εφαρμογή και ποιότητα της δημόσιας υγείας.
- ⚡ Παρότι τα διεθνή συστήματα διοικητικής οργάνωσης χαρακτηρίζονται, κατά βάση, από τη διακριτότητα των ρόλων και αρμοδιοτήτων μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και τη συνέργεια σε όλα τα επίπεδα δημόσιας υγείας, στη χώρα μας διαπιστώνονται ζητήματα αλληλεπικάλυψης αρμοδιοτήτων, ασάφειας ρόλων και ασυνέχειας στις δράσεις υγείας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων διοίκησης.

- ⇓ Εξαιρετικά περιορισμένη είναι η συμμετοχή των περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας στην χρήση ευρωπαϊκών χρηματοδοτικών εργαλείων για την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων δράσεων και την υιοθέτηση «καλών πρακτικών».
- ⇓ Δεν εφαρμόζονται συστήματα έρευνας και καταγραφής των τοπικών αναγκών πρόληψης και προαγωγής υγείας για την ανάπτυξη του περιφερειακού σχεδιασμού δημόσιας υγείας.
- ⇓ Η Περιφερειακή δημόσια υγεία υπολείπεται σε επίπεδο οργανωσιακής κουλτούρας, εφαρμογής συστημάτων ποιότητας αλλά και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σε θέματα υγείας.
- ⇓ Το νομοθετικό πλαίσιο αποθαρρύνει την εισαγωγή συστημάτων ποιότητας, τυποποίησης και προτύπων στην παροχή της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης από τις Περιφερειακές Υπηρεσίες.

Από την άλλη:

- ↑ Προτεραιότητα της εθνικής στρατηγικής υγείας αποτελεί η εξυγίανση και η βελτίωση της ποιότητας του εθνικού υγειονομικού συστήματος.
- ↑ Παράλληλα, ο εθνικός σχεδιασμός έχει υιοθετήσει τις διεθνείς στρατηγικές και προτεραιότητες για τη διαχείριση της επικινδυνότητας και τη προστασία τη δημόσιας υγείας.
- ↑ Υφίσταται εθνικό νομοθετικό πλαίσιο για την αξιολόγηση των δομών και για τη βελτίωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων της δημόσιας διοίκησης.
- ↑ Ο ελληνικός δημόσιος τομέας βρίσκεται σε περίοδο αξιολόγησης των δομών του
- ↑ Το νομοθετικό πλαίσιο επιτρέπει την ενίσχυση των περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας με εξειδικευμένο και έμπειρο στελεχιακό δυναμικό προκειμένου να αξιοποιηθεί και η σχετική εμπειρία από την ανάπτυξη βέλτιστων πρωτοβουλιών πρόνοιας και προαγωγής υγείας.
- ↑ Υπάρχει πλήθος διεθνών καλών πρακτικών για τη διοίκηση της υγείας και στοχευμένων εφαρμογών για την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, που η περιφερειακή αυτοδιοίκηση ενδείκνυται να προσαρμόσει και εφαρμόσει στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της.
- ↑ Υπάρχουν ευρωπαϊκά εργαλεία για τη χρηματοδότηση πολιτικών βελτίωσης του επιπέδου δημόσιας υγείας και εφαρμογών ΤΠΕ στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας.

Ϡ Υπάρχουν δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας στη παροχή δημόσιας υγείας που δεν προκαλούν άμεσο οικονομικό κόστος ή τουλάχιστον δεν υπερβαίνουν τους στόχους του περιορισμένου κρατικού προϋπολογισμού.

Αναφορικά με τα ευρήματα και τη προσφορά της παρούσας μελέτης :

- ✓ Διαπιστώνεται ότι ζητήματα της προηγούμενης κρατικής διοικητικής δομής του Προγράμματος «Καποδίστρια», αναφορικά με την συγκεντρωτική λογική του σχεδιασμού, της πολιτικής και της διοίκησης υγείας, δεν αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά κατά την εφαρμογή της νέας μεταρρύθμισης του Προγράμματος «Καλλικράτη» (Κυριόπουλος και συν., 2010).
- ✓ Διαπιστώνεται ότι η οικονομική κρίση δεν επηρεάζει μόνο την υγεία των ανθρώπων αλλά και τους λοιπούς παράγοντες που σχετίζονται με την παροχή της.
- ✓ Επισημαίνονται τα προβλήματα και προτείνονται βελτιώσεις στη διοίκηση του εθνικού συστήματος δημόσιας υγείας.
- ✓ Ενισχύεται η ιδιαίτερα φτωχή ελληνική βιβλιογραφία αναφορικά με το επίπεδο λειτουργίας και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης. Ειδικά για την αξιολόγηση της περιφερειακής διοίκησης στην υγεία, αποτελεί πιθανόν μοναδική εργασία καθώς δεν βρέθηκε άλλη κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.
- ✓ Εμπλουτίζεται η σχετικά περιορισμένη διεθνή αρθρογραφία αναφορικά με τη συγκριτική αξιολόγηση των εθνικών συστημάτων υγείας σε διοικητικό και οργανωτικό επίπεδο.

Προτάσεις

Οι προτάσεις βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας της περιφερειακής διοίκησης αφορούν σε θεσμικό, οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο και συγκεκριμένα:

α) στον εξορθολογισμό του θεσμικού οργανωτικού πλαισίου με σκοπό την αποσαφήνιση των ρόλων στα διάφορα επίπεδα διοίκησης, την αντιμετώπιση της αλληλεπικάλυψης των αρμοδιοτήτων, την προσθήκη ειδικών ρυθμίσεων διασφάλισης της συνέργειας μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και της συμπληρωματικότητας των δράσεων καθώς και την κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την απλοποίηση των διαδικασιών και την αύξηση της αποτελεσματικότητας στη διοίκηση και την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας

β) την εισαγωγή μεθόδων αυτοαξιολόγησης και εφαρμογή προτύπων πιστοποίησης με σκοπό την ανάπτυξη πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, τη συμμόρφωση με τα εθνικά και διεθνή πρότυπα, τη τυποποίηση των διαδικασιών στη διοίκηση και την παροχή υγείας, τη

διασφάλιση της διαχειριστικής επάρκειας, την ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας και την χρήση εργαλείων διοίκησης ολικής ποιότητας.

γ) την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού με την ορθολογική αξιοποίηση των δημοσίων υπαλλήλων, τη χρήση του νομοθετικού πλαισίου και την εφαρμογή ειδικών κινήτρων με σκοπό την εκμετάλλευση της υπάρχουσας τεχνογνωσίας, του μορφωτικού επιπέδου και των δεξιοτήτων αλλά και τη τόνωση της εργασιακής ικανοποίησης.

δ) την αύξηση της εφαρμογής βέλτιστων πρωτοβουλιών αγωγής, πρόληψης και συμβουλευτικής υγείας με σκοπό την αξιολόγηση και τη τεκμηρίωση των αναγκών, την αποδοτικότητα του συστήματος δημόσιας υγείας, την αύξηση της ικανοποίησης των πασχόντων και τη δημιουργία εμπειριών και προστιθέμενης αξίας στο πεδίο της υγείας.

ε) την ενίσχυση της συνεργατικότητας των Υπηρεσιών δημόσιας υγείας με την ανάπτυξη ενιαίου εθνικού δικτύου διασύνδεσης, συντονισμού, εξωστρέφειας και αλληλοϋποστήριξης των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης.

Οι ειδικές εισηγήσεις που προτείνονται είναι:

1. Η εφαρμογή του νόμου για τη Διοίκηση μέσω Στόχων από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης με την άρση των σχετικών άρθρων από το νόμο 3852/2010 και η χρήση του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης.
2. Η διεξαγωγή πρωτογενούς έρευνας για τη λειτουργία και το επίπεδο ποιότητας των Περιφερειακών Διευθύνσεων της χώρας καθώς διανύουμε, ήδη, τη δεύτερη εκλογική περίοδο τοπικής αυτοδιοίκησης από την εφαρμογή του πρόσφατου προγράμματος διοικητικής μεταρρύθμισης «Καλλικράτης». Η έρευνα θα έχει σκοπό να διαφωτίσει σχετικά με τη σημασία και την αποτελεσματικότητα των τοπικών δομών και μηχανισμών στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
3. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αποδοτικότητας της υγείας και της συμμετοχής της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή της, με αφορμή τους καλούς δείκτες υγείας που εμφανίζουν οι σκανδιναβικές χώρες με προχωρημένα μοντέλα αποκεντρωμένης διοίκησης και επειδή η σχετική διεθνής βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.

Η ποιότητα στο δημόσιο τομέα επιτυγχάνεται, καταρχήν, από την πρόθεση των κυβερνήσεων, των συστημάτων και των τοπικών οργανισμών να υποβάλλονται σε κριτική αξιολόγηση και να υιοθετούν αλλαγές και νέες διαδικασίες. Τα πρότυπα και πρωτόκολλα οδηγιών είναι εργαλεία που βοηθούν αλλά δε διασφαλίζουν την πρόοδο. Σύμφωνα, μάλιστα, με τον πρώην διευθύνων σύμβουλο της JCI Ramponi το 2008 (όπως αναφέρεται στο Engel, Hermann, Andersen, 2014), τα πρότυπα και η πιστοποίηση δεν αποτελούν πανάκεια στη προσπάθεια

βελτίωσης του επιπέδου ποιότητας καθώς ο κίνδυνος εμμονής σε γραφειοκρατικές διαδικασίες, κατά την εφαρμογή τους, οδηγεί σε σπατάλη περισσότερης ενέργειας για την επίδειξη συμμόρφωσης παρά για την πραγματική θέληση για αλλαγή και βελτίωση.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Βιβλία

Ιωάννου, Σ., Κούτα, Χ., Χαραλάμπους, Ν. (2009). Αναλυτικό Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Υπουργείο Παιδείας & Πολιτισμού Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου, έκδοση 2010, κεφ 4

Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας Θεωρία και κλινική πράξη. Τυπωθήτω, Αθήνα, κεφ 1

Κρεμαλής, Κ. (1987). Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Από τις κοινωνικές ασφαλίσεις ασθένειας στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας. έκδοση του ιδίου, Αθήνα, 67-84

Κρεμαλής, Κ. (2011). Δίκαιο της Υγείας, Γενικές Αρχές των Κοινωνικών Υπηρεσιών Υγείας. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 5-8

Κουρέα-Κρεμαστινού, Τζ. (2007). Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Τεχνόγραμμα, Αθήνα, Ενότητες 1 & 4

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης, Κ., Αθανασάκης, Κ., Καραμπλη, Ε., Καρελα, Α., Μυλωνά, Κ., Τριτακη, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία. Παπαζήσης ΑΕΒΕ, Αθήνα, κεφ. 1,4,6,7 & 8

Κυριόπουλος, Γ. (2007). Τα Οικονομικά της Υγείας, Βασικές Έννοιες Αρχές και Μέθοδοι. Παπαζήσης ΑΕΒΕ, Αθήνα, κεφ.6

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας Α' Τόμος. ΒΗΤΑ, Αθήνα, κεφ 2

Μαΐστρος, Π. (2009). Τα τρία Κύματα μεταρρυθμίσεων της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα (1975-2015+). Παπαζήσης, Αθήνα, κεφ 3

Rice, T. (2003). Τα Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση. Κριτική ΑΕ, Αθήνα 2006, Παράρτημα

Σώκου, Κ. (1999). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, κεφ 1

Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και υγεία. Οδυσσέας, Αθήνα

Χλέτσος, Μ. (2011). Οικονομικά της υγείας. Πατάκη, Αθήνα, κεφ 2

Χούκλη, Μ. (2008). Ευρωπαϊκή Ένωση και Δημόσια Υγεία. Mediforce Services AS, Αθήνα, 47-214

Στάππα-Μουρτζίνη, Μ. (2010). Αγωγή Υγείας Βασικές Αρχές – Σχεδιασμός Προγράμματος. Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα, κεφ 1

Άρθρα - Εργασίες - Μελέτες

Βασιλόπουλος, Α. (2009). Η περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος 49

Βασιλόπουλος, Α. (2008). Το Δικαίωμα Προστασίας της Υγείας. Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος 46

Γκέκας, Ρ., Μήτσου, Κ. (2009). Η πρόσφατη Διοικητική Μεταρρύθμιση στη Δανία – Ομοιότητες και διαφορές με το «Ελληνικό πείραμα». Επιθεώρηση Τ.Α., Τεύχος 120: 39-42.

Γκέκας, Ρ., Μήτσου, Κ. (2011). Η Ευρωπαϊκή Τοπική Αυτοδιοίκηση Συγκριτικά Στοιχεία και Πολιτικές. ΕΕΤΑΑ, Αθήνα

- Γκίτζα, Β. (2010). Διοικητική Αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ενός ΟΤΑ β' βαθμού Η περίπτωση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Εύβοιας. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Χαλκίδα
- Ευκαρπίδης, Α. (2011). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(3):48-52
- ΕΛΙΝΥΑΕ. (2012). Μελέτη για την επίδραση της αναδιάρθρωσης «Καλλικράτης» στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στη Τοπική Αυτοδιοίκηση. Hygeia in Kallikratis, Αθήνα
- ΕΣΔΥ (2011). Μελέτη Εκτίμησης Αναγκών και Εφαρμογής Ανοικτών Κέντρων Προστασίας τη Υγείας για την Τοπική Αυτοδιοίκησης. ΕΣΠΑ 2007-2013, Τομέας Υγεία – Πρόνοια, Αθήνα
- Ιωαννίδη, Β. (2003). Η Αγωγή Υγείας ως μέσο γνώσεων, αξιών και δεξιοτήτων στη σύγχρονη εκπαιδευτική πραγματικότητα. Πρακτικά του 2ου Πανελληνίου Συνεδρίου του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης, Αθήνα, 490-496
- Κατσικας, Δ., Καρακίτσιος, Α., Φιλίνης, Κ., Πετραλιάς, Α. (2014). Έκθεση για το κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας σε σχέση με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ανισότητα πριν και μετά από την εκδήλωση της κρίσης. ΕΛΙΑΜΕΠ, Αθήνα
- Κοινωνικό Πολύκεντρο. (2014). Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση : Τα οικονομικά της, η εκχώρηση αρμοδιοτήτων και οι επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό και στα Δημόσια Αγαθά, Αθήνα
- Κουζής, Γ., Δημουλάς, Κ., Μητράκος, Θ., Φιλιπούλου, Μ., (2013). Επιπτώσεις των περιοριστικών πολιτικών στις δημόσιες υπηρεσίες, δημόσια αγαθά και ανθρώπινο δυναμικό της δημόσιας διοίκησης Κοινωνικό Πολύκεντρο, Αθήνα
- Κουτσούκαλης, Ε. (2010). Συγκριτική ανάλυση των Συστημάτων Υγείας της ΕΕ. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς
- Μαζιώτη, Γ., Pascual, C., Μάλλιου, Ν., Σαχίνη, Ε. (2015). Η ελληνική συμμετοχή στα προγράμματα Health και Innovative Medicines Initiative στο 7ο Πρόγραμμα Πλαίσιο για την Έρευνα της ΕΕ την περίοδο 2007-2013. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Αθήνα
- Μαζαράκη, Η. (2012). Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό. Αχαϊκή Ιατρική, 31(1)
- Μαματζάκη, Ε. (2012). Αρμοδιότητες Δημόσιας Υγείας στην Ελληνική Τοπική Αυτοδιοίκηση:Ελλάδα και Ευρωπαϊκές χώρες - Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο
- Πάβη, Ε., Σκρουμπέλος, Α., Κουλιεράκης, Γ., Βελονάκης, Ε., Κυριόπουλος, Γ. (2011). Προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα. ΕΣΔΥ, Αθήνα
- Παπαθανασίου, Β. (2009). Αγωγή και προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον: Βασικές αρχές και μεθοδολογία. Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, Τεύχος 15:47-60
- Παπούλιας, Δ., Αντωνίου Α., Γεωργίου Γ., Γκέκα Ρ., Καραγάνη Τ., Μήτσου Κ., Παράσχο Μ., Σαπουνάκη Τ. (2008). Η Θωράκιση της Αιρετής Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης με Φορολογικούς Πόρους. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Αθήνα
- Πράπα, Π., Φακή, Μ. (2008). Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία». Info Respiratory, Τεύχος 51
- Τούντας, Γ.Κ. (2006). Προαγωγή Υγείας. Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Τούντας, Γ., Δημητρακάκης, Χ., Bollars, C., van den Broucke, S., Kok, H., Molleman, G. (2007). Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας - Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUICP. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):79–88

Φεργαδάκη, Μ. (2011). Κοινωνική πολιτική υγείας στη τοπική αυτοδιοίκηση: η περίπτωση του Δήμου Ν. Αλικαρνασού. *Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο*

Χαραλάμπους, Π., Κλεισιάρης, Χ. (2008). Η συνεισφορά τη αγωγής υγείας στην ψυχική υγεία: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *e-Journal of Science & Technology*, 2(3):19-32

Ψυχάρης, Ι., Σιμάτου, Ε. (2003). Η οργάνωση της δημόσιας διοίκησης και περιφερειακό και τοπικό επίπεδο στην Ελλάδα. *Σειρά Ερευνητικών Εργασιών*, 9(29):645-684

Ξενογλώσση

Anell, A., Glengård. AH., & Merkur. S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5):1–159

Anderson, LM., Scrimshaw, SC., Fullilove, M.T., Fielding, JE., Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med*, 24(3):68-79.

Beitsch. LM., Thielen, L., Mays, G., Brewer, RA., Kimbrell, J., Chang, C., Gillen, S., Corso, .L, Landrum, LB. (2006). The multistate learning collaborative, states as laboratories: informing the national public health accreditation dialogue. *Journal of Public Health Management and Practice*, 12(3):217-31

Belintxon, M., López-Dicastillo, O. (2014). The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review, *Gobierno de Navarra*, 37(3): 401-409

Boorse, C. (1997). A rebuttal on health, In Humber JM, Almeder RF, editors *What is Disease?*. Humana Press Inc. New Jersey, 1: pp 1-134

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44:542-73

Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1):1–486

Bowman, S., Unwin, N., Critchley, J., Capewell, S., Hussein, A., Ünal, B., Fouad, F., Romdhane, BH., Maziak W. (2012). Use of evidence in developing healthy public policy: a policy effectiveness-feasibility loop. *Bull World Health Organization*, 90 (11): 847–853

Bradford, N. (2007). Whither the Federal Urban Agenda? A New Deal in Transition. Research Report F/65 Family Network. Canadian Policy Research Networks Inc, Ottawa

Broesskamp-Stone, U., Ackerman, G. (2010). Best Practice – A normative framework for optimal health promotion and disease prevention. *Health Promotion Switzerland*

Bryndová, L., Pavloková, K., Roubal, T., Rokosová, M., Gaskins, M. (2012). Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(1): 1–159

Bury, JA. (1988). *Education pour la santé : concepts enjeux planifications*, Bruxelles. De Boeck Université, (Savoirs & santé.), DA00/123, DA00/124

- Chalder, MA., Sharp, DB., Moore, LA., Salisbury, CB. (2003) Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: Time series analysis. *British Medical Journal*, 326 (7388): 532-534
- Daley, C., Gubb, J. *Healthcare Systems: The Netherlands*. Updated by Clarke E (2011) & Bidgood E (2013). Civitas: Institute for the Study of Civil Society
- Daley, C., Gubb, J. (2007). *The Swiss Health System*. Civitas: Institute for the Study of Civil Society
- Draijer, J., & Williams, T. (1991). *School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community*. The Commission of the European Communities
- Engel, C., Hermann, N., Andersen, HB. (2014). Over Implementation of Quality Standards: A Threat to Patient Safety and Work Conditions - The Danish Experience. 3rd Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Health Care, Stavanger, Norway
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, MB., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4):1–295
- Georgieva, L., Salchev, P., Dimitrova, S., Dimova, A., Avdeeva, O. (2007). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1): 1–156
- Green D & Irvine B, (2001). *Healthcare Systems: Germany*. Updated by Clarke, E. (2012) & Bidgood, E. (2013). Civitas: Institute for the Study of Civil Society
- Green, D., & Irvine, B. (2001). *Healthcare Systems: France*. Updated by Clarke, E. (2012) & Bidgood, E. (2013). Civitas: Institute for the Study of Civil Society
- Hansen, A. (2010). The Danish Healthcare Quality Programme (DDKM). *(E)Hospital*, 12(5):30–31
- Healy, J., Sharman, E., Lokuge, B. (2006). Australia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(5): 1–158.
- Hearne, S., Castrucci, BC., Leider, JP., Rhoades, EK., Russo, P., Bass, V. (2015). The Future of Urban Health: Needs, Barriers, Opportunities, and Policy Advancement at Large Urban Health Departments. *Journal of Public Health Management and Practice*, 21 (Suppl 1):S4-13
- Joly, BM., Shaler, G., Booth, M., Conway, A., Mittal P. (2010). Evaluating the Multi-State Learning Collaborative. *Journal of Public Health Management and Practice*, 16(1):61-6
- Ingram, RC., Bender, K., Wilcox, R., Kronstadt, J. (2014). Consensus-Based Approach to National Public Health Accreditation. *Journal of Public Health Management Practice*, 20(1): 9–13
- Kahan, B., Groulx, D., Pui-Hing Wong, J. (2007). Interactive Domain Model (IDM) Best Practices Approach to Better Health: Follow-up to IDM Use and Impacts. Department of Public Health Sciences, University of Toronto
- Kanamaru, M. (2005). *Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems*. Institute for International Cooperation, Japan International Cooperation Agency, 10-5
- Kickbusch, I., David Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century* World Health Organization, Denmark
- Kim-Godwin, YS., Clarke, PN., Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *J Adv Nurs*, 35(6):918-25

- Larson, SA., Chapman, SA. (2013). Patient-Centered Medical Home Model: Do School-Based Health Centers Fit the Model?. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 14(3-4):163-74
- Lo Scalzo, A., Donatini, A., Orzella, L., Cicchetti, A., Profili, S., Maresso, A. (2009). Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(6)1-216
- Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., Revue, E., Weber, E.J. (2014). Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; A review study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22 (1) : 1-7
- Mapelli, V. (2007). The Performance of the Regional Health Systems in Italy. iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper
- Matsuda, R. (2013). The Japanese Health Care System, 2013. International profiles of Health Care Systems The Commonwealth Fund
- Olejaz, M., Nielsen, AJ., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2):1 – 192
- Popovich, L., Potapchik E., Shishkin, S., Richardson, E., Vacroux, A., Mathivet, B. (2011). Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(7):1–190
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, LY., Barnes, AJ., Saltman, RB., van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(3): 1– 431
- Rudkjøbing, A., Olejaz, M., Birk, HO., Nielsen, J., Hernández-Queved, C., Krasnik, A.(2012). Integrated care: a Danish perspective. *BMJ*, 345:e4451
- Salisbury, CA., Munro, JB. (2003). Walk-in centres in primary care: A review of the international literature. *British Medical Journal*, 53 (486): 53-59
- Schmidt, J. (2009). Η έννοια της Υγείας - στην ιστορία της ιατρικής, στα κείμενα του Χάνεμανν και στην ομοιοπαθητική σήμερα. *Μετάφραση Βάθης, Α. Ομοιοπαθητικά Νέα*. 2010, 17:18-23
- Täljedal, IB. (2004). Strong holism, weak holism, and health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7: 143–148
- Vuorenkoski, L., Mladovsky, P., Mossialos, E. (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 10(4): 1–168
- Welch, V., Tugwell, P., Morris, EB. (2008). The equity-effectiveness loop as a tool for evaluating population health interventions. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 10:83-96
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *Lancet*, 338:1059-1063.
- Wiezer, N., Nielsen, K., Pahkin, K., Widerszal-Bazyl, M., De Jong, T., Mattila-Holappa, P., Mockało, Z. (2011). Exploring the link between restructuring and employee well-being. *PSYRES Consortium*

Άλλες πηγές

N.1426 /1984 (ΦΕΚ 32, τ. Α'). Για την κύρωση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη

N. 2218/1994 (ΦΕΚ 90, τ. Α'). Ίδρυση νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις

N.2519/1997 (ΦΕΚ 165, τ. Α'). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας... και άλλες διατάξεις

N.2503/97 (ΦΕΚ 107, τ. Α'). Διοίκηση –οργάνωση στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την Τοπική Αυτοδιοίκηση

N. 2539/4-12-97 (ΦΕΚ 244. τ. Α'). Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Απόφαση αριθ. 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)

N.3172/2003 (ΦΕΚ 197, τ. Α'). Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις

Γνωμοδότηση αριθ. 2003/С 256/04 της Επιτροπής των Περιφερειών με θέμα Η συνέχεια της Λευκής Βίβλου για την Ευρωπαϊκή Διακυβέρνηση

N.3230/2004, (ΦΕΚ 44, τ. Α'). Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους μέτρησης της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις

N.3370/2005 (ΦΕΚ 176, τ. Α'). Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις

Εγκύκλιος ΔΙΠΑ/Φ.1/6-4-2005. Εγκύκλιος για την εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης των Δημοσίων υπηρεσιών, ΥΠΕΣΔΔΑ

Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) 2006. Βελτιώνοντας μία δημόσια οργάνωση μέσω της αυτό-αξιολόγησης μία δημόσια οργάνωση μέσω της αυτό-αξιολόγησης. ΥΠΕΣΔΔΑ

ΔΙΠΑ/9381/8-5-2006. Ειδικά Βραβεία Δημοσίων Υπηρεσιών. ΥΠΕΣ

ΔΙΠΑ/Φ.7/οικ.25016/2008. Προκήρυξη 2ου Εθνικού Βραβείου Ποιότητας Δημοσίων Υπηρεσιών, Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού – Υποβολή Αιτήσεων Υποψηφιότητας. ΥΠΕΣ

N.3463/2006 (ΦΕΚ 114, τ. Α'). Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων

Απόφαση αριθ. 1350/2007/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2008-2013

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012

Άρθρο 5, Σύνταγμα της Ελλάδας, Η' Αναθεωρητική Βουλή των Ελλήνων της 27ης Μαΐου 2008

Αιτιολογική Έκθεση του σχεδίου νόμου «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης». (2010). Εισήγηση της κυβέρνησης προς τη Βουλή των Ελλήνων. Γενικό Μέρος.

N.3852/2010 (ΦΕΚ 87, τ. Α'). Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης

Π.Δ 129 - 133, 137, 140 & 144 - 149/2010 για τους Οργανισμούς Εσωτερικής Υπηρεσίας» των 13 Περιφερειών της χώρας

N.3892/2010 (ΦΕΚ 189, τ. Α'). Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων

N.3918/2011 (ΦΕΚ 31, τ. Α'). Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις

N.4024/11 (ΦΕΚ 226, τ. Α'). Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο - βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015.

ΥΥΚΑ & Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (2011), Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων

N.4052/2012 (ΦΕΚ 41, τ. Α'). Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.

Εγκύκλιος αριθ. Υ1/Γ.Π.οικ.117443/11-12-2012 Υπουργείου Υγείας. Προγράμματα καταπολέμησης των κουνουπιών, σχετική ενημέρωση και προφύλαξη του κοινού

Λευκή Βίβλος για τη Διακυβέρνηση, 2012, ΥΔΜΗΔ

N.4178/13 (ΦΕΚ 174, τ. Α'). Αντιμετώπιση της Αυθαίρετης Δόμησης – Περιβαλλοντικό Ισοζύγιο και άλλες διατάξεις

Μητρώο Μισθοδοτούμενων Ελληνικού Δημοσίου. Εξέλιξη της απασχόλησης στο Δημόσιο Τομέα (31.12.2009 - 31.12.2013), Στοιχεία προσωπικού ΟΤΑ (2014)

282/2014/ΕΚ σχετικά με τη θέσπιση τρίτου Προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014-2020)

Ετήσιος Απολογισμός Πεπραγμένων Περιφέρειας Κρήτης 2014, Ηράκλειο, 2015

Ετήσιοι Απολογισμοί Πεπραγμένων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, 2012, 2013 και 2014, Θεσσαλονίκη 2013,2014 και 2015

Ετήσιος Απολογισμός Πεπραγμένων Περιφέρειας Αττικής 2012 και 2013, Αθήνα, 2013 και 2014

Ετήσιος Απολογισμός Πεπραγμένων Περιφέρειας Ηπείρου 2011, 2012, Ιωάννινα, 2012 και 2013

Décision n°2014.0202/DC/MSP du 8 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales

Greece – Country Note – Education at a Glance 2014: OECD Indicators

Guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation. Haute Autorité de Santé, 2005

Euro Health Consumer Index 2014 Report. Health Consumer Powerhouse, 2015

Quality Improvement in Public Health: Lessons Learned from the Multi-State Learning Collaborative, Research Insights, Academyhealth

The Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) - A presentation. (2007). Swedish Association of Local Authorities and Regions. Stockholm, Order No – 5181

Walk-in centre review: final report and recommendations (2014), Monitor:Independent Regulator of Foundation Trusts, London

WHO (1946), Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946, Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005

California School Health Centers Association. (2013). Patient-Centered Medical Home: How Are California School-Based Health Centers Relating to This New Model of Care? National Committee for Quality Assurance. Patient-Centered Medical Home (PCMH) 2014

ΙΣΤΟΧΩΡΟΙ

<http://iatrikionline.gr/>

<http://eurohealthnet.eu/>

<http://www.inioxos.gr/abc/index.htm>

http://www.moec.gov.cy/agogi_ygeias/

<http://www.salar.eu>

http://www.academyhealth.org/files/interestgroups/phsr/AH_RI_Quality_Improvement.pdf

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.e-trikala.gr>

<http://dccg.gr>

<https://www.healthvoucher.gr>

<http://www.conops.gr>

<http://www.nsph.gr>

<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca>

<http://library.umassmed.edu/ebpph/index.cfm>

<http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/section/Ethsies-Ektheseis>

<http://www.espa.gr/el/Pages/eLibrary.aspx>

<http://metrics.ekt.gr/el/sxetika>

<http://www.interreg4c.eu/good-practices/>