

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ ”.

Πτυχιακή Εργασία

της σπουδάστριας: Τζερμιαδιανού Ασπασίας

Υπεύθυνος καθηγητής

Παπαδημητρίου Μαρία

Πάτρα

Οκτώβρης 1994



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ ”.

Πτυχιακή Εργασία

της σπουδάστριας: Τζερμιαδιανού Ασπασίας

Υπεύθυνος καθηγητής

Παπαδημητρίου Μαρία

Πάτρα

Οκτώβρης 1994

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1249
----------------------	------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Ευχαριστώ την σεβαστή μου καθηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία που με βοήθησε σημαντικά στην δημιουργία και ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

Ευχαριστώ τους αγαπημένους μου γονείς για την υποστήριξή τους σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ		
- ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ		
- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
- ΠΡΟΛΟΓΟΣ	Σελίδα	1
- ΒΣΑΓΩΓΗ	- II -	3
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1		
- ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΒΟ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	- II -	4
- ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ	- II -	5
- ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	- II -	6
- ΒΥΖΑΝΤΙΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	- II -	7
- ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ	- II -	8
- ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ	- II -	9
- ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ	- II -	10
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2		
- ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΒΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	- II -	11
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3		
- ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΒΑΣ - ΒΣΑΓΩΓΗ	- II -	14
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Η.Π.Α.	- II -	15
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΙΝΑΣ	- II -	25
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΝΑΔΑ	- II -	29
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΑΛΛΙΑΣ	- II -	36
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΟΥΗΔΙΑΣ	- II -	42
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ	- II -	53
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ	- II -	65
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4		
- ΤΟ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΠΑ ΤΗΝ ΥΓΒΑ	- II -	65
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5		

- ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΒΞΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΒΟ. ΝΟΣΗΛ/ΚΗ ΑΞΟΛΟΓΗΣΗ	Σελίδα	116
- ΒΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6		
- ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	- -	124
- ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	- -	125
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΠΙΝΑΚΕΣ	- -	127
- ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΒΣ	- -	148
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ	- -	152
- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΟ	- -	153
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- -	160

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας τη φοίτησή μου στη νοσηλευτική σχολή των Τ.Ε.Ι. Πάτρας απαφάσισα να αναπτύξω στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μου, το μέτρο της ικανοποίησης των χρηστών υγείας από τα νοσοκομεία σε επίπεδο νομού.

Πιστεύω ότι με αυτή την εργασία συμβάλλω στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση προβλημάτων που έχουν σχέση με την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στα επαρχιακά νοσοκομεία, τόσο από ιατρικής όσο και από νοσηλευτικής πλευράς, καθώς και από πλευράς παρεχομένων υπηρεσιών σε επίπεδο καλιτέρευσης συνθηκών διαμονής και περιβάλλοντος μέσα στα νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα της εργασίας μου προσφέρονται στην υπηρεσία όλων αυτών που ενδιαφέρονται για την ουσιαστική καλιτέρευση των συνθηκών τόσο της περίθαλψης και νοσηλείας όσο και του συνόλου των υπηρεσιών διαμονής-διατροφής και περιβάλλοντος.

Η καλιτέρευση των συνθηκών διαμονής, το ευχάριστο περιβάλλον, η ζεστή ατμόσφαιρα, η ψυχαγωγία, η ύπαρξη κατάλληλων χώρων υποδοχής και ανάπαυσης σε συνδιασμό βέβαια με την καλή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα συμβάλλουν ουσιαστικά στην καλιότερη φροντίδα και στην ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών.

Άς μη ξεχνάμε ότι το αντικείμενο των υπηρεσιών μας είναι ο άνθρωπος και μάλιστα ο "πάσχων" άνθρωπος.

Η στάση του ασθενούς ο οποίος προσέρχεται στο νοσοκομείο είναι πάντοτε βεβαρημένη (χωρίς να το θέλει) λόγω φόβου για την κατάσταση του και αποστροφής. Η βαθύτερη επιθυμία του είναι να αισθανθεί άνεση και ανακούφιση παρά να θεραπευθεί.

Οι γιατροί και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε στενότερη επαφή με τον ασθενή, οφείλουν να δικαιώσουν την πίστη και την προσδοκία του προσφέροντας σ' αυτόν τα "μαγικά" αυτά δώρα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προσφέρει στον πάσχοντα ασθενή, ήρεμο ανθρωπισμό, εμπιστοσύνη και ασφάλεια, κατανόηση και φροντίδα, αγάπη και ενδυνάμωση, βασιζόμενα στην πεποίθηση ότι θα γίνει ότι είναι δυνατόν για την ανακουφισή του.

Ο ασθενής πρέπει να αισθανθεί ότι αναγνωρίζεται και εκτιμάται η ατομικότητά του και ότι τα προβλημάτά του έχουν σημασία.

Γνωρίζουμε ότι η εργασία μου είναι έργο ανθρώπινο και ως εκ τούτου έχει ελλείψεις και ατέλειες και γι' αυτό ζητάω την κατανόηση και επιοίκια των καθηγητών μου ως προς το σκέλος αυτό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπηρεσίες υγείας ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνονται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων, για χάρη των οποίων έχουν δημιουργηθεί.

Έτσι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει

1. Κατ'αρχήν να υπάρχουν, να είναι οργανωμένες και διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
2. Με δεδομένα τα πιο πάνω, η επόμενη παράμετρος, που χαρακτηρίζει την χρησιμότητά τους είναι η δυνατότητά των πολιτών να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει το χαρακτήρα της δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους μιας χώρας ή συγκεκριμένης περιοχής σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και σε 24ωρη βάση.
3. Η ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα χρήσης τους δε σημαίνει αυτόματα και επίλυση των προβλημάτων του χρήστη.

Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν και πρέπει να είναι αποδεκτές από το πολίτη. Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως

- Στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.
- Στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας και
- Στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων.

Ο όρος υγειονομικές υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχομένων ιατρικών και νοσηλευτικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους.

Πολύ συνοπτικά μπορεί να αναφερθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα, τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος

υγείας.

Η φροντίδα αντίθετα, είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται και σε υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μας χώρας. Η διάκριση δεν είναι πάντοτε σαφής. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες αγωγής υγείας, προληπτικού ελέγχου και δημόσιας υγιεινής, είναι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ η τακτική νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία υπάγεται στις υπηρεσίες περίθαλψης. Η περίθαλψη διακρίνεται σε ανοιχτή ή εξωνοσοκομειακή ή πρωτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, που αφορούν την διάγνωση εκτός νοσοκομείου (γιατροί ταμείων, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ελεύθεροι επαγγελματίες), και την νοσοκομειακή περίθαλψη ή δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο για την διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η καταπολέμηση της αρρώστειας και η προστασία της υγείας υπήρξαν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Καθώς οι κοινωνίες και ο πολιτισμός αναπτύσσονταν σε όλο και πιο σύνθετες μορφές, η ιατρική και οι υπηρεσίες υγείας ακολούθησαν μια πορεία ανάλογη, από τις πρωτόγονες μορφές της προϊστορικής περιόδου στις σημερινές πολυσύνθετες, επιστημονικές και τεχνολογικές υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας.

Κατά την προϊστορική περίοδο οι άνθρωποι θεωρούσαν την αρρώστεια θεία τιμωρία και ο μάγος της φυλής με τελετές, ευχές και με τη βοήθεια κάποιων

βοτάνων ή πρακτικών μεθόδων, αναλάμβανε την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών.

Η φροντίδα των ασθενών ήταν οικογενειακή υπόθεση και οι φροντίδες παρέχονταν στον τόπο διαμονής των αρρώστων.

Μόλις στα τέλη του 6ου π.χ. αιώνα, στην Ινδία, όπως προκύπτει από ιστορικές έρευνες, ο Βούδας διόρισε τους πρώτους γιατρούς και ανήγαγε ιδρύματα για τους πτωχούς και τους ανάπηρους.

Αργότερα ο γιός του Υρατίζο, ανήγαγε μαιευτήρια και άστυλα. Οι προσπάθειες συνεχίστηκαν και ο βασιλιάς Ασόκα (273-232 π.χ.) ανήγαγε δέκα οχτώ (18) ιδρύματα, τα οποία κατασκευάστηκαν με αρχιτεκτονικό τρόπο που μοιάζει μ'αυτόν των σύγχρονων νοσοκομείων. Επίσης στην Κευλάνη είχαν ανεγερθεί και λειτουργούσαν νοσοκομεία από το 437 π.χ.

ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Παρότι η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης στην Ασία και Αίγυπτο προηγήθηκε της Ελληνικής, εντούτοις η ιατρική ως επιστήμη παραμένει όπως έλεγε ο καθηγητής Αριστείδης Κουζής, "γνήσιον και αυτοφυές προϊόν του πνευματικού βίου των Ελλήνων", και η ιστορία τόσο της ιατρικής ως επιστήμης όσο και της ανάπτυξης των υπηρεσιών παροχής φροντίδων έχει τις ρίζες της στην Αρχαία Ελλάδα.

Η μεγαλύτερη συμβολή στη διαμόρφωση της επιστημονικής ιατρικής σκέψης, υπήρξε η Ιπποκράτεια πραγματεία, που περιλαμβάνει τα έργα του Ιπποκράτη και των μαθητών του.

Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του δεν αποτέλεσαν μόνο τους θεμελιωτές της επιστημονικής ιατρικής, αλλά έδωσαν ένα πολύ σημαντικό προσανατολισμό στην υπόθεση της υγείας, τονίζοντας τη σημασία του περιβάλλοντος, της διατροφής και των ατομικών συνθηκών στην πρόληψη της

αρρώστειας.

Τα πρώτα ιδρύματα όμως που προορίζονταν για την αντιμετώπιση των νοσημάτων προουπήρξαν κατά πολύ τον Ιπποκράτη και δεν είναι άλλα από τα Ασκληπεία, ναοί αφιερωμένοι στον Ασκληπιό, θεό της ιατρικής, που ίδρυσαν προς δόξαν του πατρός τους οι γιοί του, διάσημοι γιατροί και γενναίοι μαχητές του Τρωικού πολέμου, Ποδαλείριος και Μαχάων.

Τα σπουδαιότερα Ασκληπεία ήταν της Τρίκης, που ήταν και ο αρχαιότερος από τους τόπους λατρείας-νοσηλείας, της Δήλου, των Αθηνών, της Κυλλήνης, της Κώ, της Περγάμου, της Ρώμης κ.λπ. Το συνολό τους ανέρχονταν σε 300 (τριακόσια). Το μεγαλύτερο και σπουδαιότερο Ασκληπείο ήταν αυτό της Επιδαύρου, το οποίο ήταν πλήρως εξοπλισμένο και οργανωμένο.

Εδώ εκτός από γιατρούς συναντάμε μαλάκτες, νοσοκόμες και υδατοθεραπευτές. Η νοσηλεία παρείχετο επ'αμοιβή και όπως προκύπτει από ευρύματα αρχαιολογικά που βρέθηκαν σε μαρμάρινες πλάκες, στις οποίες αναγράφονταν οι ιαθήσες περιπτώσεις, είχαν αντιμετωπισθεί πολλά περιστατικά με επιτυχία όπως, ρευματολογικά-δερματολογικά-ψυχιατρικά κ.λπ.

Τα Ασκληπεία διήρκησαν έως το 335 μ.χ που τα έκλεισε ο Μέγας Κωνσταντίνος.

ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Συνεχίζοντας την ιστορική μας αναδρομή θα σταματήσουμε για λίγο στην Ελληνορωμαϊκή εποχή, στη Ρώμη.

Εδώ συναντάμε κατ'αρχήν θεραπευτήρια της μορφής των Ασκληπειών, με κάποιες καινοτομίες. Οι Ρωμαίοι αναγείρουν κτίρια για τους τραυματίες του πολέμου και ιδρύματα για τους πτωχούς, τους εργάτες και τους δούλους.

Από την άλλη πλευρά έχουμε τον Έλληνα γιατρό Αρκάγαθο, ο οποίος εισήγαγε την Ελληνική ιατρική ως επιστήμη στη Ρώμη και ίδρυσε μια "κλινική"

για τους ευκατάστατους της εποχής την οποία ονόμασε "Ιατρείον".

Στη συνέχεια εμφανίζεται η δεύτερη, μετά τον Ιπποκράτη, μορφή της ιατρικής, ο Γαληνός (131-201 μ.χ.). Ο Γαληνός συγκέντρωσε τις μέχρι τότε αντιλήψεις και γνώσεις της ιατρικής και δημιούργησε τις βάσεις της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης οι οποίες συνεχίστηκαν μέχρι τον 17ο αιώνα. Ο Γαληνός, πατέρας της θεραπευτικής επιστήμης, αποκαλεί "ιατροταβέρνα" "Taverna Medicae" το χώρο όπου θεραπεύει περιπατιτικούς ασθενείς.

ΒΥΖΑΝΤΙΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών ιδρυμάτων, πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και των απλών νοσοκομείων στα μοναστήρια.

Η σύνοδος της Νίκαιας το 325 μ.χ. επέβαλε στους επισκόπους να ιδρύσουν ένα ίδρυμα σε κάθε πόλη-έδρα μητρόπολης.

Το 369-372 μ.χ., ο Μέγας Βασίλειος ιδρύει στην Καισάρεια της Καππαδοκίας ένα ίδρυμα το οποίο ονόμασε "Βασιλαάδα". Εδώ συναντάμε τμήματα για τους πτωχούς, τους ηλικιωμένους, τα ορφανά αλλά και τμήματα για λεπρούς και για πάσχοντες από μεταδοτικές ασθένειες. Διάφορα τέτοια ιδρύματα, ιδρύονται σε όλη τη Βυζαντινή και Ρωμαϊκή επικράτεια.

Σε όλα αυτά η κοινωνική βοήθεια και η παροχή νοσηλείας είχαν σαν βάση τη θρησκευτική παράδοση και την ανάπτυξη του πνεύματος της αλληλεγγύης. Δυστυχώς όμως η προκατάληψη και το μίσος εναντίον κάθε "εθνικού" είχαν σαν αποτέλεσμα να αγνοηθούν οι ιατρικές αντιλήψεις του Ιπποκράτη και του Γαληνού, παρότι η μαντεία και ο μυστικισμός ήταν ευρύτατα διαδεδομένα.

Τον 5ο μ.χ. αιώνα μάλιστα βλέπουμε το φώς και η πρώτη "νοσοκομειακή νομοθεσία".

Ο Ιουστινιάνειος κώδικας, στο πρώτο μέρος του περιλαμβάνει τη νομοθεσία περί διοικήσεως φιλανθρωπικών ιδρυμάτων.

Η ιστορία όμως του νοσοκομείου, με τη σύγχρονη έννοια του όρου, σύμφωνα με τον ιστορικό T. Miller, ξεκινά το 1136 μ.χ. με την ίδρυση του νοσοκομείου της μονής του παντοκράτορα στην Κωνσταντινούπολη από τον Αυτοκράτορα Ιωάννη Κομνηνό και τη συζυγό του Ειρήνη.

Εδώ συναντάμε ξεχωριστά τμήματα για τις διάφορες κατηγορίες ασθενών, (χειρουργικά-λοιμώδη-γυναικολογικά), κλίνες για τα έκτακτα περιστατικά καθώς και εξωτερικά ιατρεία. Επίσης συναντάμε πρώτη φορά γιατρούς και οργανωμένη φαρμακευτική υπηρεσία.

Έτσι για πρώτη φορά θα επιχειρήσουμε να δώσουμε έναν ορισμό του νοσοκομείου, προσδιορίζοντας τον ως ένα χώρο όπου οι ασθενείς πέρα από τις φροντίδες που τους παρέχονται (τροφή-στέγη κ.λ.π.) έχουν εναποθέσει τη θεραπεία τους σε χέρια επιστημόνων γιατρών.

Βασικός τους σκοπός συνεπώς είναι η θεραπεία των ασθενών και αυτό το διαχωρίζει από οποιοδήποτε άλλο ίδρυμα που περιθάλπει ηλικιωμένους, ανάπηρους, πτωχούς κ.λ.π.

Κατά τον 11ο και 12ο αιώνα εμφανίστηκαν πολυάριθμα λοιμοκαθαρητήρια και λεπροκομεία, τα λεγόμενα "Λαζαρέττα" τα οποία ήταν διάσπαρτα σ' όλη την Ευρώπη, λόγω των επιδημικών διαστάσεων που είχε λάβει τότε η λέπρα.

Οι ιδιαίτεροι τότε δεσμοί Εκκλησίας και περίθαλψης των αρρώστων, αποτέλεσμα της επικράτησης του ιδεώδους της φιλανθρωπίας και των αντιλήψεων της εποχής ότι η αρρώστια σχετίζεται άμεσα με την απόκλιση της ζωής του ατόμου από τους θρησκευτικούς κανόνες, διατηρούνται τουλάχιστον μέχρι το Μεσαίωνα και εκφράζονται με την άμεση γατνίαση των εκκλησιών με τα νοσοκομεία της εποχής.

ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ

Η διάλυση της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας επέφερε, μεταξύ άλλων, και την αποδιοργάνωση του τομέα παροχής περίθαλψης, ταυτόχρονα η Ευρώπη

βυθίζεται στα σκοτάδια του Μεσαίωνα.

Είναι αλήθεια πως σ' ολόκληρη την Ευρώπη βλέπουμε να ιδρύονται ιδρύματα περίθαλψης με πρωτοβουλία της εκκλησίας. Είναι όμως ιδρύματα κατά κύριο λόγο εκκλησιαστικά, που παρέχουν σειρά υπηρεσιών σε διάφορες κατηγορίες πασχόντων.

Συνήθως αποτελούν εξαρτήματα των μοναστηριών. Γενικά το νοσοκομείο στο Μεσαίωνα θεωρείται από θρησκευτικής πλευράς, θρησκευτικός χώρος από νομικής άποψης δε απολαμβάνει πλήστα δικαιώματα και φορολογικές απαλλαγές.

Πολλά νοσοκομεία ασκούσαν εμπορία, ενώ σχεδόν όλα είχαν έσοδα από δωρεές, εράνους και εκμεταλλεύσεις της ίδιας περιουσίας.

Δυστυχώς οι συνθήκες διαμονής και νοσηλείας ήταν χείριστες, αγνοούνταν βασικοί κανόνες υγιεινής και αντησηψίας ενώ η εκκλησία απαγόρευε αυστηρά την εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων.

Γύρω στο 13ο αιώνα αρχίζει σταδιακά να αλλάζει αυτή η κατάσταση και τα νοσοκομεία περνούν στα χέρια της πολιτείας, παρότι οι μοναχοί ποτέ δεν έπαψαν να προσφέρουν σ' αυτά τις υπηρεσίες τους.

Έτσι στην Αγγλία εμφανίζονται τα πρώτα δημοτικά νοσοκομεία.

Στη συνέχεια οι κρατικές αρχές αναλαμβάνουν τις ευθύνες της λειτουργίας αυτών των ιδρυμάτων, την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και την κοινωνική προστασία.

ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ

Η Αναγέννηση σημαίνει την αρχή μιάς νέας φάσης για το νοσοκομείο. Η ιατρική παίρνει επιτέλους τη θέση που της αξίζει ανάμεσα στις άλλες επιστήμες.

Η αρχαία ελληνική ιατρική επανεκδίδεται και διδάσκεται από μεγάλους επιστήμονες, όπως ο Λεονάρδο Ντα Βίντσι. Αναπτύσσεται η χειρουργική και η

παθολογία.

Τα νοσοκομεία γίνονται οι χώροι όπου οι γιατροί διενεργούν τις ερευνές τους, νοσηλεύουν τους ασθενείς και εκπαιδεύουν τους νέους γιατρούς.

Το 17ο αιώνα αρχίζει και η εκπαίδευση των νοσηλευτριών. Σ' όλη τη διάρκεια του 18 αιώνα έχουμε ίδρυση νέων νοσοκομείων τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική τα οποία διαθέτουν και εξωτερικά ιατρεία.

Την ίδια εποχή μια μεγάλη μορφή η Florence Nightingale (1820-1910) πρώτη εθελόντρια νοσηλεύτρια, συνέβαλε στο να καθιερωθεί ως επάγγελμα η νοσηλευτική. Η προσφορά της στην ανάπτυξη του νοσοκομείου είναι τεράστια.

Σταδιακά λοιπόν το νοσοκομείο αποκτά το σημερινό του ρόλο, η νοσηλεία ανατίθεται σε ειδικευμένους γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό και γίνεται χώρος παροχής νοσηλείας και εκπαίδευσης γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Το 1936 ένας διάσημος ιστορικός της ιατρικής ο Henry Sigerist, δήλωσε ότι μόνο στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα τα νοσοκομεία έγιναν κάτι παραπάνω από τόπος για πτωχούς και εγκαταλεημμένους.

Οι μέχρι τότε οργανισμοί δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επιστημονικής ιατρικής και παρέμεναν πάνω απ' όλα πτωχοκομεία που παρέχαν και στοιχειώδεις νοσηλευτικές φροντίδες.

Εξάλλου ο Paul Starr, εξετάζοντας την ιστορία των αμερικανικών νοσοκομείων, δήλωσε ότι τα νοσοκομεία και η ιατρική κινήθηκαν σε εντελώς ξεχωριστά πεδία μέχρι το 19ο αιώνα.

Πράγματι τότε πλέον η ιατρική συνδέεται στενά με τις φυσικές επιστήμες, την κλινική παρατήρηση, την επιστημονική έρευνα και την κλινική διδασκαλία.

Τα νοσοκομεία έγιναν όχι μόνο ο τόπος εργασίας και τα εργαστήρια των γιατρών, αλλά και ο χώρος της επιρροής τους.

Χάρη στην εισαγωγή της αναισθησίας και της ασηψίας ξεκίνησε η ανάπτυξη της χειρουργικής, ο Roentgen παρουσίασε το 1895 την πρώτη συσκευή ακτίνων Χ, ενώ το 1900 εμφανίζονται οι ομάδες αίματος.

Δεν πρέπει όμως να παραβλέψουμε και μια άλλη εξίσου σημαντική διάσταση. Την εκβιομηχάνιση και την εμφάνιση της εργατικής τάξης. Ο άρρωστος εργάτης πρέπει να γίνει γρήγορα καλά για να επανέλθει στην παραγωγική διαδικασία. Έτσι εξηγείται από μια πλευρά το ενδιαφέρον της αστικής τάξης για τα νοσοκομεία και δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό η επικράτηση της "μηχανιστικής" αντίληψης για τη νόσο, που αντιμετωπίζει την αρρώστια ξεκομμένα από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, αντίληψη που επικράτησε μέχρι πρόσφατα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι υπηρεσίες στην Ελλάδα και η εξελιγή τους ακολούθησε την ιστορική πορεία της χώρας από την απελευθέρωσή της από τους Τούρκους μέχρι σήμερα.

Ο προσανατολισμός και ο χαρακτήρας τους καθορίστηκε από τις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες που σφράγισαν την κάθε ιστορική περίοδο.

Το πρώτο νοσοκομείο στην ελεύθερη Ελλάδα, λειτούργησε το 1827. Είναι το "Βαρβάκειον και Πρώιον νοσοκομείον Σύρου", που έγινε με έρανο μεταξύ των ευπόρων κατοίκων της νήσου. Η πράξη αυτή βρήκε μιμητές και πολλά νοσοκομεία έγιναν και σε άλλες Ελληνικές πόλεις.

Ο Καποδίστριας εισήγαγε το θεσμό των Δημογεροντίων (κοινότητες).

Σ' αυτή μεταξύ των άλλων ανέθεσε την κατασκευή ιδρυμάτων κοινωνικής αντίληψης και νοσοκομείων από έσοδα που προέρχονταν από την τοπική φορολογία. Το 1836, επί Όθωνος, ιδρύεται στην Αθήνα το πρώτο νοσοκομείο, από το δήμαρχο Α. Πετράκη. Είναι το Δημοτικόν (Πολιτικόν) Νοσοκομείον "Η Ελπίς".

Το 1834, ιδρύεται το περίφημο "ιατροσυνέδριον", το ΚΕΣΥ. της εποχής, υπεύθυνο για την εξέταση των ιατρών, οδοντότρων, μαιών και φαρμακοποιών και τη μελέτη θεμάτων υγιεινής.

Το 1843 αποφοιτεί από το πανεπιστήμιο ο πρώτος Έλληνας γιατρός, ο Αναστάσιος Γούδας. Η ίδρυση των νοσοκομείων συνεχίζεται κυρίως από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Έτσι ιδρύονται μια σειρά δημοτικών νοσοκομείων σε πολλές πόλεις και στην Αθήνα εμφανίζονται τα πρώτα μεγάλα νοσοκομεία που υπάρχουν και σήμερα (Ευαγγελισμός 1880, Αιγηνίτσειον 1875, ΕΕΣ 1877, Δρομοκαίτειον 1887) κ.λ.π.

Στην ανέγερση των νοσοκομείων συνέβαλαν κατα πολύ και οι εθνικοί ευργέτες.

Το 1918 ιδρύεται το "Υπουργείο Περιθάλψεως", το οποίο ανέλαβε την περίθαλψη των θυμάτων και αναπήρων πολέμου, των οικογενειών των στρατευμένων και των προσφύγων.

Ιδρύονται αρκετά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων από την μαζική έλευση των προσφύγων, ανάμεσα σ' αυτά το Κεντρικόν στη Θεσσαλονίκη (1922) και το προσφυγικό στην Αθήνα (1922).

Το 1922 ιδρύεται με το νόμο 2882\1922 το υπουργείο υγιεινής και κοινωνικής πρόνοιας.

Παρότι από το 1827 και μετά ιδρύονται συνέχεια νοσοκομεία, τόσο από το κράτος ή την τοπική αυτοδιοίκηση όσο και από την ιδιωτική πρωτοβουλία, παρ' όλα αυτά η απόδοση και λειτουργία τους δεν είναι η σωστή λόγω κακής οργάνωσης και διοίκησης, χωρίς επιστημονικές αρχές και με προσωπικό χωρίς ικανότητες και γνώσεις για τη σωστή διαχείριση.

Έγιναν προσπάθειες για την οργάνωση των νοσοκομείων με νόμους, Α.Ν. 965\37 "περί οργάνωσης των δημόσιων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων"(Φ.ΕΚ.-476\1937) με τον οποίο τίθενται οι βάσεις της ενιαίας, ομοιόμορφης οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας των ιδρυμάτων.

Ακολουθεί το ν.δ. 2592\53 "περί οργάνωσης της ιατρικής ανπλήψεως" (Φ.ΕΚ.-Α254\1953), το οποίο δεν περιορίζεται μόνο στην νοσοκομειακή οργάνωση αλλά επεκτείνεται της όλης περιθαλψης (ιατρικής ανπλήψεως της χώρας) μέχρι το 1983 οπότε ψηφίζεται ο νόμος 1397 για το Ε.Σ.Υ. (Φ.ΕΚ. Α 143\ 7-10-83).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγή:

Με τον όρο σύστημα υγείας, εννοούμε το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας (παροχή υπηρεσιών υγείας, πρόνοια και ασφαλιστική κάλυψη) που έχουν σαν σκοπό την εκπλήρωση της υποχρέωσης κάθε οργανωμένης πολιτείας απέναντι στους πολίτες της, να "μεριμνά" κατά την έκφραση του άρθρου 21 του Συντάγματος, για την υγεία τους.

Οι μορφές που παίρνει σε κάθε κράτος η εκπλήρωση αυτής της υποχρέωσης μπορούν σχηματικά να διακριθούν σε "τρία πρότυπα οργάνωσης".

α) Το κλασικό "ελεύθερο" σύστημα, όπου κυριαρχεί η ιδιωτική πρωτοβουλία και η υγεία θεωρείται "αγαθό".

β) Το εθνικό σύστημα και

γ) Πολλές ενδιάμεσες μορφές

Η φιλοσοφία του εθνικού συστήματος υγείας, βρίσκεται στην παροχή περίθαλψης για το σύνολο των πολιτών ενός κράτους. Το εθνικό σύστημα υγείας απαιτεί κεντρικό σχεδιασμό και χρηματοδότηση αλλά και αποκέντρωση των επιμέρους υπηρεσιών υγείας.

Άλλο χαρακτηριστικό του εθνικού συστήματος υγείας είναι η έμφαση που δίνει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Αφού αναφερθούμε στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας, θα αναφερθούμε και στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας που είναι ίσως το ποιο γνωστό και θεωρείται ένα από τα πιο επιτυχημένα στον κόσμο. Επίσης θα αναφερθούμε στο εθνικό σύστημα υγείας του Καναδά, της Σουηδίας, της Κίνας, της Γαλλίας και των Η.Π.Α.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Η.Π.Α.

α. Στατιστικά στοιχεία

Οι Η.Π.Α. αποτελούνται από 50 αυτόνομες Πολιτείες. Σε κάθε Πολιτεία η χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία προέρχονται κυρίως, από τον ιδιωτικό τομέα μέσα από ένα δίκτυο ασφαλιστικών εταιριών.

Η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στις Η.Π.Α. είναι σε απόλυτο μέγεθος η ποιά υψηλή σ'όλο τον κόσμο και η δεύτερη μετά τη Σουηδία, σε ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος.

β. Αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στις Η.Π.Α.

Το σύστημα υγείας στις Η.Π.Α. είναι το αντιπροσωπευτικό σύστημα της ελευθερίας της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Οι παροχές υγειονομικών φροντίδων χρηματοδοτούνται από την προαιρετική ασφάλιση, σε ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς και διοχετεύονται στο κοινωνικό σύνολο, διαμέσου ιδρυμάτων ιδιωτικής πρωτοβουλίας (κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα).

Ο πρώτος χρονολογικά σημαντικός παρεμβατισμός, που ορίστηκε στο θέμα της υγείας ήταν το 1965 στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας.

Είναι οι δύο οργανώσεις MEDICARE και MEDICAID, που αφορούν, η μεν πρώτη τα ηλικιωμένα άτομα (άνω των 65 ετών) η δε δεύτερη τους άπορους ή με χαμηλά εισοδήματα πολίτες. Οι δύο οργανώσεις δημιουργήθηκαν σύγχρονα και έχουν κοινά ομοσπονδιακά προγράμματα

Επειδή όμως δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ιδρύθηκαν μετά το 1972, οι οργανισμοί Αναθεώρησης των Επαγγελματικών δεδομένων για τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών τους.

Παράλληλα ορίστηκαν οι οργανισμοί Διατήρησης της υγείας που, μαζί με τους οργανισμούς Αναθεώρησης Επαγγελματικών δεδομένων, έχουν σκοπό γενικά, τον έλεγχο της ποιότητας και παραγωγικότητας του τομέα υγείας.

Η αλματώδης αύξηση των δαπανών για την υγεία, τα τελευταία χρόνια, οδήγησε στην αλλαγή της πολιτικής της ελεύθερης πρωτοβουλίας. Με τον νόμο 93-641 για τον Εθνικό Προγραμματισμό και την Ανάπτυξη των πόρων, που άρχισε να ισχύει από τον Ιανουάριο του 1975, θεσπίστηκε εθνική πολιτική στον προγραμματισμό της υγείας, για τον έλεγχο των ιατρικών μέσων και των τεχνικών της ιατρικής και για την επιλογή και θέση προτεραιοτήτων στα προγράμματα και στις επενδύσεις των ομοσπονδιακών κρατών των Η.Π.Α.

Ειδικότερα : Α. Με τον τίτλο V, δόθηκε η εξουσία στο Γραμματέα της Υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής πρόνοιας, για την έκδοση διαταγμάτων, που θα δίνουν τις κατευθύνσεις της πολιτικής στον εθνικό υγειονομικό προγραμματισμό. Αυτές οι κατευθύνσεις περιλαμβάνουν κανόνες για την παραγωγή, τη διανομή και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τον καθορισμό των επιδιώξεων της εθνικής πολιτικής της υγείας. Επίσης ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Υγειονομικού Προγραμματισμού και Ανάπτυξης με δεκαπέντε μέλη, που αντιπροσωπεύουν γενικά τους παραγωγούς και καταναλωτές υγειονομικών φροντίδων και τα όργανα προγραμματισμού.

Επίσης συμμετέχουν σ' αυτό ειδικοί στα θέματα υγείας επιστήμονες. Το συμβούλιο τούτο έχει γνωμοδοτικές αρμοδιότητες σ' εθνικό επίπεδο. Σε περιφερειακό επίπεδο ιδρύθηκαν επιτροπές εφαρμογών του προγράμματος υγείας, που κάθε μία είναι γνωμοδοτικό όργανο στα θέματα υγείας για περιοχές με 500.000-3.000.000 κατοίκους.

Β. Με τον τίτλο VI, δόθηκε το πλαίσιο της οργάνωσης, για την παροχή οικονομικής βοήθειας, για τα διάφορα προγράμματα εκσυγχρονισμού και κατασκευής κέντρων παροχής υγειονομικών φροντίδων.

Τον Ιούνιο του 1977, ιδρύθηκε η Διοίκηση για την χρηματοδότηση των υγειονομικών φροντίδων, ως το μόνο αρμόδιο όργανο γενικής εποπτείας, συντονισμού και ελέγχου των δαπανών, που αφορούν τη χρηματοδότηση των διαφόρων προγραμμάτων στο τομέα υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής

πρόνοιας. Αναφέρεται ιδίως στη MEDICARE και στη MEDICAID, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε περισσότερα από 5 εκατομμύρια άτομα στις Η.Π.Α. Ο ίδιος αυτός οργανισμός είναι αρμόδιος για τον έλεγχο της ποιότητας των παροχών και για την λήψη μέτρων για την πρόληψη καταχρήσεων και απατηλών ενεργειών σε βάρος των καταναλωτών υγειονομικών υπηρεσιών.

Ο οργανισμός αυτός ήταν απαραίτητος για να θέσει ένα φραγμό στην κατακόρυφη αύξηση των δαπανών για την υγεία που μαστίζει την αμερικανική κοινωνία και επιδρά αρνητικά στην οικονομική ανάπτυξη και σταθεροποίηση της χώρας. Χαρακτηριστικοί αριθμοί του συστήματος είναι ότι
α) το 60% των συνολικών δαπανών για την υγεία δίνεται στη νοσηλεία κατά τον τελευταίο χρόνο της ζωής των " ηρωικών " ασθενών και
β) περισσότερα από 20.000 εκ. δολάρια το χρόνο δίνονται για τη θεραπεία του καρκίνου με συμβατικές μεθόδους. Οι αριθμοί αυτοί μπορούν να ορίσουν το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. ως αμυντική, ανθρωπιστική πολιτική περίθαλψη.

Γ) Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στις Η.Π.Α.

Οι κύριες οργανωτικές μονάδες του συστήματος υγείας στις Η.Π.Α. είναι οι οργανισμοί της MEDICARE και της MEDICAID, που δρούν παράλληλα με την ελεύθερη ιδιωτική πρωτοβουλία.

Το πρόγραμμα της MEDICAID για την παροχή φροντίδων εξαρτάται από την ειδική σύμβαση που υπάρχει, ανάμεσα στο Ομοσπονδιακό κράτος και στις Πολιτείες της Ένωσης. Κάθε πολιτεία είναι ελεύθερη να διαπραγματευτεί με την Κεντρική Εξουσία για τις παροχές στους κατοίκους της. Το περιεχόμενο αυτών των συμβάσεων ποικίλει από Πολιτεία σε Πολιτεία. Έτσι, το 1972, η Αριζόνα δεν είχε καμιά παροχή της MEDICAID, ενώ στη Μινεσότα υπήρχε ένα πρόγραμμα με πάνω από είκοσι υπηρεσίες υγείας (οδοντιατρικές, παιδιατρικές κ.λπ.) πρόσθετα με το πρόγραμμα των κανονικών (συνήθων) ιατρικών παροχών. Η χρηματοδότηση του προγράμματος γίνεται μεταξύ του Ομοσπονδιακού Κράτους, των Πολιτειών και των λοιπών τοπικών οργανώσεων

σε ποσοστά που ποικίλλουν, ανάλογα με το κατά κεφαλή εισόδημα σε κάθε Πολιτεία. Στις πλούσιες Πολιτείες η χρηματοδότηση γίνεται κατά το μισό από το Ομοσπονδιακό Κράτος και κατά το άλλο μισό από την Πολιτεία, ενώ στις οικονομικά μη προνομιούχες Πολιτείες επιβαρύνεται το Ομοσπονδιακό Κράτος κατά μεγαλύτερο ποσοστό (π.χ. στη Μινεσότα η Ομοσπονδιακή επιχορήγηση φτάνει το 83%).

Στα δύο προγράμματα της MEDICARE και της MEDICAID ο ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή γιατρού, αλλά υποχρεώνεται να πηγαίνει στα συμβεβλημένα νοσοκομεία και κλινικές. Ο ασθενής πληρώνει το ένα τρίτο των δαπανών νοσηλείας, που συνήθως καταβάλλεται έπαιτα από το Ομοσπονδιακό Κράτος ως βοήθημα, με τη μορφή του αρνητικού φόρου.

ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η πρωτοτυπία στο Αμερικανικό Σύστημα είναι οι Οργανώσεις για την Διατήρηση της Υγείας (Health Maintenance Organizations ΗΜΟ).

Τα ΗΜΟ άρχισαν να λειτουργούν, στην αρχική τους μορφή, ως συνεταιριστικές οργανώσεις καταναλωτών, αγροτών κ.λπ. για την παροχή υπηρεσιών στα μέλη τους.

Η ιδέα των ΗΜΟ άρχισε να συγκεκριμενοποιείται μετά την ψήφιση των νομοθετικών κειμένων του 1971. Το 1973 άρχισε και η επιδότηση από το κράτος για την ανάπτυξή τους σ' όλη την Αμερικανική κοινωνία.

Σήμερα αυτές οι οργανώσεις για την προστασία της υγείας περιλαμβάνουν διάφορα συστήματα παροχής πολύ διαφορετικά μεταξύ τους. Κοινό οικονομικό γνώρισμα όλων είναι, ότι τα μέλη δεν πληρώνουν σύμφωνα με τις ιατρικές πράξεις που χρειάζονται, αλλά για τη θέση στη διαθεσή τους των σχετικών φροντίδων. Αυτή η οικονομική διευθέτηση των παροχών, με την καταβολή εισφορών από τα μέλη, είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των ΗΜΟ.

Το συμφέρον της οργάνωσης είναι η διατήρηση της καλής υγείας των

μελών της, ώστε ν' αποφεύγεται η προσφυγή τους σε θεραπευτικές ιατρικές πράξεις, που κοστίζουν. Επίσης επιδιώκεται δραστικά, οι άρρωστοι να θεραπεύονται κατά τον πιο γρήγορο και αποτελεσματικό τρόπο. Αυτές οι οργανώσεις συγκεντρώνουν διάφορες κατηγορίες ιατρικού προσωπικού, υλικά μέσα και λογιστικές υπηρεσίες και παρέχουν πλήρεις υπηρεσίες 24 ώρες το 24ωρο. Η οικονομική διαχείριση γίνεται σύμφωνα με τους σύγχρονους οικονομικούς κανόνες της ελεύθερης αγοράς και συμμετέχουν συνεταιριστικά οι γιατροί. Ουσιαστικά πρόκειται για μια εξελιγμένη μορφή άσκησης ομαδικής ιατρικής. Γνωστά Η.Μ.Ο., με παγκόσμια παραδοχή του έργου τους, είναι η κλινική ROSS LOOS στο Λος- Άντζελες.

Τα Η.Μ.Ο. μοιάζουν με τις Σοβιετικές πολυκλινικές ή με τα κέντρα υγείας της Δύσης, αλλά είναι προσαρμοσμένα στο αμερικανικό οικονομικό σύστημα της ελεύθερης πρωτοβουλίας.

Τα Η.Μ.Ο. προσπαθούν να καταπολεμήσουν το αθέμιτο κέρδος σε βάρος της υγείας του λαού και λειτουργούν πάνω σε υγιείς οικονομικές θεωρήσεις, που ανταποκρίνονται στο σύγχρονο ιδεώδες της πρόληψης των ασθενειών. Τα Η.Μ.Ο. αποτελούν την πρακτική της Ιπποκράτειας Ιατρικής, που ορίζει "καλύτερα να προφυλάξεις παρά να θεραπεύσεις" και έχουν στραμμένη την προσπάθειά τους στον τομέα της πρόληψης. Η πρόληψη σαν γενική ιδέα ενθουσιάζει όλο τον κόσμο, αλλά κανέναν δε δραστηριοποιεί. Αυτή τη δραστηριοποίηση για τη διατήρηση της υγείας των μελών τους, έχουν καταφέρει τα Η.Μ.Ο. Επίσης κατάφεραν να περιορίσουν την πρακτική της "ιατρογένεσης της αρρώστιας", που μαστίζει σήμερα όλο το δυτικό κόσμο της ελεύθερης πρωτοβουλίας. Είναι γνωστό ότι στο δυτικό κόσμο, όλη η προσοχή είναι στραμμένη στον τομέα της θεραπείας, ως πλουτοπαραγωγικής πηγής ενός μεγάλου κυκλώματος επαγγελματιών της υγείας. Η πρόληψη αγνοείται συστηματικά και επαφίεται στην κρατική πρωτοβουλία να περιορίσει τη νοσηρότητα του πληθυσμού, που ζημώνει τους εξυπηρετούμενους από την ασθένεια επαγγελματίες.

Τα ΗΜ.Ο. κατάφεραν να μειώσουν τις σχετικές δαπάνες για την υγεία των μελών τους, από 7-10%, δίνοντας τουλάχιστον ίσης αν όχι καλύτερης ποιότητας υγειονομικές φροντίδες από το λοιπό τομέα υγείας. Τα κύρια χαρακτηριστικά της λειτουργίας των ΗΜ.Ο. που αποτελούν τα πλεονεκτηματά τους είναι: 1) Η ενημερωμένη, ενεργητική συμμετοχή των μελών των ΗΜ.Ο. στη διατήρηση της υγείας τους και στην αποκατάστασή της, και 2) Η υπεύθυνη συμμετοχή των γιατρών στην οικονομική διαχείριση των ΗΜ.Ο. Οι σχέσεις ατόμου μέλους του ΗΜ.Ο. και γιατρού αλλάζουν για να εξυγιανθούν πρώτα αυτές από το κύκλωμα που επικρατεί, γιατρών, ασφαλιστικών εταιριών και αρρώστων, με διεκδικήσεις και ατέρμονους δικαστικούς αγώνες. Έτσι, γίνεται προσπάθεια να αποκατασταθεί η σχέση εμπιστοσύνης γιατρού και ατόμου, μέσα στην αμφισβητούμενη ηθική που υπάρχει τώρα στην Αμερική, επακόλουθη συνέπεια των κανόνων της ελεύθερης αγοράς στην υγεία, όπου η ζήτηση είναι αντίστροφα προοδευτική με την τιμή και δημιουργούνται μονοπωλιακές καταστάσεις.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Ο διαρκής αυτός ανταγωνισμός για την επικράτηση, κυριαρχεί και στην άσκηση της ιατρικής. Οι γιατροί στις Η.Π.Α. είναι περισσότεροι από 400.000, δηλαδή συνολικά αντιστοιχεί ένας γιατρός σε 520 κατοίκους.

Οι μισοί περίπου γιατροί ασκούν ιδιωτικά το επαγγέλμά τους. Οι άλλα μισοί απασχολούνται ως μισθωτοί στα νοσοκομεία, στην εκπαίδευση, στην έρευνα ή στη διοίκηση. Γεωγραφικά είναι ασύμμετρα μοιρασμένοι, με διαφορά ποσοστού του προνομούχου βορρά με το μη προνομούχο νότο κατά 60%. Οι γιατροί είναι ελεύθεροι να εγκατασταθούν όπου θέλουν στις Η.Π.Α., ανάλογα με τις επιλογές τους, σύμφωνα πάντα με τους κανόνες της αγοράς.

ΒΑΣΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η βασική μονάδα του συστήματος στις Η.Π.Α. είναι τα νοσοκομεία. Οι Η.Π.Α. διαθέτουν πάνω από 7.000 νοσοκομεία. Διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής των αρρώστων σ' αυτά.

Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι μικρού χρόνου νοσηλείας και ανήκουν σε ενώσεις και σωματεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Η κατασκευή των νοσοκομείων χρηματοδοτείται από τρεις πηγές: α) τη φιλανθρωπία, β) τις κρατικές επιχορηγήσεις, και γ) τα ιδιωτικά κεφάλαια. Το ποσοστό που προέρχεται από φιλανθρωπικούς συλλόγους και ιδίως θρησκευτικά σωματεία είναι σημαντικό και ξεπερνάει το 17% του συνολικού ποσού της επιδότησης για την κατασκευή νοσοκομείων. Οι κρατικές επιχορηγήσεις για την κατασκευή νέων μονάδων καθημερινά μειώνονται και δεν ξεπερνούν σήμερα το 17% για την χρηματοδότηση των ιδιωτικών νοσοκομείων και το 56% για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων του δημόσιου τομέα. Το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης κατασκευής προέρχεται α) από τον ιδιωτικό δανεισμό, ιδίως από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, και β) από τα κεφάλαια των ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων. Τούτο είναι συνέπεια κύρια της ικανότητας αυτοχρηματοδότησής τους από τα νοσήλια που εισπράττουν.

Επειδή την κατασκευή των νέων νοσοκομείων αναλαμβάνει η ιδιωτική πρωτοβουλία, γι' αυτό η τάση είναι να κατασκευάζονται πολλά μικρά νοσοκομεία, με εκατό περίπου κρεβάτια, μικρού χρόνου παραμονής των ασθενών, με σκοπό να μειωθούν οι κίνδυνοι της επένδυσης.

Οι οικονομικές μελέτες απέδειξαν, ότι τα ποσοστά καθαρών εσόδων από τέτοιες μικρές νοσοκομειακές μονάδες, είναι μεγαλύτερα των αντιστοίχων ποσοστών των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων.

Για τον προγραμματισμό κατασκευής νοσοκομειακών μονάδων ιδρύθηκαν το 1966, κυβερνητικές συμβουλευτικές επιτροπές κατά Πολιτεία και κατά κοινότητες, όπου συμμετέχουν εκπρόσωποι όλων των παραγωγικών τάξεων.

Μεγάλη δραστηριότητα στην κατασκευή νοσοκομειακών μονάδων επέδει-

ξε η MEDICARE, που τα τελευταία δέκα χρόνια διπλασίασε τα κρεβάτια της. Η απρογραμμάτιστη όμως και ασυντόνιστη κατασκευή οδήγησε σε σπατάλη παραγωγικών μέσων και πολλές φορές καταγγέλθηκε στο Κοινοβούλιο ως έλλειψη συνοχής και αποδοτικότητας της κοινωνικής πολιτικής σε βάρος της οικονομίας και της προστασίας της υγείας των πολιτών.

Τα περισσότερα μη κρατικά νοσοκομεία καθορίζουν το ύψος των αμοιβών των παροχών υπηρεσιών τους, ώστε να εξασφαλίζουν οικονομική ισορροπία. Συνήθως γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των παροχών ιατρικής περίθαλψης και των ξενοδοχειακών παροχών. Η πολιτική αυτή είναι αναγκαία για δύο λόγους. Οι ξενοδοχειακές παροχές καθορίζονται από τη διαχείριση και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ οι ιατρικές παροχές είναι δύσκολο να καθοριστούν, γιατί υπόκεινται καθημερινά σε τεχνολογικές εξελίξεις. Έτσι, θεωρητικά, ορίζεται ότι κατοχυρώνεται ιδίως η ελεύθερη άσκηση της ιατρικής και η ανεξαρτησία του γιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του. Επειδή συνήθως οι δαπάνες για την παροχή περίθαλψης καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, είτε ιδιωτικούς, είτε συνεταιριστικούς ή κρατικούς, συνήθως συνάπτονται ειδικές συμβάσεις για τις αμοιβές. Οι συμβάσεις αυτές είναι πολύπλοκες και δε δίνουν σε κανένα ασθενή την ασφάλεια της πλήρους κάλυψης των δαπανών του για οποιασδήποτε μορφής σοβαρή ασθένεια. Τα έξοδα διοίκησης είναι πολλά, όσο και τα καθημερινά προβλήματα διαχείρισης και προγραμματισμού, αναφέρονται δε πολλές επικρίσεις για τη μεθόδευση που γίνεται στον τρόπο απόσβεσης των απαιτήσεων των νοσοκομείων.

Τα ίδια προβλήματα που επηρεάζουν την σχέση γιατρού και ασθενή στο νοσοκομείο δημιουργούνται και στην περίπτωση της αμοιβής των γιατρών κατά πράξη, έξω από το νοσοκομείο. Δεν υπάρχει μια ορισμένη από το νόμο αμοιβή, αλλά ο γιατρός είναι ελεύθερος να απαιτήσει "μια λογική τιμή", που ο καθορισμός της γίνεται σύμφωνα με τους κανόνες της αγοράς, δηλαδή της προσφοράς και της ζήτησης των συγκεκριμένων υπηρεσιών, που

όμως, πολλές φορές καταλήγουν σε αμφισβητήσεις και δικαστικούς αγώνες ανάμεσα στους γιατρούς, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στους αρρώστους. Συνήθως οι επισκέψεις γίνονται στην επαγγελματική εγκατάσταση του γιατρού και σπάνια στο σπίτι του αρρώστου, κι αυτό σε μεγάλη έκτακτη ανάγκη.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. αποτελεί κλασικό παράδειγμα εναρμόνισης του συστήματος ελεύθερης ιδιωτικής πρωτοβουλίας σ' όλους τους τομείς, περιλαμβανομένης και της υγείας.

Πλήν, όμως, η δυσπιστία στις ανθρώπινες σχέσεις, που προέρχεται από τους σκληρούς, απάνθρωπους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης, δημιούργησε μια κατάσταση, που δεν είναι πια αποδεκτή από την πλειοψηφία του δημοκρατικού αμερικανικού λαού.

Η κρατική παρέμβαση γίνεται καθημερινή και πιο αισθητή στο κύκλωμα μεσαζόντων και παραγωγών υγείας. Η MEDICARE και η MEDICAID συμπληρώνουν την ιδιωτική πρωτοβουλία. Ο κρατικός προϋπολογισμός αναλαμβάνει δαπάνες πρόνοιας και εκπαίδευσης πέρα απ' τα προγράμματα υγείας της προληπτικής ιατρικής.

Ήδη οι ομοσπονδιακές αρχές, μαζί με τις αρμόδιες για τα θέματα προγραμματισμού αρχές των κρατών-μελών των Η.Π.Α., καταρτίζουν την ιδιωτική πρωτοβουλία στο σχεδιασμό των επενδύσεων. Τα ΗΜΟ. αποτελούν τα παραδείγματα προσπάθειας εξυγίανσης του κυκλώματος υγείας, με πρωτοβουλία των ιδιωτών, και με την ενεργό συμμετοχή των γιατρών που υπηρετούν σ' αυτά.

Η εμφάνιση συλλογικών αντιπροσωπευτικών οργάνων, με σημαντικές αρμοδιότητες στα θέματα υγείας, μεταμορφώνουν αιγά-αιγά το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. Πλήν, όμως, οι κανόνες του παιχνιδιού της ελεύθερης

αγοράς, υπερισχύουν πάντοτε και αμύνονται κατά των γραφειοκρατικών τάσεων, που εμφανίζονται μαζί με τον παρεμβατισμό.

Η ιστορία θα μας δείξει, αν θα μπορέσουν οι Η.Π.Α. να συνδυάσουν την αποδοτικότητα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και της ελεύθερης αγοράς, με τον απαραίτητο κρατικό παρεμβατισμό για την κοινωνικοποίηση της υγείας και την αποεμπορευματοποίηση των υγειονομικών παροχών.,

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΙΝΑΣ

α) Στατιστικά στοιχεία

Η λαϊκή δημοκρατία της Κίνας δεν έχει απλά ένα ενδιαφέρον στον τομέα της υγείας, αλλά περνάει πια στην ιστορία ως ένα κατόρθωμα δημιουργίας νέου συστήματος υγείας.

Το σύστημα υγείας στην Κίνα χαρακτηρίζεται από μια απόλυτη αρμονία μεταξύ της επαναστατικής ιδεολογίας και των πρακτικών στα συγκεκριμένα προβλήματα του λαού.

Το 1949 ο Μάο-Τσε-Τούνγκ βρέθηκε μπροστά στο χάος. Το 1/3 του πληθυσμού είχε προσβληθεί από μεταδοτικές ή μολυσματικές νόσους, η πλειονότητα τρεφόταν ελλειπώς, δεν υπήρχε καμιά ένδειξη σεβασμού κανόνων υγιεινής στον τρόπο ζωής και ιδιαίτερα στα τρόφιμα και η αύξηση των γεννήσεων ήταν αλματώδης. Στα προβλήματα ύπαρξης του λαού, δηλαδή στα προβλήματα της μάζας, τα μέτρα ήταν μαζικά για την επιβίωση της Κίνας.

Πρώτη ενέργεια ήταν ο έλεγχος των γεννήσεων. Ο γάμος επιτράπηκε από τα 27 χρόνια για τους άντρες και από τα 25 για τις γυναίκες και απαγορεύτηκαν οι σεξουαλικές σχέσεις πριν από το γάμο. Οι τοπικές οργανώσεις ανέλαβαν την τήρηση των στοιχειωδών μέσων για την προστασία της υγείας, π.χ. καθαριότητα των δρόμων, καταπολέμηση των εστιών μόλυνσης και εμβολιασμούς.

β) Αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στην Κίνα.

Οι αρχές στην οργάνωση του συστήματος υγείας στην Κίνα είναι:

1 Η Ιατρική υπηρετεί το λαό, τους εργάτες, τους χωρικούς και τους στρατιώτες.

2. Η προτεραιότητα δίνεται στην πρόληψη και όχι στην περίθαλψη.
3. Η παραδοσιακή ιατρική και η δυτική ιατρική αλληλοσυμπληρώνονται για την επιτυχία της παροχής υγειονομικών φροντίδων, και
4. Η πολιτική της υγείας αποτελεί μέρος της κνητοποίησης του λαού.

Οι καθαρές αυτές ιδεολογικές αρχές έγιναν βίωμα του κινέζικου λαού. Έτσι ξεκίνησε η γενικευμένη για "Μορφωτική Επανάσταση" στα θέματα υγείας, με ενεργό συμμετοχή "όλου" του κοινωνικού συνόλου.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Πρώτο βήμα στην επιμόρφωση ήταν η εκπαίδευση, μέσα σε έξι μήνες, ειδικών πρακτικών γιατρών, με στοιχειώδεις γνώσεις στην παροχή υγειονομικών φροντίδων, που προορίζονταν ιδίως για την ύπαιθρο.

ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η κινέζικη παράδοση πάνω στη θεραπευτική αγωγή δεν ξεπεράστηκε, με συνέπεια στην επανάσταση, που στηρίζεται στην πολιτιστική κληρονομιά του λαού. Παράλληλα με την παραδοσιακή ιατρική ασκείται και η ιατρική του δυτικού κόσμου, που γίνεται παραδεκτή, κύρια, στο χειρουργικό κλάδο.

Το σύστημα κατάφερε να συμφιλιώσει την ανάγκη για την παροχή υγειονομικών φροντίδων, με την παράδοση και τον φτωχό κρατικό προϋπολογισμό, για τις σχετικές με την υγεία δαπάνες, που δεν περιμένουν την οικονομική ανασυγκρότηση και ανάπτυξη.

Το σύστημα της υγείας στηρίχθηκε σε τρεις αρχές:

1. Στην αποκέντρωση, με πλήρη αυτονομία, κατά γεωγραφικές περιφέρειες.
2. Στην συμμετοχή των πολιτών στην λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και
3. Στην άμεση δημιουργία πρακτικών γιατρών και την εκτεταμένη και επισταμένη πληροφόρηση του λαού.

Οι παροχές υγειονομικών φροντίδων δεν δίνονται δωρεάν, όταν έχουν τη

μορφή της περίθαλψης, αλλά επιβαρύνουν τους εργατικούς και αγροτικούς συνεταιρισμούς όπου υπάγεται ο άρρωστος.

γ) Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Κίνα

Για να μπορέσει ο κινέζικος λαός να ξεπεράσει την αθλιότητα που κληρονόμησε μετά την ίδρυση της Λαϊκής Δημοκρατίας, τη φτώχεια, την ανυπαρξία υπηρεσιών υγείας, αγωνίστηκε να δώσει και να φτιάξει από την αρχή ένα δίκτυο υγειονομικών υπηρεσιών για τις αστικές περιοχές και για την ύπαιθρο κατά προτεραιότητες. Η προτεραιότητα δόθηκε στα υγειονομικά προγράμματα στις αγροτικές περιοχές.

ΒΑΣΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σε κάθε περιοχή 2.000.000 περίπου κατοίκων, ιδρύθηκαν

α) ένα νοσοκομείο, που περιλαμβάνει 120, κατά μέσο όρο, κρεβάτια β) ένας υγειονομικός σταθμός για την αντιμετώπιση των επιδημιών και γ) ένα κέντρο μητρότητας και παιδιού.

Επίσης παράλληλα σε καθεμιά από τις 50.000 κοινότητες στις οποίες διαιρείται, σήμερα, διοικητικά, η Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, ιδρύθηκαν κέντρα υγείας, που το καθένα διαθέτει περίπου 10 κρεβάτια, δηλαδή πάνω από 500.000 συνεταιριστικά κέντρα υγείας, παρέχουν τις υπηρεσίες τους στην αγροτική ύπαιθρο. Στο τέλος του 1977 υπήρχαν στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας συνολικά 1.700.000 νοσοκομειακά κρεβάτια, περίπου, δηλαδή, κατά τους σχετικούς υπολογισμούς, 26 φορές πιο πολλά απ' όσα υπήρχαν πριν απ' την ίδρυση της Λαϊκής Δημοκρατίας, χωρίς να υπολογίζονται σ' αυτόν τον αριθμό, τα προσωρινά κρεβάτια για τις διάφορες κατηγορίες ασθενών, που υπάρχουν στα νοσοκομεία και στις οικογένειες.

Τα αποτελέσματα για την προστασία και προαγωγή της υγείας υπήρξαν θεαματικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της επιτυχίας του συστήματος

υγείας είναι, ότι η παιδική θνησιμότητα, που το 1949 ξεπερνούσε το 12%, το 1977 δεν ξεπερνάει το 1%.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΙΝΑ

Η κατάσταση απ' όπου ξεκίνησε το νέο τούτο σύστημα είναι πολύ μακριά από το να δώσει παραδείγματα για τη δομή στον υπόλοιπο κόσμο, που είχε ως αφετηρία πολύ διαφορετική πραγματική κατάσταση, σε διάφορες ιστορικές στιγμές. Πλήν, όμως, αποτελεί παράδειγμα σεβασμού της πολιτιστικής κληρονομιάς ενός μεγάλου λαού, με τη σύγχρονη απαραίτητη εκσυγχρονισή του, μέσα από διαδικασίες που είναι αποδεκτές από το εκπροσωπούμενο κοινωνικό σύνολο.

Η "μορφωτική επανάσταση" του Μάο ίσως θα έπρεπε να οριστεί ως το πρώτο μόνο βήμα για την αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας. Πάντως ο λαός πρέπει να εκπαιδευτεί με τις γενικές αρχές του αποδεκτού απ' αυτόν συστήματος, για να ορίσει έπειτα μόνος του τον τρόπο εφαρμογής του.

Η Κίνα μας διδάσκει, ότι κάθε σύστημα υγείας θα πρέπει να έχει τόση ευελιξία, ώστε χωρίς να χάνει το στόχο του, που είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, να βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη και ανανέωση, για ν' ανταποκρίνονται δυναμικά στις απαιτήσεις του λαού, που διαρκώς μορφοποιούνται επιδρώμενες από τους λοιπούς εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ

α) Στατιστικά στοιχεία

Ο Καναδάς αποτελείται από 10 επαρχίες και 2 αυτόνομα εδάφη και θεωρείται ότι έχει ένα από τα πιο επιτυχημένα συστήματα υγείας στον κόσμο, που στηρίζεται στην ύπαρξη ενιαίου φορέα ασφάλισης και υγείας.

Οικονομικές δαπάνες για την υγεία, στον Καναδά, κάθε χρόνο αυξάνουν, κατά ποσοστό 10-21%, κατ' αναλογία με την ανάπτυξη των λοιπών οικονομικών τομέων της χώρας.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία το 1978 ήταν 16.902 (10.000.000) Καναδέζικα δολάρια και από αυτές οι δαπάνες του δημοσίου ήταν 12.765 (10.000.000) Καναδέζικα δολάρια.

β) Αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στον Καναδά.

Οι βασικές αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στον Καναδά, που θεωρείται ως ένα από τα πιο επιτυχημένα συστήματα υγείας του κόσμου είναι οι παρακάτω 1. Ισότητα των πολιτών στην παροχή υγειονομικών φροντίδων, σ' όλη τη χώρα, από ένα ενιαίο φορέα ασφάλισης και υγείας. 2. Οργανωτική και διοικητική αποκέντρωση του συστήματος υγείας, και 3. Συντονισμός δράσης όλων των φορέων υγείας και του κοινωνικού συνόλου στον προγραμματισμό. Σκοπός είναι η διατήρηση και η προαγωγή της ποιότητας ζωής των Καναδών.

Σχετικά με τη σύγχρονη στρατηγική, το Μάιο του 1974, ο Υπουργός Εθνικής Υγείας και Κοινωνικής Ευεξίας δημοσίευσε ένα δοκίμιο με τον τίτλο: "Μια νέα επιδίωξη για την υγεία των Καναδών". Αυτό το κείμενο καθόρισε την αρχή

μιας νέας φάσης στην κοινωνική πολιτική και στον υγειονομικό προγραμματισμό του Καναδά.

Εκτός από την βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και την προσαρμογή των παροχών στις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού, τέθηκαν οι αρχές μιας νέας πολιτικής της υγείας. Ως στόχοι ορίστηκαν: η βελτίωση του περιβάλλοντος, η ενημέρωση, η διαφώτιση και η ενεργός συμμετοχή των πολιτών για τον περιορισμό προσβολής από νόσους.

Για την επιδίωξη της νέας πολιτικής χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω στρατηγικές μορφές δράσης: α) διαφώτιση και ενημέρωση των πολιτών για την αποφυγή των αιτιών που προκαλούν τις νόσους, και β) σύνταξη κανονισμών για την προστασία της υγείας από τη βιομηχανοποίηση και τη σύγχρονη τεχνολογία.

Επίσης μετά από ειδικές μελέτες τροποποιήθηκε η οργανωτική δομή των υπηρεσιών υγείας, για την ποιοτική ανύψωση των παροχών υγείας και την προσαρμογή τους στη νέα κοινωνική πολιτική.

Επιδιώχθηκε όχι η ποσοτική αύξηση των υπηρεσιών υγείας, αλλά η επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας των ιατρικών φροντίδων.

Με το νόμο του 1977 δόθηκε μεγαλύτερη ελευθερία στη δράση των επαρχιών, για την ανάπτυξη και τη διοίκηση των υγειονομικών υπηρεσιών, με κατευθυντήρια, τη μεγαλύτερη ένταση στα προγράμματα προληπτικής ιατρικής και στις παροχές μέσα στην κοινότητα.

Οι πιο πολλές επαρχίες προχώρησαν σε νέα διαμόρφωση των παροχών "εξωνοσοκομειακής" περίθαλψης, ιδρύοντας πολλούς τύπους (διακοινοτικών) κέντρων υγείας, ανάλογα με τις ανάγκες της περιοχής.

Σε πολλές περιπτώσεις ενσωματώθηκε ο κοινωνικός τομέας με τον τομέα της υγείας. Επίσης σε πολλές απομακρυσμένες κοινότητες του βορρά, έγινε σύνδεση με το τηλεοπτικό δίκτυο για κατευθείαν μετάδοση συμβουλών σε ιατρικά ή χειρουργικά προβλήματα, με το σύστημα της τηλε-ιατρικής. Επί πλέον στις απομακρυσμένες περιοχές γίνονται ειδικά μαθήματα επιμόρφω-

σης του πληθυσμού, για τα θέματα της υγείας και συνεργασίας με την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Επειδή οι αρμοδιότητες στα θέματα υγείας διαμοιράζονται κατά τρόπο πολυσύνθετο, ανάμεσα στις επαρχίες και στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση, ο συντονισμός όλων των φορέων άσκησης κρίθηκε απαραίτητος. Ο συντονισμός αυτός επιτυγχάνεται από τις συνελεύσεις των υπουργών και υφυπουργών υγείας, μέσω εισηγήσεων συμβουλευτικών επιτροπών. Αυτές οι συνεδριάσεις έχουν σκοπό τη λύση των επεγόντων προβλημάτων κοινού ενδιαφέροντος και την εφαρμογή υγειονομικής πολιτικής, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Επιτροπές ειδικών συντονίζουν τις εργασίες και προχωρούν σ' εκτίμηση των αποτελεσμάτων, των προτεινόμενων μέτρων και την εκπόνηση των στατιστικών μελετών.

γ) Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στον Καναδά

Το βασικό οργανωτικό σχήμα του συστήματος υγείας στον Καναδά είναι α) ο ενιαίος φορέας υγείας και ασφάλισης και β) η αυτοδιοίκηση κατ' επαρχίες των σχετικών υπηρεσιών.

Οι υπηρεσίες υγείας διέπονται, κατά κύριο λόγο, από το νόμο του Δεκεμβρίου του 1966, σύμφωνα με τον οποίον, από την 1 Απριλίου 1972, όλες οι επαρχίες και τα εδάφη προσχώρησαν στο ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγείας. Κατά το πρόγραμμα αυτό παρέχεται σ' όλους σχεδόν τους Καναδούς (πάνω από 99%) ισότητα παροχής υγειονομικών φροντίδων με ενιαίο σύστημα υγείας και ασφάλισης. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καλύπτει τις δαπάνες για την παροχή υγειονομικών φροντίδων από φορολογικά έσοδα, επί πλέον των δαπανών που καταβάλλει η επαρχιακή κυβέρνηση για κάθε ασφαλισμένο.

Οι αρμοδιότητες στα θέματα υγείας κατανέμονται ανάμεσα α) στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση και β) στις κυβερνήσεις των επαρχιών.

α) Ομοσπονδιακό επίπεδο

Το ομοσπονδιακό κράτος υποστηρίζει τις επαρχίες, με σκοπό να βελτιώ-

σουν και να διατηρήσουν την ποιότητα, την παραγωγή, τη διανομή και την αποδοτικότητα όλων των υπηρεσιών υγείας στον Καναδά.

Ο Υπουργός Εθνικής Υγείας και Κοινωνικής Ευεξίας έχει τη διοίκηση των θεμάτων υγείας. Είναι υπεύθυνος για τη γενική πολιτική στον τομέα της πρόληψης, διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας, σε συνεργασία με τις λοιπές ομοσπονδιακές αρχές, τις επαρχιακές και τοπικές υπηρεσίες υγείας.

Οι επαρχιακές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες άμεσα για την αποτελεσματική διοίκηση των υπηρεσιών υγείας κάθε επαρχίας.

Πρωτοτυπία του συστήματος

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού έχουν άριστα οργανωθεί υπηρεσίες στο Υπουργείο Υγείας, και Κοινωνικής Ευεξίας, που δυναμικά καθορίζουν τον τρόπο εφαρμογής στην πράξη, των βασικών αρχών του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων, διακρίνονται δε, κατά ειδικές αρμοδιότητες, στις παρακάτω γενικές διευθύνσεις:

- α) Προστασίας της υγείας
- β) Ιατρικών υπηρεσιών
- γ) Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
- δ) Υγειονομικών Προγραμμάτων, και
- ε) Μακροπρόθεσμου Υγειονομικού προγραμματισμού.

β) Επαρχιακό επίπεδο

Η συνεργασία ανάμεσα στις ομοσπονδιακές αρχές και στις επαρχιακές, επιτυγχάνεται με τις συνεδριάσεις των Υπουργών Υγείας και των συμβουλευτικών επιτροπών, που αποτελούνται από ομοσπονδιακούς και επαρχιακούς εκπροσώπους κ' έχουν αρμοδιότητα για τα παρακάτω θέματα:

- α) εγκαταστάσεις παροχών υγειονομικών φροντίδων β) διακοινοτικές υπηρεσίες υγείας, γ) βελτίωση της υγείας και του τρόπου ζωής, δ) υγιεινή του περιβάλλοντος και ιατρική της επαρχίας, και ε) υγειονομικό προσωπικό.

Οι επαρχιακές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τα παρακάτω α) διακανο-
νισμό των ιατρικών φροντίδων, β) διοίκηση των προγραμμάτων ασφάλειας
και υγείας και απευθείας παροχή ορισμένων ειδικών υπηρεσιών. Μερικές
αρμοδιότητες μεταβιβάζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Τα προγράμματα υγείας είναι προσαρμοσμένα στις ειδικές απαιτήσεις κάθε
επαρχίας. Γενικά η αποκέντρωση είναι το κύριο χαρακτηριστικό της παροχής
υγειονομικών φροντίδων. Οι μονάδες της δημόσιας υγείας και οι διακοινοτι-
κές μονάδες υγείας είναι απόλυτα αποκεντρωμένες διοικητικά και οργανω-
τικά.

Μερικές από αυτές είναι επίσης επιφορτισμένες με την εκπαίδευση, πάνω
στα τοπικά προγράμματα, στη σχολική υγιεινή και στην παροχή υγειονομικών
φροντίδων στο σπίτι. Παρότι οι τοπικές και οι περιφερειακές αρχές ενδιαφέ-
ρονται περισσότερο από όλα για τον νοσοκομειακό προγραμματισμό και για
ορισμένα θέματα της δημόσιας υγείας, σε πολλές επαρχίες έχουν ιδρυθεί
συμβούλια με σκοπό το συντονισμό όλων των υπηρεσιών υγείας, μέσα στην
συγκεκριμένη επαρχία.

Βασική μονάδα του συστήματος

Βασική μονάδα του συστήματος είναι το νοσοκομείο. Το 1977, στον Κανα-
δά, υπήρχαν 1390 νοσοκομεία με 201.500 κρεβάτια, δηλαδή αναλογία 87
κρεβάτια για 1.000 κατοίκους. Ειδικότερα υπήρχαν ιεραρχικά κατανομημένα
και κατά επαρχίες: α) 888 γενικά νοσοκομεία με 126.000 κρεβάτια, β) 371
ειδικά νοσοκομεία με 40.000 κρεβάτια, γ) 126 ψυχιατρικά με 36.000 κρεβά-
τια και δ) σανατόρια με 240 κρεβάτια.

Από την κίνηση των ασθενών και τον απολογισμό των κρεβατιών φαίνε-
ται, ότι όχι μόνο η αναλογία τους είναι επαρκής, αλλά και ο προγραμματι-
σμός τους στις σύγχρονες ανάγκες τόσο καλός, ώστε τα τελευταία χρόνια
δε χρειάστηκε να αυξηθούν για να καλύψουν νέες μορφές αναγκών νοση-

λείας. Απεναντίας μειώθηκαν σε ορισμένες κατηγορίες, ιδίως αυτά που προορίζονταν για τις ανάγκες νοσηλείας ψυχικά νοσούντων και φυματικών.

Η σύγχρονη πολιτική προσανατολίζεται στη δημιουργία κέντρων υγείας σ' όλες τις επαρχίες και στην άσκηση ομαδικής ιατρικής στα αστικά κέντρα με πολύ καλά αποτελέσματα, ώστε να μην απαιτούνται, παρά τη γήρανση του πληθυσμού περισσότερα νοσηλευτικά κρεβάτια. Αυτό το γεγονός αποτελεί κυρίως επιτυχία, τόσο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όσο και της υγειονομικής διαφώτισης των κατοίκων.

Ιατρικό προσωπικό

Το 1976, στον Καναδά, ασκούσαν την ιατρική 40.130 γιατροί, δηλαδή αναλογία 1 γιατρός προς 578 κατοίκους.

Οι γιατροί χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους γενικούς γιατρούς και στους ειδικούς. Οι γενικοί γιατροί ασκούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη στις αστικές και αγροτικές περιοχές.

Οι ειδικοί γιατροί εργάζονται στα νοσοκομεία ή στα ιδιωτικά ιατρεία. Στον Καναδά, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν, κατά κύριο λόγο, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης υπάρχουν ειδικά ιατρεία, όπου παρέχουν, τις υπηρεσίες τους γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων ομαδικά.

Εκτίμηση του συστήματος υγείας του Καναδά

Το σύστημα υγείας του Καναδά, είναι το συμπέρασμα μελέτης των παγκόσμιων δεδομένων, που εφαρμόστηκαν διαδοχικά και σταδιακά για να ενταχθούν στην κοινωνική δομή της χώρας.

Σε κάθε τομέα εφαρμογής η θέση έφερε την αντίθεση, για να προχωρήσει στην συνθετική μορφή, που αρμόζει στο σύστημα, στη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή, με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινωνικού συνόλου.

Ο μετασχηματισμός της Καναδικής οικονομικής, κοινωνικής δομής από

αγροτική σε βιομηχανική, άλλαξε τη δομή στην παροχή υγειονομικών φροντίδων με σκοπό τη διατήρηση και ανύψωση της ποιότητας ζωής των Καναδών, που απελεύθετο επιπρόσθετα από τις νόσους που έφερε αυτή η αλλαγή της κοινωνίας. Με την αλλαγή της κοινωνικής δομής το Καναδικό σύστημα υγείας, άλλαξε, για να προσαρμοστεί στη διατήρηση της ποιότητας επιβίωσης του λαού.

Το σύστημα στηρίζεται στην ενημέρωση, διαφώτιση και ενεργό συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου και προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας για τη προστασία του ατόμου σαν κοινωνικού όντος.

Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η επιμόρφωση των κατοίκων ορισμένων περιοχών στα θέματα υγείας, η σύμπτυξη κέντρων υγείας και κοινωνικών κέντρων, η ίδρυση κέντρων αποκατάστασης χρόνια πασχόντων ή αναπήρων με συμμετοχή των κοινωνικών φορέων.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΑΛΛΙΑΣ

α) Στατιστικά στοιχεία

Η Γαλλία είναι ενιαίο και διοικητικά αποκεντρωμένο κράτος. Οι δαπάνες για την υγεία χρηματοδοτούνται από το δημόσιο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Η Γαλλία είναι η δεύτερη σε σειρά χώρα της Δυτικής Ευρώπης, μετά την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, σε σχέση με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, την ίδια δε θέση κατέχει και στις συνολικές δαπάνες για την υγεία.

Το 1975 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν το 6,8% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος και ήταν σε απόλυτο μέγεθος 103.654 * 1000.000 γαλλικά φράγκα, από αυτά δε οι δημόσιες δαπάνες ανέρχονταν σε 75.824 * 1000.000 γαλλικά φράγκα. Αντίστοιχα το 1980 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν περίπου το 7,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος και ήταν σε απόλυτο αριθμό 220.946 * 1000.000 γαλλικά φράγκα, από αυτά δε οι δημόσιες δαπάνες ανέρχονταν σε 170.517 * 1000.000 γαλλικά φράγκα και σήμερα φτάνουν το 7,8% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος.

Σε γενικές γραμμές, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία διαμοιράζονται κατά υγειονομικούς τομείς: νοσοκομειακή περίθαλψη 42-50%, εξωνοσοκομειακή 27-30%, υγειονομικά αγαθά 20-25% και μεταφορές ασθενών περί το 7%. Το 1982 οι δαπάνες του κοινωνικού τομέα έφτασαν το 27% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος.

β) Αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στη Γαλλία.

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας είναι το αντιπροσωπευτικό σύστημα της

μικτής πρωτοβουλίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Έτσι γίνεται κατ' απόλυτο τρόπο σεβαστή η ελευθερία του ατόμου στην επιλογή του γιατρού του, που αποτελεί το επιστέγασμα του χάρτη των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος που εξασφαλίζουν την ευελιξία των πολιτών, είναι:

1) Από 1ης Ιανουαρίου 1978 ασφαλιστική κάλυψη όλων των Γάλλων για παροχές υγείας. Κάθε Γάλλος έχοντας την κάρτα υγείας, μπορεί να συμβουλευτεί όποιον γιατρό θέλει, να πληρώσει το ποσό που ορίζει ο νόμος και, στη συνέχεια, να εισπράξει αμέσως την αμοιβή που κατέβαλε, από τον ασφαλιστικό οργανισμό στο οποίο ανήκει. Στην περίπτωση νοσοκομειακής περίθαλψης σε δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική, το ασφαλιστικό ταμείο πληρώνει κατ' ευθείαν όλο το ποσό ή μέρος, ανάλογα με την περίπτωση. Το ίδιο συμβαίνει και με τα φάρμακα ή τις άλλες δαπάνες για τα υγειονομικά αγαθά. Το 60% των Γάλλων έχουν συμπληρωματικές ασφάλισες υγείας δημοσίου ή ιδιωτικού χαρακτήρα. Γενικά πάνω από το 80% των δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας και πάνω από το 60% των δαπανών για τα φάρμακα καλύπτονται από το δημόσιο τομέα. Τα υπόλοιπα αναλαμβάνονται από τους ιδιώτες.

2) Οι γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα ή και στους δύο. Ειδικότερα οι νοσοκομειακοί γιατροί, μπορούν να απασχολούνται με μερική ή πλήρη απασχόληση στο δημόσιο τομέα. Υπάρχουν ιδιωτικά κρεβάτια μέσα στα δημόσια νοσοκομεία και οι ασθενείς μπορούν, όχι μόνο να νοσηλεύονται αλλά και να εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ιδιωτικά. Οι ασθενείς επίσης μπορούν να επιλέγουν ιδιωτικές κλινικές και γιατρούς του ιδιωτικού τομέα.

3) Μετά το 1977 ως βασικές αρχές τέθηκαν:

α) η ενότητα του κοινωνικού τομέα και του τομέα υγείας, β) η ενοποίηση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στο γενικό προγραμματισμό και γ) ο συν-

τονισμός της δράσης των αποκεντρωμένων υπηρεσιών με αναγνώριση της "επαρχίας" ως βασικής ομάδας οικονομικού και κοινωνικού προγραμματισμού και ανάπτυξης, με συμμετοχή των κοινωνικών φορέων.

γ) Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη Γαλλία

Ο υπουργός υγείας και κοινωνικής ασφάλισης είναι υπεύθυνος για τα θέματα της υγείας. Οι επαρχιακές υπηρεσίες υγείας οργανώνονται σύμφωνα με τη λοιπή διοικητική οργάνωση της χώρας, σε τρία επίπεδα α) το επαρχιακό, β) το νομαρχιακό και γ) το τοπικό.

α) Επαρχιακό επίπεδο

Σε επαρχιακό επίπεδο γίνεται ο προγραμματισμός, ο συντονισμός και ο έλεγχος (διοικητικός και οικονομικός), των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσοκομείων. Με τη διεύθυνση του "Επαρχου" τα καθήκοντα αυτά ασκούνται από τον Επαρχιακό Διευθυντή, που σπάνια είναι γιατρός. Επιπρόσθετα, ο Επαρχιακός Υγειονομικός Επιθεωρητής, που είναι γιατρός, συμβουλεύει τον "Επαρχο" στα τεχνικά θέματα, συντονίζει τον τεχνικό έλεγχο και παρακολουθεί τη λειτουργία των πανεπιστημιακών νοσοκομειακών κέντρων.

β) Νομαρχιακό επίπεδο

Σε νομαρχιακό επίπεδο, ο Διευθυντής Υγείας και Κοινωνικής Ευημερίας, που σπάνια επίσης είναι γιατρός, βοηθούμενος από υπαλλήλους γιατρούς, είναι υπεύθυνος για την υγεία του περιβάλλοντος, τις υπηρεσίες της προληπτικής ιατρικής και τις κοινωνικές-προνοιακές παροχές. Τόσο ο Νομάρχης, όσο και ο Διευθυντής Υγείας και Κοινωνικής Ευημερίας, ασκούν το έργο τους, σύμφωνα με τις οδηγίες που τους δίνονται από τον Επαρχιακό Υγειονομικό Διευθυντή.

γ) Τοπικό επίπεδο

Σε τοπικό επίπεδο, ο Δήμαρχος είναι υπεύθυνος για τη δημόσια υγεία κάτω από τη διοικητική εξουσία του Νομάρχη. Σ' όλες τις πόλεις με πληθυσμό πάνω

από 20.000 κατοίκους και τους λοιπούς δήμους με περισσότερους από 2.000 κατοίκους, λειτουργεί ένα γραφείο υγείας που διευθύνεται από ένα γιατρό πλήρους ή μερικής απασχόλησης, ανάλογα με την έκταση της περιοχής. Επίσης λειτουργεί μια τοπική επιτροπή υγείας με συμβουλευτικές αρμοδιότητες.

Βασική μονάδα του συστήματος

Το νοσοκομείο αποτελεί τη βασική μονάδα του συστήματος υγείας στη Γαλλία. Ειδικότερα στη Γαλλία λειτουργούν σήμερα περίπου 900 δημόσια νοσοκομεία με 430.000 κρεβάτια, 2.580 ιδιωτικές κλινικές με 180.000 κρεβάτια, 50 σανατόρια με 8.500 κρεβάτια και 110 ψυχιατρικά ιδρύματα με 100.000 κρεβάτια.

Για την πρόληψη λειτουργούν πολλά κέντρα υγείας και ειδικευμένες μονάδες που συνεχώς μορφοποιούνται για να προσαρμοστούν στην πολιτική της ενεργοποίησης της προληπτικής ιατρικής, με παράλληλες προσπάθειες ισοκατανομής των παροχών υγείας κατά γεωγραφικές περιοχές, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της καθημιάς, ώστε να παρέχεται υγεία σε όλους.

Στην Αναφορά του Μαρτίου του 1982 με τον τίτλο: "Πρόταση για μια πολιτική πρόληψης", προτείνονται συγκεκριμένα μέτρα, ώστε η πρόληψη να γίνει εθνική προτεραιότητα. Ειδικότερα προτάθηκαν: α) Σύσταση συμβουλίων σ' όλα τα επίπεδα (εθνικό, επαρχιακό, περιφερειακό, τοπικό), για την προαγωγή της υγείας. β) Ετήσια δημοσίευση αναφοράς για την υγεία, όπως συντάσσονται οι εθνικοί λογαριασμοί. γ) Εκσυγχρονισμός του συστήματος πληροφόρησης γενικά στα θέματα υγείας και ειδικά της έρευνας της δημόσιας υγείας και της επιδημιολογίας. δ) Αλλαγή σπουδών σ' όλα τα επίπεδα και για όλους τους "παραγωγούς" υγείας, με έμφαση στην εξειδίκευση της πρόληψης κ.λπ.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Περισσότερα από τα 2/3 των γιατρών ασκούν ιδιωτική "ελεύθερη" ιατρική, είτε ως απασχόληση αποκλειστική ή παράλληλα με την άσκηση-ιατρικής στο δημόσιο τομέα. Οι Γάλλοι γιατροί επισκέπτονται πιο συχνά από τους άλλους Ευρωπαίους συναδέλφους τους, ασθενείς στο σπίτι τους.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί διακρίνονται σε γιατρούς μερικής και σε γιατρούς πλήρους απασχόλησης. Οι γιατροί με μερική απασχόληση προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, όπως ορίζει η ατομική τους σύμβαση. Αντίθετα, οι νοσοκομειακοί γιατροί με πλήρη απασχόληση προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για 39 ώρες την εβδομάδα.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: α) στους διευθυντές, β) στους επιμελητές, και γ) στους εσωτερικούς. Παρεμφερείς διακρίσεις υπάρχουν και στους πανεπιστημιακούς γιατρούς. Εδικότερα το 1982 υπηρέτουσαν στο δημόσιο τομέα πάνω από 15.000 γιατροί με πλήρη απασχόληση. Από αυτούς το 1/4 έχουν δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής μόνο μέσα στα νοσοκομεία, δηλαδή είναι νοσοκομειακοί γιατροί πλήρους αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης.

Στη Γαλλία υπάρχουν 24 ιατρικές σχολές, όπου, μέχρι σήμερα οι φοιτητές, περίπου 100.000, εκπαιδεύονται για 7 χρόνια. Οι σπουδές διακρίνονται σε II ενότητες θεωρίας, έρευνας και πρακτικής.

Σ' όλη τη Γαλλία λειτουργούν, ανανεούμενα προγράμματα, 30 σχολές μαιών και 250 σχολές νοσοκόμων, πλην όμως, επειδή το επάγγελμα της νοσοκόμου είναι χαμηλά στις προτιμήσεις των νέων, υπάρχει σ' όλους τους τομείς σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, που μειώνει την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

Οι αρχές της Γαλλικής Επανάστασης του 1789, που χάραξαν νέους δρόμους στη σκέψη για το ρόλου του κράτους και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη δημιουργία των κοινωνικών δομών, δεσπόζουν και στην πολιτική επιλογή του συστήματος υγείας στη Γαλλία. Πάνω απ' όλα ελευθερία, ισότητα, αδελφσύνη.

Πρώτη απ' όλα η ελευθερία. Ελεύθερη επιλογή γιατρού, σ' ελεύθερο σύστημα να δέχεται όλες τις δυνατές πραγματώσεις των πολιτικών επιλογών, χωρίς ν' αποκλείει καμιά θεώρηση ως απαράδεκτη, αλλά χωρίς να δέχεται και κάποια άλλη απόλυτα ως το μόνο σύστημα όλου του λαού. Ιδιαίτερα η ιδιωτική πρωτοβουλία, μέσα στο δημόσιο τομέα της παροχής νοσηλείας, δημιουργεί ανταγωνισμό που πολλές φορές καταλήγει ουσιαστικά σε βάρος της υγείας του λαού, κακό προγραμματισμό, τόσο χωροταξικό όσο και λειτουργικό, και κοινωνικές ανισότητες.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ

α) Στατιστικά στοιχεία

Οι δαπάνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία καλύπτονται κυρίως από φορολογικά έσοδα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία το 1980 ήταν περίπου 46.000 * (1.000.000) κορώνες και απ' αυτές οι δημόσιες δαπάνες ήταν 44.000 * (1.000.000) κορώνες. Ειδικότερα, σε αναφορά με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι οι πιο υψηλές στον κόσμο. Το 1975 ήταν 8,4% και σήμερα έχουν φτάσει το 11% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία κυμαίνεται στο 3,5%. Ο καταμερισμός των συνολικών δαπανών απεικονίζει το σύστημα υγείας της Σουηδίας και καταμερίζεται στο 77% για νοσοκομειακή περίθαλψη, στο 10% για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, στο 8% για περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων και στο 5% για λοιπές κοινωνικές παροχές.

β) Αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στη Σουηδία.

Το Σουηδικό σύστημα διαχωρίζει τον τομέα της ασφάλισης για την υγεία από τον τομέα για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Η εθνική Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι το ανώτατο διοικητικό όργανο για την ασφάλιση της υγείας, από το οποίο εξαρτώνται 26 τοπικά γραφεία.

Η ασφάλιση της υγείας χρηματοδοτείται κατά 15% από το Κράτος και κατά 85% από ασφαλιστικές εισφορές (εργοδοτών και εργαζομένων). Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους τους κατοίκους ηλικίας πάνω από 16 χρονών και καλύπτει παροχές υγείας και απώλεια εισοδημάτων που οφείλεται σε ανικανότητα για εργασία.

Οι βασικές αρχές του συστήματος παροχής υγειονομικών φροντίδων στη Σουηδία είναι οι θεμελιώδεις αρχές της πολιτικής στο κράτος αυτό της κοινωνικής ευημερίας. Η σταθερότητα και η ομοιογένεια αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής ζωής.

Το 1975 η Εθνική Υπηρεσία Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας δημοσίευσε το "Πρόγραμμα των Υπηρεσιών Υγείας στη Σουηδία το 1980", που αναφερόταν σε μια περίοδο 15 χρόνων.

Βασικές αρχές του συστήματος υγείας ορίστηκαν: α) η εξασφάλιση της ισότητας παροχής υγειονομικών φροντίδων, που κρίνονται απαραίτητες και για οποιονδήποτε τις έχει ανάγκη, β) η δυναμική της πολιτικής της υγείας και γ) η αναγνώριση της ψυχο-κοινωνικής οντότητας του ατόμου.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω βασικών αρχών αυξήθηκαν οι δυνατότητες παροχών πρώτων βοηθειών και προληπτικής ιατρικής, βελτιώθηκαν οι παροχές των κέντρων υγείας και συνενώθηκαν οι κοινωνικές παροχές με τις παροχές υγείας.

Τα ειδικά προγράμματα προσαρμόζουν τις παροχές υγειονομικών φροντίδων στις συγκεκριμένες απαιτήσεις της μεταβαλλόμενης κοινωνικής δομής, όπως: για την καταπολέμηση των μεταδοτικών και μη νόσων, για την ιατρική της εργασίας, για την πρόληψη των ατυχημάτων και πρώτες βοήθειες, για την υγεία μητέρας και παιδιού και τη σχολική υγιεινή, όπως και κυρίως για την ενημέρωση και διαφώτιση για υγιεινό τρόπο ζωής.

Ειδικότερα: Το 1977 το Σουηδικό Κοινοβούλιο ανέλαβε μια ακόμα εκστρατεία κατά του αλκοολισμού.

Το 1971 άρχισε ένα άλλο δεκαετές πρόγραμμα υγιεινής της διατροφής και φυσικής αγωγής.

Το 1973 άρχισε ένα 25ετές πρόγραμμα κατά του καπνίσματος.

Επίσης ένα άλλο πρόγραμμα ορίστηκε για την επιδίωξη των ανθρωπιστικών σχέσεων γονέων και παιδιών, με σκοπό τη σωστή αντιούλληψη για την αποφυγή των εκτρώσεων.

Ειδική μέριμνα επίσης δόθηκε τα τελευταία χρόνια για τους πνευματικά αναπήρους, με κατευθυντήριες την (επανα)κοινωνικοποίηση, την αποκέντρωση των υπηρεσιών και τη θεραπεία σε μικρές ομάδες, με ειδικές μεθόδους κατά περίπτωση. Το 1975 λειτουργούσαν στη Σουηδία ειδικά ιδρύματα για πνευματικά πάσχοντες που περιλάμβαναν: 606 παιδικούς σταθμούς, 12663 σχολεία γενικής εκπαίδευσης και 3464 σχολεία επαγγελματικής κατάρτισης, που είχαν τη δυνατότητα να δεχθούν 16733 αναπήρους. Πρόσθετα παρέχονταν βοήθεια στο σπίτι από 4.807 πρόσωπα (δηλαδή αναλογία 57 βοηθοί για 100.000 κατοίκους), και λειτουργούσαν 9.805 κέντρα θεραπείας, 1.453 ειδικά νοσοκομεία, 2.190 φοιτητικές εστίες και 1979 θέσεις εσωτερικών. Έτσι συμπληρώθηκε όλο το οικοδόμημα παροχής ουσιαστικής και κατάλληλης, κατά περίπτωση, βοήθειας, στους πνευματικά νοσούντες για την εξασφάλιση της ψυχικής, κοινωνικής ευεξίας και οντότητας των Σουηδών.

Η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού οδήγησε στην εκπόνηση ειδικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των αναγκών του. Το 1977 λειτουργούσαν στη Σουηδία 8.000 δημοτικές εστίες για ηλικιωμένους, που πρόσφεραν πολλές παροχές, όπως κατοικία, τροφή, μεταφορά και ειδικές άλλες υπηρεσίες κατά περίπτωση. Επίσης πολλές ιατρικές ειδικότητες προσανατολίζονται σε παροχές ειδικά προς τους ηλικιωμένους, όπως είναι η ορθοπαιδική, η ογκολογία, η εσωτερική ιατρική και η γηριατρική.

Σχετικά με τις ασφαλίσες των πολιτών από διάφορους κινδύνους υπάρχουν ειδικοί νόμοι για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, όπως:

- α) του 1974 για την ασφάλιση των οδοντιατρικών φροντίδων, για όλους τους κατοίκους ηλικίας πάνω από 17 χρόνων (κάτω από 17 χρόνων προσφέρονται δωρεάν από την εθνική υπηρεσία υγείας).
- β) του 1976 για την ασφάλιση από το ιατρικό ατύχημα, για κάθε πρόσωπο που νοσηλεύεται σε δημόσια νοσηλευτική μονάδα,
- γ) του 1976 για τη μερική συνταξιοδότηση από τα 60 χρόνια, με τη δυνατότη-

τα παράλληλης απασχόλησης,

- δ) του 1977 για το εργατικό ατύχημα, σε ευρύτατη έννοια, που αποσκοπεί στην πλήρη κάλυψη του εργαζομένου απ' οποιοδήποτε έκτακτο νοσηρό περιστατικό, που έχει σχέση με την παροχή της εργασίας του,
- ε) επίσης του 1977 για τη χορήγηση άδειας 90 ημερών και στους δύο γονείς, για το πρώτο χρόνο μετά τη γέννηση του παιδιού τους.
- στ) Σημαντική επίσης νομοθετική ρύθμιση είναι του 1978, με την οποία καθιερώθηκε η αρχή συνεργασίας εργοδότη και εργαζομένου, για την αποφυγή των ατυχημάτων και για την καλύτερη εξασφάλιση των όρων εργασίας, σε συνδυασμό με τα μέτρα για την εξυγίανση του περιβάλλοντος. Ειδικά ο εργοδότης είναι υποχρεωμένος για τη δημιουργία μονάδας πρώτων βοηθειών, σε περίπτωση επιχειρήσεων που απασχολούν πάνω από 50 μισθωτούς.

γ) Διοικητική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία

Η κοινωνική ζωή στη Σουηδία ασκείται σε τρία διαφορετικά επίπεδα α) το εθνικό, β) το περιφερειακό, γ) το τοπικό. Ο διοικητικός μηχανισμός είναι εκούσια πολύπλοκος, ερευνητικά επεξεργασμένος και καθορισμένος με λεπτομέρειες. Το διοικητικό σχήμα της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία μπορεί να κατανοηθεί μόνο, αν ληφθεί υπόψη η ιστορική εξέλιξη της οικονομίας από αγροτική σε βιομηχανική.

Πρωτοτυπία του συστήματος

Οι υπεύθυνοι προχωρούν σε τροποποιήσεις των συστημάτων, μετά από εμπειριστατώμενες ειδικές έρευνες για τη δυνατότητα προσαρμογής τους στην κοινωνική ζωή. Έτσι, ενώ το πρόγραμμα για την υποχρεωτική ασφάλιση της υγείας ψηφίστηκε το 1947, άρχισε να εφαρμόζεται το 1955. Στο μεταξύ έγιναν πολλές μελέτες και παραματισμοί σταδιακά για τη δυνατότητα

εφαρμογής του σ' όλη τη Σουηδία.

α) Εθνικό επίπεδο

Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι αρμόδιος για τον καθορισμό των κυβερνητικών κατευθυντήριων γραμμών στα θέματα υγείας, για την προώθηση των γενικών προγραμμάτων λειτουργίας και την έγκριση των σχετικών προϋπολογισμών. Πλήν όμως η επεξεργασία και η εκτέλεση των προγραμμάτων υγείας και των κατευθυντήριων γραμμών, σύμφωνα με τις ανάγκες της χώρας, ανήκει στην αρμοδιότητα του Γραφείου Εθνικής Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, που επίσης έτσι εποπτεύει όλα τα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα παροχής υγειονομικών φροντίδων. Σύμφωνα με τα στοιχεία που διαθέτει, αναλύει τις ανάγκες του γενικού κοινωνικού συνόλου και των επιμέρους περιφερειών και καταρτίζει προγράμματα σε εθνικό επίπεδο. Χαράσσει τις κατευθύνσεις στην πολιτική της υγείας και την προσαρμογή της στις ανάγκες που μορφοποιούνται με την κοινωνική εξέλιξη, όπως π.χ. το τελευταίο πρόγραμμα για την κατασκευή κέντρων υγείας για την περίοδο 1977-1981. Εκπονεί επίσης προγράμματα ακόμη περισσότερο μακροπρόθεσμα, των 15 και 30 χρόνων, που προτρέχουν στην πιθανή κοινωνική εξέλιξη και τις ανάγκες που θα παρουσιαστούν.

β) Περιφερειακό επίπεδο

Η Σουηδία διαιρείται διοικητικά σε 26 κομητείες, που η καθεμιά έχει στην δικαιοδοσία της 250.000 κατοίκους περίπου. Τα γενικά συμβούλια των κομητιών έχουν αρμοδιότητα για κάθε κοινωνικό θέμα, όπως είναι η παιδεία, η πρόνοια και η υγεία. Ειδικότερα στα θέματα της υγείας είναι υπεύθυνα για την οργάνωση παροχής υγειονομικών φροντίδων (φυσική ιατρική και ψυχιατρική, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή) και για τη διαχείριση όλων των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Τα συμβούλια εκλέγονται με άμεση ψηφοφορία κάθε τρία χρόνια, ταυτόχρονα με τις εθνικές και δημοτικές αρχές. Τα γενικά συμβούλια συνέρχονται 3 έως 10 φορές το χρόνο. Ένα από τα διαρκή

όργανα που εξαρτώνται από κάθε γενικό συμβούλιο είναι η τοπική διεύθυνση της δημόσιας υγείας. Αυτή έχει πρωτεύοντα ρόλο, γιατί το 80% του συνολικού ποσού του προϋπολογισμού της κομητείας διατίθεται για την χρηματοδότηση των παροχών υγείας. Η ανεξαρτησία του γενικού συμβουλίου εξασφαλίζεται από το δικαίωμα, που του παρέχει ο νόμος, να επιβάλλει και να διαθέτει τους ειδικούς φόρους τοπικού χαρακτήρα. Αυτοί περιλαμβάνονται και εισπράττονται μαζί με τους δημοτικούς φόρους στην άμεση φορολογία εσοδήματος, που κάθε χρόνο καταβάλλει ο Σουηδός πολίτης. Με χρόνο υπολογισμού το 1977, το 54% των τοπικών φόρων δινόταν για την υγεία, από το 10% του εσοδήματος του κάθε Σουηδού, που διετίθετο συνολικά στους τοπικούς φόρους. Το υπόλοιπο ποσό καλυπτόταν από κρατικές επιχορηγήσεις. Συντονιστικό όργανο των γενικών συμβουλίων των κομητειών είναι η Ομοσπονδία των Συμβουλίων. Αυτή, βασιζόμενη σε μελέτες και εισηγήσεις ειδικών επιτροπών και συμβουλευτικών οργάνων, δίνει κατευθύνσεις και πληροφορίες για την κοινή πολιτική στα θέματα υγείας.

γ) Τοπικό επίπεδο

Πολλοί οργανισμοί, εκτός από τα συμβούλια των κομητειών, συμμετέχουν επίσης σε διάφορους τομείς, στη διατήρηση της υγείας. Οι δήμοι έχουν την άμεση αρμοδιότητα, για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων για τη πρόληψη και την εξάλειψη των βλαβερών συνεπειών, όπως και για τη βελτίωση των όρων υγιεινής ζωής των κατοίκων. Οι δήμοι επίσης είναι υπεύθυνοι για την καλή λειτουργία των κέντρων υγείας της περιοχής τους.

Βασική μονάδα του συστήματος

Το νοσοκομείο είναι η κύρια μονάδα παροχής υγειονομικών φροντίδων. Το 1975 στη Σουηδία υπήρχαν 880 νοσοκομεία με συνολικό αριθμό κρεβατιών 136.393. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά, κομητειακά, χρόνια πασχόντων και ειδικά. Η Σουηδία έχει ένα απ' τα μεγαλύτερα και καλύτερα

οργανωμένα δίκτυα νοσοκομείων του κόσμου. Υπάρχουν 8 περιφερειακά νοσοκομεία με σύνολο κρεβατιών 14.175, που έχουν το καθένα από 1200-2300 κρεβάτια και καλύπτουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες, την έρευνα και την εκπαίδευση. Τα κομητειακά νοσοκομεία είναι γενικά ή ειδικά και καλύπτουν τις ανάγκες των κομητειών στη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όπως και στη παροχή πρώτων βοηθειών.

Όλες οι νοσοκομειακές μονάδες διοικούνται από τα συμβούλια των κομητειών, εκτός: α) από δύο περιφερειακά νοσοκομεία που τα διαχειρίζεται το κράτος, και β) τις ιδιωτικές κλινικές. Το 2,8% του συνόλου των κρεβατιών είναι κρατικά, το 89,9% είναι κομητειακά και δημοτικά, το 1,4% είναι ιδρυματικές μορφές και το 5,8% είναι ιδιωτικές κλινικές. Μέχρι πρό τινος η τάση ήταν η συγκέντρωση όλων των υγειονομικών παροχών μέσα στα νοσοκομεία. Ειδικά οι ιατρικές επισκέψεις, κατά 50%, γίνονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, κατά 30% στους γενικούς και ειδικούς γιατρούς των κέντρων υγείας και κατά 20% σε ιδιωτικούς γιατρούς. Οι περιοχές υποδιαιρούνται σε τομείς που έχουν την ευθύνη παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για 10.000-50.000 κατοίκους. Κάθε συνοικία έχει ένα ή δύο κέντρα υγείας. Η Σουηδία αριθμούσε, το 1975, 680 κέντρα υγείας, 1877 αναρρωτήρια και 2.050 νοσοκόμες της συνοικίας. Το 1975, σε 36.565 άτομα (δηλ. 45 στους 1.000 κατοίκους) ηλικίας πάνω από 70 χρονών, παρέχονταν υπηρεσίες στο σπίτι, είτε από ειδικό προσωπικό, είτε από συγγενείς, που αμείβονταν οι υπηρεσίες τους. Το 1976, 328.553 ηλικιωμένα πρόσωπα είχαν βοήθεια από 74.692 θεραπευτές στο σπίτι και 3.192 οικιακούς βοηθούς.

Νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό

Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηριστικό είναι ότι Το 1977 λειτουργούσαν στη Σουηδία 34 σχολές νοσοκόμων, όπου φοιτούσαν 10.314 μαθήτριες. Υπάρχουν δύο στάδια σπουδών για τις νοσοκόμες στη Σουηδία α) οι βασικές σπουδές και β) η ειδίκευση σε διάφορους κλάδους. Οι

κλάδοι αυτοί ειδίκευσης είναι κυρίως γηριατρική, ψυχιατρική υγεία των νέων και παιδιατρική, που διαρκούν ένα έως δύο τρίμηνα. Πολύ σημαντική παρατήρηση και παράδειγμα για μίμηση είναι το ότι σε 120 σχολεία μέσης εκπαίδευσης, υπάρχουν τμήματα με επιλογή για προετοιμασία στο επάγγελμα της νοσοκόμου.

Υπάρχουν επίσης εννέα ιδρύματα για την εκπαίδευση των γιατρών της εργασίας και των φυσιοθεραπευτών.

Μετά απ' αυτά τα ειδικά προγράμματα, τα τελευταία δέκα χρόνια, διπλασιάστηκε το παραιατρικό προσωπικό, το οποίο τόσο πολύ έχει ανάγκη η Σουηδία για την εφαρμογή των προγραμμάτων της. Παρά ταύτα, το 1977, υπήρχαν περίπου 4,2% κενές θέσες νοσοκόμων στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, παρά την ετήσια αύξηση κατά 3% των μαθητών στις σχολές παραιατρικού προσωπικού. Το 1975 υπήρχαν στη Σουηδία 48.380 νοσοκόμες, 630 μαίες, 820 υγειονομικοί επιθεωρητές, 4.000 φυσιοθεραπευτές, 1800 γιατροί εργασίας, 13.700 βοηθοί νοσοκόμοι, 54.400 λοιπό βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό και 14.200 νοσοκόμες για τους ψυχικά νοσούντες.

Σχετικά με το ιατρικό προσωπικό χαρακτηριστικό είναι, ότι στη Σουηδία λειτουργούν 6 ιατρικές σχολές. Σ' αυτές φοιτούσαν το 1976 1246 φοιτητές. Οι πανεπιστημιακές ιατρικές σπουδές διακρίνονται σε δύο στάδια α) 5 1/2 χρόνια θεωρητική φοίτηση, και β) 21 μήνες πρακτική εξάσκηση των φοιτητών ως εσωτερικών στα νοσοκομεία των πανεπιστημίων ή στα περιφερειακά

Μετά υποχρεώνονται σε 4-5 χρόνια υπηρεσίας ως εσωτερικοί σε νοσοκομεία, για τη λήψη της ειδικότητας γενικού ή ειδικού γιατρού. Η οργάνωση των ιατρικών σπουδών ανατίθεται στα Συμβούλια των Ιατρικών Σχολών των Πανεπιστημίων. Επίσης τα Συμβούλια των Ιατρικών Σχολών είναι επιφορτισμένα με τα ερευνητικά προγράμματα και την εκπαίδευση των ερευνητών. Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας εποπτεύει την ανώτατη ιατρική εκπαίδευση.

Κάθε χρόνο ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων αναθεωρεί και προσαρμόζει τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τις ιατρικές ειδικότητες, με σκοπό την εξισορρόπηση των σχέσεων προσφοράς και ζήτησης στους τομείς που επιλέγονται ότι έχουν προτεραιότητα, όπως η γενική ιατρική, η ψυχιατρική κ.λ.π. Επίσης, σε ειδικά προγράμματα, περιλαμβάνεται και η μετεκπαίδευση. Οι γιατροί αυξάνουν κατά 5,4% κάθε χρόνο.

Στην Σουηδία εργάζονταν 15.000 γιατροί και 7.500 οδοντίατροι, με χρόνο υπολογισμού το 1977. Η κατάσταση είναι ίδια με την Ελβετία και τη Γερμανία, αλλά βρίσκεται ακόμα μακριά από την κατάσταση που υπάρχει στις ανατολικές χώρες. Σχεδόν όλοι οι γιατροί είναι υπάλληλοι, είτε στα νοσοκομεία, είτε στα κέντρα υγείας.

Σήμερα υπάρχουν 200-300 γιατροί που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, εγκαταστημένοι, οι περισσότεροι, στη Στοκχόλμη ή σε μεγάλες πόλεις. Εργάζονται σε ιδιωτικά ιατρεία.

Κάθε Σουηδός έχει το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού. Μπορεί π.χ. να επισκεφθεί γιατρό που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα ή να εξεταστεί μέσα σε νοσοκομείο.

Οι γιατροί πληρώνονται για 40 ώρες δουλειά την εβδομάδα στο νοσοκομείο που εργάζονται, αλλά τους δίνονται και 12 ώρες για δικό τους λογαριασμό. Έχουν το δικαίωμα είτε να τις προσφέρουν στο νοσοκομείο, ως αμειβόμενες υπερωρίες, εάν κρίνεται απαραίτητο, είτε σ' αυτόν τον χρόνο δέχονται ιδιώτες πελάτες, σε δικό τους ιατρείο ή σε ιατρείο πολλών μαζί γιατρών, που ασκούν ελεύθερη ιατρική.

Τα 3/4 των γιατρών είναι ειδικοί γιατροί. Έχουν κάνει σπουδές σχετικά μακροχρόνιες. Δώδεκα χρόνια αντί για επτά, που είναι το σύνηθες για όλους τους επιστήμονες. Δύο ειδικότητες είναι οι πιο περιζήτητες: η παθολογία (18% των ειδικών) και η χειρουργική (12%). Υπάρχει μικρός αριθμός Γενικών Γιατρών. Επειδή η δουλειά στο νοσοκομείο παρουσιάζει μεγάλη πίεση, αναλογικά, υπάρχουν λίγες γυναίκες γιατροί.

Η Σουηδική ιατρική είναι "υψηλής ποιότητας". Όλοι οι ειδικοί συμφωνούν. "Οι δημοσιουπαλληλοποίηση" των γιατρών δεν οδήγησε στη σοσιαλιστική Σουηδία σε απώλεια επαγγελματικής συνείδησης, που είναι ένας φόβος πολύ διαδεδομένος σε όλο το κόσμο. Η Σουηδία είναι γνωστή για την αποτελεσματικότητα της ιατρικής έρευνας και έχει πάρει τα περισσότερα Νόμπελ Υγείας. Πλήν όμως έχει το ίδιο πρόβλημα για τη στελέχωση των κέντρων υγείας των επαρχιών, επειδή οι Σουηδοί γιατροί αρνούνται να υπηρετήσουν, όπως συμβαίνει με τους συναδέλφους τους στο εξωτερικό. Η Κεντρική Διοίκηση, παρότι θα μπορούσε να θέσει εξουσιαστικά μέτρα, προτιμά να προστρέχει σε μεθόδους με κίνητρα, για την εγκατάσταση των γιατρών στην ύπαιθρο. Αυτή η πολιτική δεν μοιάζει με την τακτική που ακολούθησε η Αγγλία, όπου οι γιατροί που δεν αποδέχονται την "δημοσιουπαλληλοποίηση" μεταναστεύουν. Βέβαια, οι μισθοί στη Σουηδία είναι μεγαλύτεροι από εκείνους της Μεγάλης Βρετανίας και προσαρμοσμένοι άμεσα στη σοσιαλιστική κοινωνική δομή.

Ένας γενικός γιατρός κερδίζει 120.000 κορώνες το χρόνο και ένας ειδικός γιατρός 150.000-200.000 κορώνες το χρόνο, καθαρά, μετά από την αφαίρεση όλων των φόρων. Αλλά αυτά τα εισοδήματα δεν μπορούν να συγκριθούν με τα ποσά που κερδίζουν οι Γάλλοι γιατροί και ακόμα περισσότερο με τα ποσά που κερδίζουν οι Ελβετοί και οι Γερμανοί. Πλήν όμως οι Σουηδοί είναι ευχαριστημένοι από τους γιατρούς και οι γιατροί δέχονται βασικά το επαγγελματικό καθεστώς τους, γιατί το εισοδημά τους είναι αποδεκτό σε μια χώρα όπου η μισθολογική βεντάλια είναι κλειστή και υπάρχει καλή σοσιαλιστική συνείδηση που καθοδηγεί κύρια τα άτομα στις επιλογές δράσης τους.

δ) Εκτίμηση του συστήματος υγείας στη Σουηδία

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία αποτελεί το ιδεατό παράδειγμα για μίμηση της επιτυχίας του κράτους της κοινωνικής ευημερίας. Ο σοσιαλιστικός

κοινωνικός μετασχηματισμός στη Σουηδία ακολούθησε την οικονομική εξέλιξη της αγροτικής οικονομίας στη σύγχρονη βιομηχανική της μορφή. Η κοινωνική δικαιοσύνη θεμελίωσε το σύγχρονο σοσιαλιστικό σύστημα στη Σουηδία μέσα από την πολιτική σταθερότητα και την κοινωνική ομοιογένεια. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται για τη Σουηδία "ένας λαός, μια γλώσσα, μια θρησκεία και 160 χρόνια ειρήνης. Ομογένεια, συνοχή, αποδοχή των αρχών της ισότητας και της αλληλεγγύης αποτελούν τα μυστικά της επιτυχίας του Σουηδικού συστήματος". Οι αρετές αυτές όμως δεν εξάγονται. Γι' αυτό κάθε απόπειρα μεταφύτευσης αυτούσιου του συστήματος είναι καταδικασμένη σε αποτυχία, αν δεν ληφθούν υπόψη τα χαρακτηριστικά του λαού, για τον κοινωνικόμετασχηματισμό του κατά το Σουηδικό πρότυπο.

Ο ανθρωπισμός στοιχίζει και στοιχίζει πολύ στους Σουηδούς, αλλά αποτελεί την εδωποϊό διαφορά ανάμεσα στο σύστημα του νυκτοφύλακα κράτους και του κράτους της κοινωνικής δικαιοσύνης και ευημερίας.

Αποκέντρωση, προγραμματισμός, προσαρμοστικότητα άμεσα στις ανάγκες και ενεργός συμμετοχή των πολιτών, είναι τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος που ακολουθεί την οικονομική ανάπτυξη και την προσδιορίζει, ως το κύριο συντελεστή της επιτυχίας.

Πλήν όμως το σύστημα κοινωνικής ευημερίας δεν μπορεί να αναπαραχθεί σ' άλλη χώρα παρά μόνο αν συντρέξουν σωρευτικά, οι προϋποθέσεις και τα πραγματικά περιστατικά, που το απέδωσαν στη Σουηδία. Τούτο φαίνεται να είναι τόσο δύσκολο, όσο το να περάσει το ίδιο νερό, κάτω από τη γέφυρα της ιστορίας.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

A. Καθιέρωση και πορεία

Το εθνικό σύστημα υγείας στη Βρετανία καθιερώθηκε το 1948.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ένα πλέγμα επαγγελματιών (γιατρών, οδοντιάτρων, νοσηλευτών, φαρμακοποιών, φυσιοθεραπευτών κ.λπ.) που συνάπτουν συμβάσεις με το κράτος.

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από εθνικοποιημένα νοσοκομεία.

Το 1974, έχουμε την πρώτη, μετά από 24 χρόνια, αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας. Γίνεται προσπάθεια μιας περισσότερο ορθολογικής διαχείρισης των πόρων της τοπικής αυτοδιοίκησης στο σύστημα.

Το 1982 οι "Area Authorities", αντικαθίστανται από τις ευρύτερες "District Authorities" με αρμοδιότητα τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Το 1989 το NHS αναθεωρείται και πάλι με σκοπό την εισαγωγή "ελεγχόμενου ανταγωνισμού" που αναμένεται να κάνουν το σύστημα ποιό αποδοτικό.

B. Πολιτική για το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία

1α. Πληθυσμός. Γενικά χαρακτηριστικά.

Η Μεγάλη Βρετανία έχει πληθυσμό 56.000.000 άτομα. Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού παρουσιάζει την εικόνα των σύγχρονων βιομηχανικών κρατών, όπου οι συνθήκες διατροφής και υγιεινής είναι καλές, οι επιδημίες έχουν περιοριστεί στο ελάχιστο αλλά το περιβάλλον παρουσιάζει προβλήματα και υπάρχει αύξηση των θανάτων που οφείλονται στις τρεις "μάστιγες"

των σύγχρονων κοινωνιών:

- παθήσας του κυκλοφορικού
- νεοπλάσματα
- ατυχήματα

1β. Χρηματοδότηση

Χαρακτηριστικός του "εθνικού χαρακτήρα" του συστήματος υγείας στη Βρετανία είναι ο τρόπος χρηματοδότησής του, ο οποίος προέρχεται κατά 86% από το κράτος, κατά 10% από πόρους της κοινωνικής ασφάλισης και μόνο 4% προέρχεται από τη συμμετοχή των για εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα κ.λ.π.

Οι δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν σήμερα το 6% του Βρετανικού Α.Ε.Π. Το 1960, οι δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν μόνο το 4% του Α.Ε.Π. Παρατηρούμε δηλαδή ότι, η εξέλιξη των δαπανών για την υγεία ακολούθησε και στη Βρετανία την αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία των άλλων χωρών-μελών του Ο.Ο.Σ.Α.

Από το 1986, η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας άρχισε να απασχολεί την κυβέρνηση προς την κατεύθυνση της περικοπής των δημόσιων δαπανών.

1γ. Ανθρώπινο δυναμικό και υποδομή

Η αναλογία ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας, ανάλογα με τον πληθυσμό, είναι (με εξαίρεση το νοσηλευτικό προσωπικό) σχετικά μικρή συγκριτικά με τις άλλες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Η αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό είναι αρκετά υψηλή.

2α. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το Βρετανικό σύστημα υγείας, ξεκίνησε παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντί-

δα υγείας με την καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος αποτελεί το κύτταρο του συστήματος.

Ο οικογενειακός γιατρός έχει κατά κανόνα την ειδικότητα του γενικού γιατρού. Συμβάλεται με το κράτος και πληρώνεται από τις περιφερειακές αρχές υγείας με τους εξής τρόπους:

1. Αμοιβή κατά κεφαλήν ασθενή

Είναι η πιο συνηθισμένη περίπτωση. Ο γιατρός έχει υπό την ευθύνη του ένα συγκεκριμένο αριθμό ασθενών και πληρώνεται μ' ένα συγκεκριμένο ποσό, για καθ' ένα, ανεξάρτητα από τη χρησιμοποίηση ή μη των υπηρεσιών του.

2. Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση

Αυτός είναι ο τρόπος πληρωμής για συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις.

3. Βασικό επίδομα

Δίδεται εκτός της κατά κεφαλήν πληρωμής μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. σε απομακρυσμένες περιοχές).

Ο γενικός γιατρός παρέχει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στον πληθυσμό. Για να εσαχθεί ένας ασθενής σε νοσοκομείο χρειάζεται παραπεμπτικό του γενικού γιατρού.

Κάθε πολίτης επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό που θα τον παρακολουθεί, αλλά και ο γιατρός μπορεί να αρνηθεί τις υπηρεσίες του σε κάποιον ασθενή αν βέβαια έχει την δυνατότητα να βρει άλλον και όχι σε επείγοντα περιστατικά.

Ο γενικός γιατρός δουλεύει ή μόνος του σε ιδιωτικό ιατρείο ή σε συνεργασία με άλλα επαγγέλματα της Π.Φ.Υ. (νοσηλευτές-μαίες κ.λπ.) ή σε κέντρα υγείας, οργανωμένα από το κράτος.

Στη Μεγάλη Βρετανία σήμερα υπάρχουν 27.000 οικογενειακοί γιατροί. Στον καθένα αναλογούν 1900 ασθενείς περίπου.

Η οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται σε ιδιωτικά ιατρεία με ραντεβού. Ο τρόπος πληρωμής του οδοντιάτρου είναι κατά πράξη και περίπτωση, σύν 10% περίπου συμμετοχή του αρρώστου.

Η φαρμακευτική φροντίδα παρέχεται δωρεάν, εκτός από μια συμμετοχή

περίπου 0,20.

Εντελώς δωρεάν οδοντιατρική-οφθαλμολογική και φαρμακευτική φροντίδα παρέχεται σε παιδιά, εγκύους και υπερήλικες.

2β. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Δ.Φ.Υ)

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα νοσοκομεία που απασχολούν ειδικευμένους γιατρούς. Η εισαγωγή γίνεται με παραπομπή του γενικού γιατρού ο οποίος μπορεί να παρακολουθεί τους ασθενείς του και μέσα στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, η μέση διάρκεια νοσηλείας στη Μεγάλη Βρετανία τείνει να μειωθεί. Η μείωση του χρόνου νοσηλείας αποτελεί το στόχο όλων των συστημάτων υγείας, τα τελευταία χρόνια, με σκοπό τη μείωση των δημοσίων δαπανών για τον τομέα της υγείας.

Τόσο οι επισκέψεις σε γιατρούς όσο και η νοσηλεία σε νοσοκομεία βρίσκονται περίπου στο μέσο όρο των άλλων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. και βαίνουν μειούμενες.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να παρατηρηθεί ότι η δωρεάν παροχή Π.Φ.Υ. δεν επέφερε αύξηση της ζήτησής του, δηλαδή αύξηση των επισκέψεων σε γιατρούς, κάτι που θα περίμενε κανείς.

Το σημαντικότερο ίσως μειονέκτημα, του συστήματος είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής και μάλιστα σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα αποτελούν συνέχεια αιτία διαμάχης και λόγο συχνών μεταρρυθμίσεων στο NHS.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι μεγάλες λίστες αναμονής αποτελούν την αδυναμία των εθνικών συστημάτων υγείας, δεδομένου ότι υπάρχει αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και οι μισθοί των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας είναι χαμηλοί και αποδεδειγμένοι από την παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Γ. Η διοικητική δομή του εθνικού συστήματος υγείας στη

Μεγάλη Βρετανία.

1. Η πρώτη εφαρμογή του NHS: 1948-1974

Το NHS, όπως εφαρμόστηκε το 1948 ήταν το αποτέλεσμα των διαπραγματεύσεων μεταξύ τριών μερών:

Κράτος-διάφορες ομάδες στο χώρο της υγείας-ιατρικό σώμα.

Το αποτέλεσμα αυτών των διαπραγματεύσεων ήταν το NHS το οποίο δημιουργήθηκε το 1948 και που ήταν πολύ διαφορετικό απ' αυτό που είχε ουσιαστικά προταθεί το 1943.

Αρχές πάνω στις οποίες στηρίχθηκε ήταν οι εξής:

- η διατήρηση της "κλινικής ελευθερίας" των γιατρών,
- η προστασία των γιατρών από το κράτος,
- η διατήρηση του ιδιωτικού τομέα.

Αναφερόμενοι στην αρχή περί προστασίας των γιατρών από το κράτος, εννοείται η οικονομική ενίσχυση και ασφάλεια των γιατρών από το κράτος, χωρίς όμως σε καμιά περίπτωση να αναγκάζονται να "υπαλληλοποιούνται", να γίνονται με άλλα λόγια πληρωμένοι κρατικοί υπάλληλοι.

Το αποτέλεσμα αυτών των διαπραγματεύσεων ήταν η κυριαρχία του ιατρικού σώματος. Οι γιατροί σαν εδικοί, κυριάρχησαν στις διαπραγματεύσεις και κέρδισαν τα περισσότερα.

Το NHS οργανώθηκε σ' ένα "τριφασικό" σύστημα Νοσοκομειακός Τομέας/ Τοπικές Υπηρεσίες/ Υπηρεσίες Εκτελεστικού Συμβουλίου, παρά σ' ένα σύστημα τοπικής διαχείρισης όπως αρχικά είχε προταθεί.

Αναλύοντας την οργάνωση του NHS παρατηρούμε τα εξής:

- Μπορούμε να διακρίνουμε δύο περιπτώσεις σ' αυτή τη δομή από τη μια το νοσοκομειακό και από την άλλη τον εξωνοσοκομειακό τομέα.
- Το υπουργείο διένειμε πόρους στις 14 Regional Hospital Boards, καθώς και στα 36 συμβούλια Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων.
- Με τη σειρά τους, οι Regional Hospital Boards μοίραζαν τους πόρους

στις 330 Επιτροπές Νοσοκομειακής Διοίκησης για την προμήθεια υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

- Όσον αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, έχουμε αφενός τα 134 Τοπικά Εκτελεστικά Συμβούλια τα οποία έπαιρναν κάποιους πόρους άμεσα από το υπουργείο προκειμένου να πληρώσουν γενικούς γιατρούς, οδοντίατρους κ.λ.π. που αντιστοιχούσαν σε κάθε τοπική κοινότητα και αφετέρου, η Τοπική Αυτοδιοίκηση, μέσω της τοπικής φορολογίας και κάποιας κρατικής επιχορήγησης, πλήρωνε ιατρούς επισκέπτες κ.λ.π. προκειμένου να παρέχουν στον τοπικό πληθυσμό τους αντίστοιχες υπηρεσίες.

Το σύστημα έτσι όπως αρκετά σχηματικά παρουσιάστηκε, ίσχυε μέχρι το 1974.

2. Η πρώτη μεταρρύθμιση το 1974

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας άρχισε να προκαλεί αγωνία στους κυβερνητικούς κύκλους.

Οι χρήστες ήταν ανίκανοι να καθορίσουν τη δομή και τις προτεραιότητες των υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο γινόταν σημαντικό με την ανάπτυξη του NHS.

Επίσης, είναι εμφανής η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των οργάνων καθώς και η έλλειψη σχεδιασμού και προγραμματισμού τόσο σε κεντρικό όσο και σε τοπικό επίπεδο.

Οι ασθενείς από την άλλη, είχαν κάνει μια στροφή: από τις οξείες ασθένειες σε χρόνιες παθήσεις, πράγμα το οποίο εσήμαινε ότι χρειαζόταν να δοθεί περισσότερη έμφαση στη φροντίδα παρά στη θεραπεία.

Ακόμα, υπήρξε αύξηση των ηλικιωμένων με συνέπεια μια αυξανόμενη ζήτηση κοινωνικών υπηρεσιών.

Το θέμα λοιπόν ήταν η αποδοτική χρησιμοποίηση των ήδη υπάρχοντων πηγών, με τρόπο περισσότερο αποδοτικό. Στόχος ήταν όχι η αύξηση των

δαπανών αλλά η αποδοτικότερη χρησιμοποίησή τους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, προσφορότερη μέθοδος κρίθηκε ότι ήταν η αλλαγή της διοικητικής δομής του συστήματος, πράγμα το οποίο και έγινε.

Αυτή τη φορά στις εν λόγω συζητήσεις έχουμε γιατροί-κράτος.

Οι γιατροί προσπάθησαν να διατηρήσουν ότι είχαν κερδίσει το 1948, ενώ η κυβέρνηση ήθελε να περικόψουν τις δαπάνες και να αυξήσουν τη διαχειριστική αποδοτικότητα και τον έλεγχο του συστήματος.

Φυσικά, δεν υπήρξε διαφωνία για την όλη φιλοσοφία και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Η αναδιοργάνωση έγινε το 1974.

Η καινούργια δομή του συστήματος φάνηκε να εξυπηρετεί:

- την αποδοτικότερη διαχείριση και
- τον υψηλό βαθμό αντιπροσωπευτικότητας (representation) σε διάφορα επίπεδα της διοικητικής δομής του NHS.

Αυτά τελικά, εσήμαιναν τη δημοκρατικοποίηση του NHS στο βαθμό που οι χρήστες αυτού είχαν ένα λόγο στην όλη υπόθεση των υπηρεσιών υγείας, με τη δημιουργία των Community Health Councils (Τοπικά Συμβούλια Υγείας).

Από τη μελέτη της δομής του νέου συστήματος, μπορούμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

1 Η άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα ασκείται πλέον σε τρία επίπεδα

- Κεντρικό επίπεδο: Υπουργείο Υγείας (Department of Health and Social Security)
- περιφερειακό επίπεδο: Περιφερειακοί Τομείς Υγείας (Regional Health Authorities)
- Τοπικό επίπεδο: Τοπικοί Τομείς Υγείας (Area Health Authorities).

Όσον αφορά το πρώτο επίπεδο, είναι εκείνο που για τις πράξεις του λογοδοτεί προς το κοινοβούλιο.

Στο δεύτερο επίπεδο, αυτοί οι τομείς είναι 14, και για τις πράξεις τους λογοδοτούν προς το υπουργείο.

Στο τρίτο επίπεδο, αυτοί οι τομείς είναι 90, ταυτίζονται γεωγραφικά με τις Local Authorities (δηλ. την Τοπική Αυτοδιοίκηση) και για τις πράξεις τους λογοδοτούν επίσης στο υπουργείο.

2. Κάθε επίπεδο από αυτά έχει αρμοδιότητα στρατηγικού σχεδιασμού.

3. Τα ενδιάμεσα σώματα, τα αναφερόμενα ως Liaison Bodies, αποτελούν ουσιαστικά συμβουλευτικά όργανα και μεσολαβητές μεταξύ των κέντρων λήψεως των αποφάσεων και των ανεξαρτήτων μονάδων.

4. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι Συνοικιακές Διοικητικές Ομάδες (District Management Teams) οι οποίες ήταν περίπου 200. Επρόκειτο ουσιαστικά, για διοικητική διαίρεση των νοσοκομείων.

5. Σημαντικό συμβουλευτικό σώμα αποτέλεσε το Τοπικό Συμβούλιο Υγείας (Community Health Council), το οποίο είχε σαν στόχο να αντιπροσωπεύει τα συμφέροντα της τοπικής κοινότητας σχετικά με την υγεία, συμμετέχοντας και στο Area Health Authority το οποίο είχε αποφασιστικές αρμοδιότητες.

3. Η δεύτερη μεταρρύθμιση το 1982

Το NHS, όπως ήδη αναφέρθηκε και παραπάνω, φάνηκε να έχει σαν βασική αδυναμία της δομής του, τη μη ικανοποιητική εκπροσώπηση του καταναλωτή και τελικού χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

Στόχος της νέας αναδιοργάνωσης του συστήματος ήταν αυτό ακριβώς, δηλαδή η εκπροσώπηση του "καταναλωτή".

Βέβαια η βασική λειτουργία και δομή του συστήματος δεν αλλάζει. Εκείνο μόνο που άλλαξε προκειμένου να ικανοποιηθεί ο ως άνω αναφερόμενος στόχος, ήταν η αναβάθμιση των Συνοικιακών Διοικητικών Ομάδων (District Health Authorities) σε επίπεδο αποφασιστικό, καταλαμβάνοντας τη θέση των Τοπικών Τομέων Υγείας (Area Health Authorities) οι οποίες με τη σειρά τους εξαφανίζονται.

4. Η τρίτη μεταρρύθμιση

Τον Απρίλιο του 1991 υπήρξε μια ακόμη μεταρρύθμιση στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Η μεταρρύθμιση σχετιζόταν με την εισαγωγή συνθηκών ελεύθερης αγοράς και ανταγωνισμού σ' ένα σύστημα υγείας παραδοσιακά κοινωνικοποιημένο. Βέβαια, η υγεία δεν μπορεί να πάψει να παρέχεται από το κράτος, όταν μιλάμε για εθνικό σύστημα υγείας και μάλιστα με τόσο ισχυρές ρίζες όπως η Βρετανική κοινωνία. Επομένως, η όλη προσπάθεια είχε ως στόχο την εισαγωγή μεθόδων που εφαρμόζονται μεν στην ελεύθερη αγορά και θεωρείται ότι αυξάνουν την παραγωγικότητα αλλά χωρίς να θίγεται και ο κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος.

Η μεταρρύθμιση είχε δύο κατευθύνσεις. Από τη μια πλευρά, οι γνωστές (DHAs) θα αγόραζαν με τους προϋπολογισμούς τους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας για τον πληθυσμό που υπαγόταν σ' αυτές. Συγχρόνως ένας αριθμός οικογενειακών γιατρών άρχισε να διαχειρίζεται προϋπολογισμούς και να διαπραγματεύεται με τα νοσοκομεία την παροχή υπηρεσιών στους πελάτες του. Αυτό αποτέλεσε μεγάλη καινοτομία και προκάλεσε μεγάλες αλλαγές στον ως τότε γνωστό τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Οι γενικοί γιατροί, αν και όχι χωρίς δυσκολίες στην αρχή, κατάφεραν να συνάψουν με τα νοσοκομεία συμβόλαια όπου η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο χρόνος αναμονής κ.λ.π. γινόταν αντικείμενο αξιολόγησης και όρος εξακολούθησης του συμβολαίου για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Υπήρξε επίσης, μεγάλη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών πράγμα που εξηγείται σαν αποτέλεσμα της ύπαρξης μεγαλύτερου ανταγωνισμού. Καταρχήν, οι γενικοί γιατροί πέτυχαν υψηλότερη ποιότητα στις εργαστηριακές εξετάσεις όπου είχαν περισσότερες δυνατότητες επιλογής μεταξύ εργαστηρίων. Θεωρείται όμως, βέβαιο ότι θα συμβεί το ίδιο και με άλλες υπηρεσίες όπως η περί-θαλψη στο νοσοκομείο, οι εγχειρή-

σεις- τουλάχιστον οι λιγότερο εξειδικευμένες - ο χρόνος αναμονής κλπ.

Δεν θα έπρεπε βέβαια να νομιστεί ότι το καινούργιο σύστημα δεν παρουσιάζει προβλήματα κατά την εφαρμογή του. Οι στόχοι της μεταρρύθμισης συνοψίζονται βασικά, στη μείωση των εξόδων με ταυτόχρονη επίτευξη καλύτερης ποιότητας. Όμως, η ποιότητα είναι δύσκολο να μετρηθεί. Ταυτόχρονα, είναι πολύ πιθανό τα νοσοκομεία να προσπαθήσουν ν' αντιδράσουν στην απότομη αύξηση του ανταγωνισμού προσπαθώντας να επιτύχουν συμβόλαια με πιο ευνοϊκούς γι' αυτά όρους.

Το πρόβλημα με την υγεία είναι ότι αποτελεί αγαθό που δεν ανταποκρίνεται όπως τα υπόλοιπα αγαθά στις συνθήκες της αγοράς. Η έλλειψη ενημέρωσης του "καταναλωτή" και η αδυναμία του να κατανοήσει τις πληροφορίες που του δίνει ο γιατρός, το "ολιγοπώλιο" που κατ' ανάγκη δημιουργείται όταν πρόκειται για σπάνιες ή νέες ασθένειες. Όλα αυτά νοθεύουν τον ανταγωνισμό στο χώρο της υγείας.

Βέβαια, το νέο σύστημα βρίσκεται ακόμα στα σπάργανα και η μεγαλύτερη πλειοψηφία του ιατρικού κόσμου είναι αντίθετη σ' αυτό. Όμως, ακόμη κι αυτή η τάση αρχίζει να αλλάζει.

Δ. Μια κριτική αποτίμηση του Βρετανικού συστήματος υγείας.

Το NHS μετά από πενήντα χρόνια εφαρμογής, είναι πια αναπόσπαστα δεμένο με τη Μ. Βρετανία και έχει αποτελέσει πρότυπο για τα εθνικά συστήματα πολλών άλλων χωρών. Αποτελεί προϊόν, κεντρικού επιστημονικού σχεδιασμού και ευρείας συζήτησης. Αξιολογείται τακτικά και κατά τη μελέτη του λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις όλων των εμπλεκομένων σ' αυτό και κυρίως της Τοπικής Αυτοδιοίκησης καθώς και των πολυάριθμων επιτροπών.

Το σύστημα υγείας στην Αγγλία αποτελεί τον παραματισμό στον ευρωπαϊκό χώρο της κοινωνικοποιημένης υγείας, μέσα σε μια οικονομική δομή ελεύθε-

ρης αγοράς. Η ελευθερία επιλογής προτεραιοτήτων για την υγεία ανατίθεται στα συλλογικά όργανα, όπως καθορίζονται από τους νόμους του κράτους και όχι από τις δυνάμεις της αγοράς. Παρατηρείται όμως, ότι η ελευθερία των Άγγλων στον τρόπο προσφυγής στις παροχές υγειονομικών φροντίδων δεν εμποδίζεται. Υπάρχει παράλληλη άσκηση ιδιωτικής ιατρικής και ελευθερία στον ενδιαφερόμενο και στον παραγωγό υγειονομικών φροντίδων ν' απευθυνθεί στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας ή όχι.

Η διατήρηση του ιδιωτικού τομέα ήταν ένα μέσο δια του οποίου οι ειδικευμένοι γιατροί θα μπορούσαν να αποδεχθούν το NHS.

Η ύπαρξη αυτή του ιδιωτικού τομέα, ακόμα και μέσα στο ίδιο το σύστημα, δεν αποτέλεσε παραχώρηση του κράτους μόνο προς τους ειδικευμένους γιατρούς. Έδινε επίσης την ευκαιρία, στους ασθενείς με ικανοποιητικά έσοδα να διαφύγουν από την ακαμψία, πολλές φορές, του NHS, ενισχύοντας την κοινωνική διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που διέθεταν να πληρώσουν τη μεγαλύτερη άνεση και ευελιξία και σ' αυτούς που δεν μπορούσαν. Η κατά κάποιο τρόπο συνύπαρξη του ιδιωτικού τομέα μέσα στο NHS ερχόταν σε σύγκρουση με μια βασική απαίτηση του NHS που ήταν η παροχή αποδοτικής φροντίδας υγείας για όλο τον πληθυσμό ανεξαρτήτως οικονομικών πόρων και μέσων.

Επιπλέον, η συνύπαρξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα θα μπορούσε να κριθεί μάλλον ικανοποιητική, αν δεν υπήρχαν οι ανισότητες που παρατηρούνται από την ταχύτητα του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με το δημόσιο και μάλιστα τη στιγμή που τα κρεβάτια του ίδιου νοσοκομείου μπορεί να είναι τόσο ιδιωτικά όσο και δημόσια.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα της τελευταίας μεταρρύθμισης - που απέβλεπε στην εισαγωγή μεθόδων ελεγχόμενου ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας - δεν έχουν ακόμα αποτιμηθεί ή αξιολογηθεί. Για να γίνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει να μετρηθούν μια σειρά από δείκτες που αφορούν τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και κατά πόσο η βελτίωση αυτή οφείλεται στο σύ-

στημα υγείας ή σ' άλλες αιτίες άσχετες με το σύστημα. Αυτό όμως που κυρίως ενδιαφέρει είναι αν και κατά πόσο η αύξηση του κόστους του management, που οι ίδιες οι μεταρρυθμίσεις επιβάλλουν, ισοσταθμίζεται από την καλύτερη διαχείριση των πόρων που επιτυγχάνεται.

Η εξοικονόμηση αυτή των πόρων εξετάζεται σε άμεση συνάρτηση με πολλούς παράγοντες όπως: η ισότητα στην κατανομή των πόρων για την υγεία, ισότητα που επιβάλλει να κατανέμονται οι πόροι ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας πληθυσμού, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του συστήματος, η παροχή κινήτρων στους παράγοντες του συστήματος, η ελευθερία του ασθενή μέσα στο σύστημα και η συνεχής όσο και ακριβής αξιολόγηση των αποτελεσμάτων όλων των επιμέρους διαδικασιών του συστήματος. Πάνω σ' αυτά τα θέματα, υπάρχει συνεχής προβληματισμός και διάλογος μεταξύ των ασχολούμενων με το χώρο της υγείας.

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ΕΣ.Υ. εφαρμόστηκε στην Ελλάδα το 1983. Παρ' ότι και στα "χαρτιά" τα πράγματα ήταν σχετικώς ωραία, στην πραγματικότητα υπήρχαν πολλές δυσκολίες.

Τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Παρά τις αναντήρητα καλές προθέσεις, το ΕΣ.Υ. στην Ελλάδα δεν "περπάτησε" καλά.

Υποδομή δεν υπήρχε, ο σχεδιασμός των κέντρων υγείας ήταν ανεπιτυχής. Στα νοσοκομεία υπήρχαν γιατροί διαφόρων ταχυτήτων. 1) Γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης 2) Γιατροί πανεπιστημιακοί με δικαίωμα και ελεύθερου επαγγέλματος. 3) Στρατιωτικοί γιατροί μή πλήρους απασχόλησης.

Η προχαρότητα στο σχεδιασμό, η κακή οργάνωση και η έλλειψη τόλμης είχαν σαν αποτέλεσμα την κακή προσφορά υπηρεσιών από το ΕΣ.Υ. και την στροφή του κόσμου σε ιδιωτικά ιατρεία και νοσοκομεία και την μαζική έξοδο προς αναζήτηση θεραπείας στις χώρες της Ευρώπης και ιδίως στην Μεγάλη Βρετανία.

Το 1992 έγινε τροποποίηση του νόμου 1397/83 με το νόμο 2071/1992.

Σήμερα θα αναφερθούμε στον ισχύοντα βάσει της τροποποίησης του 92 νόμου περί ΕΣ.Υ. παρ' ότι σύντομα και αυτός πρόκειται να μεταβληθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΟ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΑΡΘΡΟ 1

Το άρθρο 1 του νόμου 1397/83 αντικαθίσταται ως εξής:

Μέριμνα του κράτους

1. Η ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των καταλλήλων φορέων για την εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών ανήκει στη μέριμνα του κράτους.
2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

ΑΡΘΡΟ 2

Το άρθρο 2 του νόμου 1397/83 αντικαθίσταται ως εξής:

Υγειονομικές Περιφέρειες

1. Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.

ΑΡΘΡΟ 3

Περιφερειακές υπηρεσίες υγείας

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Κεντρική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας που υπάγονται απ' αυθείας στο υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περιθάλψεως και συντονίζει το έργο αυτών, ενώ εισηγείται στο υπουργείο Υγείας ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.
3. Ο Διευθυντής της Διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει

του αντίστοιχου ΠΕΣ.Υ. και συμμετέχει στο ΚΕΣΥ. με ψήφο μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με Προεδρικό Διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

ΑΡΘΡΟ 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται τρεις πενταμελείς Εδικές Γραμματείες. Το έργο κάθε Εδικής Γραμματείας συντονίζεται από τον Συντονιστή.
2. Οι Εδικές Γραμματείες είναι
 - α) Γραμματεία Διοικητικών, Οργανωτικών και Οικονομικών θεμάτων.
 - β) Γραμματεία Επιστημονικών και Υγειονομικών θεμάτων.
 - γ) Γραμματεία Τεχνολογικών θεμάτων.

ΑΡΘΡΟ 6

Αναδιάρθρωση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

1. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ.) αναδιαρθρώνεται εφεξής σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7,8 και 9 του παρόντος.
2. Μέχρι της συγκροτήσεως του ΚΕΣΥ. κατά τις διατάξεις του παρόντος εξακολουθεί να λειτουργεί τούτο με τη σύνθεση που έχει.

ΑΡΘΡΟ 7

Το άρθρο 2 του ν. 1278/82 αντικαθίσταται ως εξής:

Σύνθεση του ΚΕ.ΣΥ.

Το ΚΕ.ΣΥ. αποτελείται από:

Α. Τρεις τακτικούς και τρεις αναπληρωματικούς εκπροσώπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) που ορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

Β. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο:

α) Της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας

β) Του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου

γ) Της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών (ΟΕΝΓΕ)

δ) Της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ)

ε) Της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ)

στ) Της ανώτατης συνδικαλιστικής επαγγελματικής οργάνωσης των αγροτών

ζ) Της Γενικής Συνομοσπονδίας Επαγγελματιοβιοτεχνών Ελλάδας

Γ. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο, που εκλέγεται μεταξύ των εκπροσώπων του ΤΕΕ, της Ένωσης Ελλήνων Χημικών, της Ένωσης Βιολόγων και της Ένωσης Ελλήνων Φυσικών.

Δ. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο:

α) Των Ιατρικών Τμημάτων των ΑΒ της χώρας

β) Των Οδοντιατρικών τμημάτων των ΑΒ της χώρας

γ) Των Φαρμακευτικών τμημάτων των ΑΒ της χώρας

δ) Των νοσηλευτικών τμημάτων των ΑΒ της χώρας.

Ε. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο των Δημοσίων Υπαλλήλων.

ΣΤ. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των Νοσοκομείων της χώρας.

Ζ. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο των Υγειονομικών Υπηρεσιών των Ενόπλων Δυνάμεων, οριζόμενους από τον Αρχηγό ΓΕΕΘΑ.

Η. Τον Διοικητή του ΙΚΑ και έναν εκ των Υποδιοικητών του ιδρύματος ως

- αναπληρωματικό μέλος.
- Θ. Τον Διοικητή του ΟΓΑ και το νόμιμο αναπληρωτή του ως αναπληρωματικό μέλος.
- Ι. Τον Πρόεδρο του ΕΟΦ και τον αντιπρόεδρο ως αναπληρωματικό μέλος.
- ΙΑ. Τους Συντονιστές των τριών Ειδικών Γραμματειών με τους αναπληρωτές τους.
- ΙΒ. Τους Προέδρους των ιδρυθησομένων τριτοβάθμιων οργάνων του μεταεκπαιδευτικού φορέα με τους αντιπροέδρους ως αναπληρωματικά μέλη.
- ΙΓ. Τον Πρόεδρο της επιτροπής σχεδιασμού αγωγής υγείας με τον αναπληρωτή του.
3. Η συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η θητεία του είναι τριετής. Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών-μελών του ΚΕ.Σ.Υ.

ΑΡΘΡΟ 8

Αρμοδιότητες του ΚΕ.Σ.Υ.

- 1 Το ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:
- α) Σχεδιάζει, προγραμματίζει και προσδιορίζει τους γενικούς στόχους και κατευθύνσεις στον τομέα της υγείας και υποβάλλει σχετικές προτάσεις στον υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων όταν τούτο ζητηθεί από τον υπουργό.
- β) Γνωμοδοτεί σε θέματα τρέχουσας πολιτικής, όσον αφορά την υγεία, που παραπέμπονται σ' αυτό, και εισηγείται μέτρα για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων.
- γ) Παρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, όταν τούτο του ζητηθεί από τον αρμόδιο

- υπουργό και εισηγείται διορθωτικά μέτρα
2. Στο ΚΕ.Σ.Υ. περιέχονται όλες οι αρμοδιότητες που είχαν το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, οι επιτροπές Οπτικών, το Εδικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο για την άσκηση επαγγέλματος Ψυχολόγων, η Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού προγραμματισμού, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και αναπτύξεως Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων καθώς και οι αρμοδιότητες που θα ασκούνται από ειδικές επιστημονικές επιτροπές που συγκροτούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του νόμου αυτού.

ΑΡΘΡΟ 9

Το άρθρο 4 του ν. 1278/82 αντικαθίσταται ως εξής:

Ολομέλεια και Εκτελεστική Επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Η Ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του ΚΕ.Σ.Υ. για θέματα αρμοδιότητός του. Η Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. ευρίσκεται σε απαρτία όταν είναι παρόντα το 1/2 συν 1 των μελών του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων.
2. Το ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτεί Εκτελεστική Επιτροπή που αποτελείται από:
- α) Τον Πρόεδρο αυτού, ως αντιπρόεδρο
 - β) Τον Αντιπρόεδρο αυτού, ως αντιπρόεδρο
 - γ) Τους τρεις Συντονιστές των Εδικών Γραμματειών.
3. Η Εκτελεστική Επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα προς συζήτηση και έχει την ευθύνη για την υλοποίηση των επιλογών και αποφάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. σε συνεργασία με τις Εδικές Γραμματείες.

4. Η Εκτελεστική Επιτροπή για την προώθηση του έργου της, την εκπλήρωση των σκοπών του ΚΕΣ.Υ. και την υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας, μπορεί να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες που συγκροτούνται με απόφαση του υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι οποίες εντός ευλόγου χρόνου θα παράδιδουν το έργο που ανατίθεται σε αυτές.

ΑΡΘΡΟ 10

Σύσταση-Συγκρότηση-Λειτουργία

Εκπροσώπιση ΠΕ.Σ.Υ.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) που αποτελείται από τα παρακάτω μέλη:
- α) Τον διευθυντή της κεντρικής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας.
 - β) Τους προέδρους των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας ή τους αναπληρωτές αυτών.
 - γ) Τους προέδρους των νοσοκομείων της περιφέρειας ή τους αντιπροέδρους ως αναπληρωτές αυτών.
 - δ) Από ένα εκπρόσωπο του διδακτικού, επιστημονικού προσωπικού (ΔΕΠ) των ιατρικών, οδοντιατρικών, φαρμακευτικών και νοσηλευτικών τμημάτων των ΑΒ, που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια.
 - ε) Τους διευθυντές των διευθύνσεων υγιεινής των Νομαρχιών ή τους αναπληρωτές αυτών.
 - στ) Τρία πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών με ειδικότητα σε οικονομικά και διοικητικά θέματα, επιστημονικά, ιατρικά, νοσηλευτικά και τεχνικά που ορίζονται από τον υπουργό Υγείας.

2. Το ΠΕΣ.Υ. συνεδριάζει τακτικώς ανά δίμηνο και εκτάκτως όταν παραστεί ανάγκη στη χώρα ή στην περιφέρεια, με πρόσκληση του προέδρου προς τα μέλη.
3. Η πρόσκληση του προέδρου περιλαμβάνει τα θέματα ημερήσιας διάταξης με περιληπτική αναφορά αυτών και απευθύνεται στα μέλη τουλάχιστον δέκα μέρες προς της επικείμενης τακτικής συνεδρίασης.
4. Το ΠΕΣ.Υ. συνεδριάζει και επιλαμβάνεται νομίμως παντός θέματος που αφορά τη δημόσια υγεία, την προστασία και προαγωγή υγείας των κατοίκων της περιφέρειας καθώς και των συνθηκών βελτίωσης αυτών μετά από πρόσκληση του προέδρου του ΠΕΣ.Υ.
5. Οι αποφάσεις του ΠΕΣ.Υ. λαμβάνονται κατά απόλυτη πλειοψηφία των μελών.
6. Οι αποφάσεις του ΠΕΣ.Υ. με έκθεση επί αυτών του προέδρου υποβάλλονται στον υπουργό Υγείας για λήψη των σχετικών αποφάσεων.
7. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του υπουργού ΥΠΚΑ.
8. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του υπουργού Υγείας.
9. Η θητεία των μελών του ΠΕΣ.Υ. είναι τριετής.
10. Το ΠΕΣ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο που είναι ο Διευθυντής της κεντρικής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας και σε περίπτωση κωλύματος από τον αντιπρόεδρο.
11. Όργανα του ΠΕΣ.Υ. είναι η Ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.
12. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του ΠΕΣ.Υ. και οι αποφάσεις του λαμβάνονται σύμφωνα με τη παράγρ. 5 του άρθρου αυτού.
13. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, αντιπρόεδρο και ένα μέλος του ΠΕΣ.Υ.
14. Οι θέσεις του αντιπροέδρου και του μέλους της εκτελεστικής επιτροπής είναι τιμητικές και άμισθες.
15. Στη Νομαρχία της έδρας κάθε ΠΕΣ.Υ. λειτουργεί υπηρεσία γραμματειακής

υποστήριξης αυτού.

16. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με απόφαση των υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να συνιστώνται στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσεως ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου του ΠΕΣ.Υ. Οι θέσεις αυτές δεν μπορούν να υπερβαίνουν τις πέντε για κάθε ΠΕΣ.Υ. Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στις έδρες των ΠΕΣ.Υ.
17. Με απόφαση του υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας του ΠΕΣ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής των εκλεγομένων μελών του, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γραμματείας των ΠΕΣ.Υ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

ΑΡΘΡΟ 11

**Το άρθρο 5 του ν. 1397/83 αντικαθίσταται
ως εξής:**

Μονάδες περίθαλψης

1. Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
2. Η περίθαλψη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες γιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του υπουργού Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Πρωτοβάθμια Φροντίδα και Αγωγή Υγείας

ΑΡΘΡΟ 12

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο.
2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους γενικούς γιατρούς, παθολόγους και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων των υγειονομικών σταθμών και των κέντρων υγείας, τους γιατρούς των ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς και από το νοσηλευτικό προσωπικό και τις επισκέπτριες που υπηρετούν αντίστοιχα σε επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
3. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ μπορούν να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποφάσεις των διοικητικών συμβουλίων των ιδρυμάτων.
4. Επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από τις ειδικές μονάδες και τμήματα της παραγράφου 1 και τις κινητές μονάδες, που συνιστώνται σύμφωνα με το άρθρο 14 του νόμου αυτού.

ΑΡΘΡΟ 13

Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:

α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία

β) Ιδιωτικά πολυιατρεία

γ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια

δ) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα

2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία επ' αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με π.δ./γμα που εκδίδεται με πρόταση του υπουργού Υγείας.

ΑΡΘΡΟ 14

Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

1. Με κοινή απόφαση των υπουργών Προεδρίας, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου συναρμόδιου υπουργού, μπορεί να συνιστώνται κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιώτικου πληθυσμού. Σε ειδικές περιπτώσεις είναι δυνατόν οι μονάδες αυτές να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.
2. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συνιστώνται και από ΝΠΙΔ.

ΑΡΘΡΟ 15

Κέντρα Υγείας και Υγειονομικοί Σταθμοί.

1. Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται:
 - α) Τα κέντρα υγείας, πλήν των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λειτουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας.

β) Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθμούς.

γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς.

2. Οι υγειονομικοί σταθμοί διακρίνονται σε υγειονομικούς σταθμούς που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα και σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας.

3. Με κοινή απόφαση των υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου Νομάρχη μπορεί να συνιστώνται νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται ανάλογα με τις μεταβολές των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών βαρύνουν τον προϋπολογισμό της οικείας Νομαρχίας στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό.

ΑΡΘΡΟ 16

Σκοπός των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόληψης.

1. Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης είναι:

- α) Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.
- β) Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- γ) Η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι.
- δ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- ε) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο.
- στ) Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.
- ζ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής.
- η) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- θ) Η ιατρική της εργασίας.
- ι) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- ια) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις.
- ιβ) Η εκπαίδευση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
- ιγ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- ιδ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

- ιε) Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.
2. Με απόφαση της Διοικούσης Επιτροπής του κέντρου υγείας πλήρως αιτιολογημένη και έγκριση της αρμόδιας διεύθυνσης υγείας, μπορεί να καλείται γιατρός που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα στην περιοχή να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας.

ΑΡΘΡΟ 17

Οργάνωση και Λειτουργία Κέντρων Υγείας και Υγειονομικών Σταθμών.

1. Στα κέντρα υγείας και στους υγειονομικούς σταθμούς προσφέρουν υπηρεσίες γενικοί γιατροί, καθώς και γιατροί των αντιστοίχων τομέων των νοσοκομείων με τα οποία διασυνδέεται επιστημονικά και λειτουργικά το κέντρο υγείας.

Ειδικότερα:

- α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσας γενικού γιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή υγειονομικού σταθμού που έχει οριστεί 24ωρης ετοιμότητας και επισκέπτονται τους υγειονομικούς σταθμούς που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα.
- β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας, τοποθετούνται σε αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα και επισκέπτονται τους υγειονομικούς σταθμούς που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες.
- γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιοδικά το κέντρο υγείας και ανήκουν σε νομαρχιακό ή περιφερειακό νοσοκομείο της νομαρχίας που υπάγεται το κέντρο υγείας. Οι γενικοί γιατροί εκτελούν και επισκέψεις

- στα σπίτια των ασθενών ανάλογα με την καταστασή τους.
2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε καθορισμένο οκτάωρο ωράριο 5 ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Οι υγειονομικοί σταθμοί 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε καθορισμένο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.
 3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών, λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή ασθενών, που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.
 4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας, οποιαδήποτε ώρα του 24ωρου, εφόσον κληθεί από το γιατρό της εφημερίας.
 5. Στα κέντρα υγείας συνιστάται ιατρική υπηρεσία στην οποία προτίθεται ο αρχαιότερος διευθυντής, ειδικευμένος γιατρός του κέντρου υγείας. Η αρχαιότητα προσδιορίζεται από το συνολικό χρόνο άσκησης της κτηθείσης ειδικότητας.
 6. Ομοίως στα κέντρα υγείας συνιστάται νοσηλευτική υπηρεσία για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών του πληθυσμού, επί 24/ώρου βάσεως. Στην υπηρεσία αυτή προτίθεται νοσηλεύτρια ΠΕ ή ΤΕ.

ΑΡΘΡΟ 18

Διοίκηση κέντρων υγείας

1. Τα κέντρα υγείας διοικούνται από τριμελή διοικούσα επιτροπή που διορίζεται με απόφαση του οικείου Νομάρχη.
2. Η διοικούσα επιτροπή αποτελείται από: α) Δύο μέλη τα οποία ορίζονται από το Νομάρχη εκ των οποίων το ένα ως πρόεδρος. β) Ένα μέλος που είναι ο αρχαιότερος διευθυντής του κέντρου υγείας, ειδικευμένος γιατρός.

ΑΡΘΡΟ 19

Λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών με τα νοσοκομεία.

1. Τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικοί σταθμοί βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νομαρχιακό και περιφερειακό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που ανήκουν.
2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 17 προγραμματίζεται με απόφαση του Νομάρχη ύστερα από εισήγηση της διοικούσης επιτροπής του κέντρου υγείας.
3. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που λειτουργούν στον ίδιο νομό και ως κέντρα υγείας ή σε διαφορετικούς νομούς αλλά στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και λειτουργούν επίσης ως κέντρα υγείας ή μη και διαθέτουν γιατρούς ορισμένων ειδικοτήτων, επισκέπτονται ειδικοί γιατροί του νομαρχιακού νοσοκομείου ή άλλου νοσοκομείου όμορου νομού της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας με απόφαση των Δ.Σ. των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
4. Νοσηλευτικά ιδρύματα του ν.δ. 2592/1953 μπορούν να λειτουργούν και ως κέντρα ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

ΑΡΘΡΟ 20

Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας- Ελεύθερη επιλογή γιατρού και θεραπευτηρίου.

1. Χορηγείται ατομικό βιβλιário υγείας στους Έλληνες πολίτες με το οποίο εφεξής είναι δυνατή η ελεύθερη επιλογή γατρού και θεραπευτήριου.
2. Κάθε γατρός ή θεραπευτήριο μπορεί να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς με ατομικό βιβλιário υγείας, αφού προγουμένως υπογραφούν οι υπό του παρόντος νόμου και λοιπών ισχυουσών διατάξεων προβλεπόμενες συμβάσεις.

ΑΡΘΡΟ 21

Γιατροί Γενικής Ιατρικής

1. Γιατροί που κατέχουν τίτλο ειδικότητας γενικής ιατρικής ή που τοποθετούνται για ειδίκευση στην ειδικότητα αυτή, απαλλάσσονται από την εκπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.
2. Θέσεις γατρών των κέντρων υγείας, πληρούνται στο εξής κατά προτίμηση από γατρούς που κατέχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

ΑΡΘΡΟ 22

Γιατροί Υπηρεσίας Υπαίθρου

Εφεξής γιατροί των αγροτικών ιατρείων, περιφερειακών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών καλούνται γιατροί υπηρεσίας υπαίθρου των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

ΑΡΘΡΟ 25

Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του.

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα κς
" Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη
και των επιπλοκών του ".
2. Σκοπός του κέντρου είναι η συστηματική αντιμετώπιση και ο πανεθνικός
συντονισμός των ενεργειών των υπηρεσιών του Κράτους για την έρευνα σε
όλα τα επίπεδα την πρόληψη και την θεραπεία τόσο του σακχαρώδη δια-
βήτη όσο και των επιπλοκών του.

ΑΡΘΡΟ 26

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων.

Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία
" Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων " (ΚΕΕΛ) με σκοπό τη συνολική
αντιμετώπιση και τον πανεθνικό συντονισμό των ενεργειών των υπηρεσιών
του κράτους για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημά-
των και την θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

ΑΡΘΡΟ 27

Κέντρο Κληρονομικών Νόσων Αίματος

Ιδρύεται Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία
"Κέντρο Κληρονομικών Νόσων Αίματος" (ΚΚΝΑ) με σκοπό τη συνολική
αντιμετώπιση και τον πανεθνικό συντονισμό των ενεργειών των υπηρεσιών
του Κράτους για την πρόληψη της εξάπλωσης των κληρονομικών νοσημά-
των του αίματος και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

ΑΡΘΡΟ 28

Κατ' οίκον νοσηλεία

Από της δημοσιεύσεως του παρόντος καθιερώνεται η κατ' οίκον νοσηλεία

ΑΡΘΡΟ 29

Σύσταση μονάδων για κατ' οίκον νοσηλεία και στελέχωση αυτών.

Με κοινή απόφαση των υπουργών Προεδρίας, Οικονομικών, Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται " μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας " υπό τη διεύθυνση ιατρού σε ΝΠΔΔ του Ν.Δ. 2592/53.

ΑΡΘΡΟ 30

Σύσταση Υπηρεσίας Κατ' οίκον νοσηλείας.

1. Συνιστάται στο υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων ειδική υπηρεσία υπό τον τίτλο "Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας".
2. Έργο της ειδικής αυτής υπηρεσίας είναι κυρίως ο συντονισμός και η
• όλη προαγωγή του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας.

ΑΡΘΡΟ 31

Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (ΕΣΑΥ)

Στο υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται επιτροπή σχεδιασμού της αγωγής υγείας (ΕΣΑΥ). Η ΕΣΑΥ αποτελεί συμβουλευτικό όργανο προγραμματισμού και μελέτης σε θέματα αγωγής υγείας.

ΑΡΘΡΟ 32

Αρμοδιότητες ΕΣΑΥ

Η ΕΣΑΥ έχει τις πιά κάτω αρμοδιότητες:

1. Μελετά και σχεδιάζει προγράμματα για την αγωγή υγείας, που αποσκοπούν στην ενημέρωση του πληθισμού και την πρόληψη και υποβάλλει στον υπουργό τις σχετικές προτάσεις.
2. Προτείνει γενικούς στόχους και μεθόδους, καθώς και τις προτεραιότητες και προοπτικές μιας ευρύτερης πολιτικής αγωγής υγείας.
3. Υποβάλλει προτάσεις για την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής αγωγής υγείας, με την αντίστοιχη άλλων διεθνών οργανώσεων και φορέων (ΠΟΥ, ΕΟΚ, κ.λ.π.).
4. Αξιολογεί διάφορα επίσημα στοιχεία και μελέτες σχετικές με τα δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και υγειονομικά χαρακτηριστικά ενός πληθισμού και εισηγείται ανάλογες πολιτικές αγωγής υγείας.
5. Προτείνει κανόνες για την εφαρμογή συστημάτων που αφορούν στην εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο τη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς που παράγουν την σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία.
6. Παρακολουθεί τα προγράμματα αγωγής υγείας που εφαρμόζουν οι διάφοροι φορείς.
7. Καθορίζει τις προϋποθέσεις αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των επί μέρους προγραμμάτων.
8. Συνεργάζεται με τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
9. Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που παραπέμπεται σ' αυτή από τον υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και που αφορά την αγωγή υγείας.
10. Μετά την έναρξη λειτουργίας της ΕΣΑΥ παύει κάθε τυχόν συναφής αρμοδιότητα άλλου γνωμοδοτικού ή συμβουλευτικού οργάνου.

ΑΡΘΡΟ 33

Συγκρότηση ΕΣΑΥ

1. Η ΕΣΑΥ συγκροτείται με απόφαση του υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, υπάγεται στη διεύθυνση αγωγής υγείας και ενημέρωσης και αποτελείται από :

- α) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) που ορίζεται από αυτόν.
 - β) Ένα (1) μέλος ΔΕΠ α' & β' βαθμίδας (καθηγητή, αναπληρωτή) που ορίζεται από τον υπουργό Υγείας με ειδική εμπειρία σε θέματα αγωγής υγείας.
 - γ) Έναν (1) εκπρόσωπο της ΕΣΗΕΑ προτενόμενο από αυτήν.
 - δ) Έναν (1) ανώτατο ή ανώτερο υγειονομικό αξιωματικό του κλάδου ιατρών, προτενόμενο από τον υπουργό Εθνικής Άμυνας.
 - ε) Δύο (2) εκπροσώπους του υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων
 - ζ) Τον προϊστάμενο της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
 - η) Τον γενικό διευθυντή του υπουργείου Υγείας.
 - θ) Έναν (1) εκπρόσωπο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.
 - ι) Έναν εκπρόσωπο του Συλλόγου Ψυχολόγων πανεπιστημιακής βαθμίδας.
 - ια) Έναν (1) εξειδικευμένο σε θέματα αγωγής υγείας επιστήμονα.
 - ιβ) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΠΟΟ)
 - ιγ) Δύο (2) εκπροσώπους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
 - ιδ) Ένας (1) εκπρόσωπος του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων.
2. Οι αναφερόμενοι στην προηγούμενη παράγραφο προτείνονται ή ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.
3. Στις συνεδριάσεις της ΕΣΑΥ δύναται να μετέχει κατά την κρίση του χωρίς ψήφο ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του υπουργείου Υγείας.

ΑΡΘΡΟ 34

Λειτουργία ΕΣΑΥ

1. Στις συνεδριάσεις της ΕΣΑΥ παρίσταται και συμμετέχει χωρίς δικαίωμα ψήφου, όποτε κρίνει σκόπιμο, ο υπουργός Υγείας, και ο κατά περίπτωση αρμοδιότητας, Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου.
2. Η ΕΣΑΥ βρίσκεται σε απαρτία όταν είναι παρόν το 50% συν 1 των μελών αυτής, οι δε αποφάσεις της λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών.
3. Η ΕΣΑΥ συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από : α) τον πρόεδρό της, β) τους αντιπροέδρους, γ) τρία μέλη τα οποία εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους, με μυστική ψηφοφορία.
4. Η εκτελεστική επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές το μήνα. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ΕΣΑΥ τα θέματα προς συζήτηση και έχει την επιμέλεια της διατύπωσης και προώθησης των σχετικών προτάσεων.

ΑΡΘΡΟ 35

Έγκριση και εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Από της δημοσιεύσεως του παρόντος, δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς, πριν από κάθε εφαρμογή προγράμματος ενημέρωσης αγωγής της υγείας, πρέπει να έχουν έγκριση του υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη της ΕΣΑΥ.

ΑΡΘΡΟ 36

Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής

Υγείας (ΝΕΣΑΥ).

Στην έδρα κάθε νομού, πλην της περιοχής Αττικής, μπορεί να συνιστάται Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (ΝΕΣΑΥ).

ΑΡΘΡΟ 37

Αρμοδιότητες ΝΕΣΑΥ

1. Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο νομό.
2. Προτείνει τα αναγκαία μέτρα στη Νομαρχία γιά την επέκταση και παραπέρα βελτίωση των προγραμμάτων αγωγής υγείας.
3. Συνεπικουρεί τη Διεύθυνση Πρόνοιας και Υγείας της Νομαρχίας, για την προώθηση και εφαρμογή σε τοπικό επίπεδο των προγραμμάτων αγωγής υγείας.
4. Αναφέρει στην ΕΣΑΥ τυχόν τοπικές ιδιαιτερότητες καθώς και στοιχεία που αξιολογούμενα οδηγούν σε αποτελεσματικό προγραμματισμό.
5. Επισημαίνει ανάγκες και προτείνει στη Νομαρχία μέτρα για τον συντονισμό προώθησης των προγραμμάτων αγωγής υγείας του Νομού.

ΑΡΘΡΟ 38

Συγκρότηση- Σύνθεση ΝΕΣΑΥ

1. Η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας συγκροτείται με απόφαση του Νομάρχη και αποτελείται από:
 - α) Τους προϊστάμενους των Διευθύνσεων ή τμημάτων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχίας ή τους νόμιμους αναπληρωτές τους.
 - β) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνεται από

αυτόν με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου Οδοντιατρικού Συλλόγου.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης.

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο που έχει διακριθεί για την επιστημονική του δραστηριότητα, κατά προτίμηση σε χώρους ή αντικείμενα που έχουν σχέση με την αγωγή υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΑΡΘΡΟ 39

Σκοπός του ΕΚΑΒ

1. Η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική (ΕΠΙ) παρέχεται σε όλη τη χώρα και τον πληθυσμό της, μόνιμο ή διερχόμενο, ημεδαπό ή αλλοδαπό και ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα.
2. Το ΕΚΑΒ είναι ο αποκλειστικός φορέας παροχής υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας (ΕΠΦ) και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.
3. Σκοπός του ΕΚΑΒ είναι η παροχή υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας και ειδικότερα
 - α) Η εφαρμογή σωστικών για την υγεία και τη ζωή μέτρων σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο, και η μεταφορά τους με ειδική φροντίδα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

- β) Η μεταφορά περιστατικών που δε χαρακτηρίζονται επείγοντα, αλλά δε μπορούν να μεταφερθούν με άλλο μέσο.
- γ) Η εκπαίδευση σε θέματα παροχής Α΄ Βοηθειών και Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής, στον πληθυσμό, στα πληρώματα ασθενοφόρων και σε διάφορες άλλες κοινωνικές ομάδες.
- δ) Η άμεση συμμετοχή και ο συντονισμός για την παροχή ιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών.

ΑΡΘΡΟ 40

Διοίκηση του ΕΚΑΒ

- ι. Το ΕΚΑΒ διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από:
 - α) Τέσσερα πρόσωπα που ορίζονται από τον υπουργό Υγείας.
 - β) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης που προτείνεται από την ΚΕΔΚΕ
 - γ) Έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ.
 - δ) Έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

ΑΡΘΡΟ 41

Επιστημονικό Συμβούλιο Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής.

Στο ΕΚΑΒ λειτουργεί επιστημονικό συμβούλιο (ΕΣ) μέλη του οποίου είναι

- α) Γιατροί με αποδεδειγμένη γνώση και εμπειρία στην άσκηση της ΕΠΙ, καθώς και με ανάλογη προσφορά στην οργάνωση και ανάπτυξη συστημάτων ΕΠΙ.
- β) Νοσηλεύτες ή νοσηλεύτριες με σχετική εμπειρία σε θέματα παροχής

υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας.

- γ) Επιστημονικά στελέχη υπηρεσιών, για την επίλυση προβλημάτων που δεν είναι αμιγώς ιατρικής φύσεως.
- δ) Ο Διευθυντής ή ο αναπληρωτής του της ιατρικής υπηρεσίας της κεντρικής υπηρεσίας του ΕΚΑΒ.

ΑΡΘΡΟ 42

Διάρθρωση του ΕΚΑΒ

1. Το ΕΚΑΒ διαρθρώνεται

- α) Σε Κεντρική Υπηρεσία (Κ.Υ.) η οποία έχει την ευθύνη της υλοποίησης των σκοπών του ΕΚΑΒ.
- β) Σε Περιφερειακά Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (ΠΕΚΑΒ.) τα οποία είναι αυτοδύναμες περιφερειακές μονάδες, η δραστηριότητα των οποίων αφορά μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, και έχουν την ευθύνη για την ανάπτυξη, λειτουργία και συντονισμό των υπηρεσιών ΕΠΦ της περιοχής ευθύνης τους και υπάγονται διοικητικά στην Κεντρική Υπηρεσία.
- γ) Σε Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΚΑΒ), που αποτελούν τις αποκεντρωμένες περιφερειακές υπηρεσιακές μονάδες των ΕΚΑΒ.

2. Σε κάθε ΠΕΚΑΒ ορίζεται τριμελής διοικούσα επιτροπή που αποτελείται από

- α) Δύο (2) μέλη που διορίζονται από τον οικείο Νομόρχη της έδρας του του ΠΕΚΑΒ και
- β) Το διευθυντή του ΠΕΚΑΒ.

ΑΡΘΡΟ 43

Ιατρικό προσωπικό του ΕΚΑΒ

- 1. Οι γιατροί που διορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, θα προσφέρουν υποχρεωτικά υπηρεσίες στο ΕΚΑΒ (Κ.Υ., ΠΕΚΑΒ, ΚΑΒ).

2. Οι γιατροί του ΕΚΑΒ ανήκουν στον κλάδο γιατρών ΕΣΥ.
3. Οι θέσεις των γιατρών που θα προσφέρουν υπηρεσίες στο ΕΚΑΒ προστίθενται στις οργανικές θέσεις του υγειονομικού σχηματισμού.
4. Ανάλογα με τις ανάγκες του ΕΚΑΒ, μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες σε αυτό, νοσοκομειακοί γιατροί, γιατροί των υγειονομικών σταθμών και ειδικευόμενοι στο πλαίσιο της ειδικότητάς τους.

ΑΡΘΡΟ 44

Σχολή Πληρωμάτων του ΕΚΑΒ- Ασθενοφόρα Οχήματα.

1. Με απόφαση του υπουργού Υγείας, μπορεί να λειτουργεί σ' αυτό σχολή πληρωμάτων ασθενοφόρων, μονοετούς φοίτησης.
2. Στις θέσεις πληρωμάτων ασθενοφόρων του ΕΚΑΒ, καθώς και στις θέσεις οδηγών ή συνοδηγών ασθενοφόρων των νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας, οι απόφοιτοι της πύε πάνω σχολής μπορεί να προσλαμβάνονται κατά προτίμηση.
3. Τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα και τα άλλα μέσα μεταφοράς των υγειονομικών σχηματισμών της χώρας, υπάγονται στην οργανωτική και συντονιστική αρμοδιότητα του ΕΚΑΒ και των περιφερειακών υπηρεσιών του.

ΑΡΘΡΟ 45

Ιδιωτικοί Φορείς Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας.

Με απόφαση του υπουργού Υγείας, μπορεί να επιτραπεί η λειτουργία υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας ή διακομιδών σε ιδιωτικούς

και λοιπούς φορείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ

ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΑΡΘΡΟ 47

Τα δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί εις αυτόν. Σε περίπτωση αρρώστου με μερική ή πλήρη διανοητική ικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από δια του νόμου οριζόμενο πρόσωπο που ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της πληροφόρησης σε ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της

- καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του.
5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3), έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή παραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σ' αυτόν των θρησκευμάτων και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτηρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

ΑΡΘΡΟ 48

Νοσηλευτικά Ιδρύματα

1. Εφεξής τα νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να ιδρύονται με οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με π.δ/γμα που εκδίδεται με πρό-

ταση των υπουργών Υγείας και Οικονομικών με το οποίο καθορίζεται και η νομική τους μορφή.

2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή τους καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με π.δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του υπουργού Υγείας.

ΑΡΘΡΟ 51

Τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση του υπουργού Υγείας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης νέων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΝΠΔΔ καθώς και οι κτηριολογικές, τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές λειτουργίας αυτών.

ΑΡΘΡΟ 52

Ίδρυση μη κερδοσκοπικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Επιτρέπεται εφεξής να ιδρύονται και να λειτουργούν, υπό μορφή ΝΠΔΔ ή οποιαδήποτε άλλη νομική μορφή, νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία μπορεί και να επιχορηγούνται από το κράτος, εφόσον το καταβαλλόμενο σε αυτά νοσήλιο είναι αποδεδειγμένα μικρότερο του 1/2 του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντιστοίχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

ΑΡΘΡΟ 53

Εποπτεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οποιασδήποτε νομικής μορφής υπάγονται στην εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν.

ΑΡΘΡΟ 54

Διάκριση νοσοκομείων

Το άρθρο 8 του νόμου 1397/83 αντικαθίσταται ως εξής:

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς χειρουργικό και παθολογικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.
2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά.

ΑΡΘΡΟ 55

Διοίκηση νοσοκομείων που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953.

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια των οποίων η θητεία είναι διετής.
2. Τα διοικητικά συμβούλια όλων των νοσοκομείων είναι επταμελή και αποτελούνται
 - α) από τέσσερα πρόσωπα που ορίζονται από τον υπουργό Υγείας.
 - β) από ένα εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας.
 - γ) από ένα εκπρόσωπο των υπολοίπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.
 - δ) από ένα εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής όπου υπάγεται το νοσοκομείο.

3. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος λαμβάνουν μηνιαία αμοιβή που ορίζεται με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας.
4. Το διοικητικό συμβούλιο ελέγχει το έργο του γενικού διευθυντή.
5. Στις θέσεις προέδρου ή αντιπροέδρου μπορεί να διορίζονται γιατροί του κλάδου γιατρών ΕΣΥ ή γιατροί που ασκούν καθ' οιονδήποτε τρόπο ελεύθερο επάγγελμα. Η απασχόληση του προέδρου και αντιπροέδρου εφόσον είναι έμμισθη είναι πλήρης σε περίπτωση όμως μη εμμίσθων θέσεων είναι μερικής απασχόλησης. Οι γιατροί του ΕΣΥ δε μπορούν να διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι στο Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούν.

ΑΡΘΡΟ 56

Δομή-Οργάνωση Νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνουν και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους.
2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική, γ) διοικητική, δ) τεχνική.
3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κρεβατιών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας καθώς και οι αρμοδιότητές τους, και οι κλάδοι προσωπικού.

ΑΡΘΡΟ 58

Διάρθρωση Ιατρικής και λοιπής Επιστημονικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων.

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς που ο

καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι:

- α) Παθολογικός
 - β) Χειρουργικός
 - γ) Εργαστηριακός
 - δ) Ψυχιατρικός
 - ε) Κοινωνικής Ιατρικής
 - στ) Επείγουσας και εντατικής Ιατρικής και
 - ζ) Φαρμακευτικός, υπό ορισμένες προϋποθέσεις που καθορίζονται με απόφαση του υπουργού Υγείας. Οι οδοντίατροι υπάγονται στο χειρουργικό τομέα.
2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κρεβατιών που εξυπηρετούν όλα τα τμήματά του.
3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ο γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας.
4. Οι γιατροί του τομέα, ειδικοί και ειδικευόμενοι, καθώς και οι άλλοι επιστήμονες μαζί, εκλέγουν κάθε δύο χρόνια το διευθυντή του τομέα από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Ο διευθυντής του τομέα παρακολουθεί και βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των γιατρών και έχει τη διοικητική ευθύνη του τομέα.
5. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μετονομάζονται σε "Συγκρότημα Εξωτερικών Ασθενών" (ΣΕΑ) και αποτελούνται:
- α) Από το Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
 - β) Από το Τμήμα Ημερησίας Παρακολούθησης (ΤΗΠ)
 - γ) Από το Τμήμα Τακτικών Ιατρείων

ΑΡΘΡΟ 60

Το άρθρο 12 του νόμου 1397/83

αντικαθίσταται ως εξής :

Επιστημονική επιτροπή

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη.
2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας στα πλαίσια των αποφάσεων των μετεκπαιδευτικών φορέων του άρθρου 81 του νόμου αυτού.

ΑΡΘΡΟ 61

Εθνικό Συμβούλιο των Επιστημών Υγείας.

1. Συνιστάται στο υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συμβούλιο με επωνυμία " Εθνικό Συμβούλιο Ηθικής των Επιστημών Υγείας ".
2. Σκοπός του Εθνικού Συμβουλίου Ηθικής των Επιστημών Υγείας
 - α) Η συμβολή στη χάραξη της πολιτικής του υπουργείου Υγείας Πρόνοιας επί ζητημάτων ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, η γνωμοδότηση επί όλων των αναφουομένων ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η γνωμοδότηση προς άρση των διαφωνιών σε δευτεροβάθμιο επίπεδο των τοπικών επιτροπών Ιατρικής Ηθικής, όταν αυτές λειτουργήσουν.
 - β) Η δημιουργία " Κέντρου Ιατρικής Ηθικής " που θα εδρεύει στην Αθήνα και σε χώρο νοσοκομείου ΝΠΔΔ, που θα καθοριστεί με απόφαση του

υπουργού Υγείας.

3. Η συγκρότηση του Συμβουλίου ενεργείται με απόφαση του υπουργού Υγείας.

ΑΡΘΡΟ 62

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Καθορίζονται με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας οι κανόνες δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν το ιατρικό και οδοντιατρικό λειτούργημα, τις σχέσεις μεταξύ των λειτουργών της υγείας και τις σχέσεις με τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΡΘΡΟ 63

Εργασιακές σχέσεις γιατρών.

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων ΝΠΔΔ και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας εκτός από τα νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων και των ΑΒ, συνιστώνται εφεξής ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης.
2. Οι παραπάνω γιατροί είτε υπηρετούν σε οργανικές θέσεις είτε σε προσωποπαγείς θέσεις, απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα, και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση, πλην εκείνων που προβλέπονται κατ' εξαίρεση με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

3. Οι γιατροί που διορίζονται για πρώτη φορά σε θέσεις του κλάδου γιατρών ΕΣΥ πληρούν και αποκλειστικής απασχόλησης που προκηρύσσονται μετά την δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι δημόσιοι λειτουργοί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, επί θητεία.
4. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων μπορούν να προσλαμβάνουν, εκτός των θέσεων των προβλεπομένων στον οργανισμό των νοσοκομείων, γιατρούς με την ιδιότητα των συμβούλων, επί θητεία, με τους οποίους συνάπτεται ειδική σύμβαση.
5. Οι γιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρία με αντίστοιχα αντικείμενα.

ΑΡΘΡΟ 64

Κλάδος γιατρών ΕΣΥ

1. Στο υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι θέσεις του κλάδου γιατρών ΕΣΥ που έχουν συσταθεί, με κοινή απόφαση των υπουργών Προεδρίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να τροποποιούνται στο πλαίσιο της μεταβολής των οργανισμών των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των πιο πάνω υπουργών.
2. Οι θέσεις γιατρών του κλάδου ΕΣΥ κάθε νοσοκομείου προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μισθοδοσίας των γιατρών που διορίζονται σε αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του.
3. Οι θέσεις γιατρών του κλάδου ΕΣΥ, πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης, διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) Διευθυντών, β) Επιμελητών Α, γ) Επιμελητών Β. Προκαμένου περί οδοντιάτρων, οι θέσεις διαβαθμίζονται επί πλέον και σε Επιμελητές Γ. Οι θέσεις των συμβούλων γιατρών δεν υπόκεινται στην προηγούμενη διαβάθμιση.
4. Σε όλα τα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ., πλήν των πανεπιστημιακών και των

Ενόπλων Δυνάμεων, υπηρετούν γιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης ή σύμβουλοι γιατροί, οι οποίοι προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, καθώς και ειδικευόμενοι γιατροί.

ΑΡΘΡΟ 65

Προσόντα γιατρών του κλάδου ΕΣΥ

1. Για την πρόσληψη σε θέση του κλάδου γιατρών ΕΣΥ όλων των κατηγοριών και βαθμίδων, απαιτούνται τα παρακάτω τυπικά προσόντα.

- α) Ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής κοινότητας. Εφ' όσον ο υποψήφιος έχει ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής κοινότητας, πρέπει απαραίτητως να γνωρίζει την Ελληνική γλώσσα.
- β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- γ) Τίτλος ειδικότητας αντίστοιχος με τη θέση.
- δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διακρίσεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.
Τα όρια ηλικίας ισχύουν για τον πρώτο διορισμό σε οποιαδήποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα

- α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητού Β, απαιτείται η κατοχή τίτλου ειδικότητας και ηλικία μέχρι πενήντα ετών.
- β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητού Α, απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για πέντε τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα πέντε ετών.
- γ) Για την κατάληψη θέσης διευθυντού, απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για δέκα τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέχρι εξήντα ετών.

3. Για την κατάληψη θέσεων συμβούλων γιατρών, ορίζεται το εξηκοστό ένατο έτος ως ανώτατο όριο ηλικίας.

ΑΡΘΡΟ 66

Πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσης και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού.

1. Με απόφαση του υπουργού Υγείας συνιστώνται συμβούλια κρίσης και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας.
2. Τα συμβούλια κρίσης και επιλογής του ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας αποτελούνται από:
 - α) Τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου για το οποίο έχει προκηρυχθεί η θέση, εφόσον είναι γιατρός ή άλλο μέλος του του Δ.Σ. του νοσοκομείου που είναι γιατρός και προτείνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.
 - β) Ένα γιατρό που προτείνει ο ιατρικός ή οδοντιατρικός σύλλογος.
 - γ) Τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου για το οποίο έχει προκηρυχθεί η θέση.
 - δ) Ένα διευθυντή της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, εφόσον δεν υπάρχει της ίδιας, με την θέση για την οποία γίνεται η κρίση.
 - ε) Από τον διευθυντή της Διεύθυνσης Υγείας της Νομαρχίας που υπάγεται το νοσοκομείο ή τον αναπληρωτή του. Στα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής πρόεδρος είναι ο εκπρόσωπος του Δ.Σ. του νοσοκομείου και επί απουσίας αυτού ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Υγείας.
3. Η κατάταξη των γιατρών μετά την τελική αξιολόγηση γίνεται με αριθμητική σειρά σύμφωνα με τα προσόντα που συγκεντρώνουν.

ΑΡΘΡΟ 67

Δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής

1. Με απόφαση του υπουργού Υγείας συνιστώνται Δευτεροβάθμια Συμβούλια Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων:

- α) Πρώτο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αθήνα.
- β) Δεύτερο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αθήνα.
- γ) Τρίτο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τη Θεσσαλονίκη.
- δ) Τέταρτο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Πάτρα.
- ε) Πέμπτο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα το Ηράκλειο.
- στ) Έκτο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τα Ιωάννινα.
- ζ) Έβδομο Δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αλεξανδρούπολη.

2. Τα Δευτεροβάθμια Συμβούλια Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού, αποτελούνται από:

- α) Το Διευθυντή της Κεντρικής Διεύθυνσης Υγιεινής, της υγειονομικής περιφέρειας.
- β) Ένα ανώτερο Δικαστικό λειτουργό.
- γ) Ένα εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου που προτείνει το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., μαζί με το αναπληρωματικό του μέλος.
- δ) Ένα εκπρόσωπο του Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού Ιατρικών Τμημάτων των ΑΒ της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας με τις θέσεις για τις οποίες γίνεται η κρίση.
- ε) Έναν εκπρόσωπο του ΚΕΣ.Υ. με τον αναπληρωτή του.

Ως εισηγητής στο Συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, ορίζεται από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, γιατρός που έχει αποκτήσει την ειδικότητα της θέσης για την οποία γίνεται η κρίση, πρίν δεκαπέντε χρόνια για τις θέσεις διευθυντών, δέκα χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Α και πέντε χρόνια για τις θέσεις επιμελητή Β και Γ.

3. Το Δευτεροβάθμιο Συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό, κατόπιν ενστάσεως κατά των αποφάσεων των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσης και επι-

λογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού.

ΑΡΘΡΟ 71

Ελεύθερη επιλογή εργασιακών σχέσεων

1. Οι γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μπορούν:
 - α) Να μεταβάλουν την εργασιακή τους σχέση και να γίνουν μερικής απασχόλησης με υπεύθυνα δήλωση του ν.1599/86.
 - β) Να παραμείνουν στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση, υπηρετώντες κανονικά κατά τις κείμενες διατάξεις του νόμου αυτού ως μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί.
2. Γιατροί που εντάσσονται στον κλάδο γιατρών ΕΣΥ, για πρώτη φορά και μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, έχουν δικαίωμα να επιλέξουν την εργασιακή τους σχέση, ως πλήρους ή μερικής απασχόλησης, δηλώνοντας τούτο με αίτησή τους κατά το διορισμό τους.
3. Σε κάθε περίπτωση που ο γιατρός συμπληρώσει το εξηκοστό πέμπτο έτος της ηλικίας, εξέρχεται της υπηρεσίας, ανεξαρτήτως από την ημερομηνία λήξεως της θητείας του.

ΑΡΘΡΟ 73

Χρόνος εργασίας

1. Οι γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης εργάζονται πέντε ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό οκτάωρο ημερησίως.
2. Οι γιατροί μερικής απασχόλησης εργάζονται πέντε ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό πεντάωρο ημερησίως.
3. Οι σύμβουλοι γιατροί υποχρεούνται να μεταβαίνουν στο νοσοκομείο εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος όταν κληθούν κατά τη διάρκεια του ωραρίου των γιατρών μερικής απασχόλησης, προκειμένου να

προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕΣ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας ενιαία για όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας.

ΑΡΘΡΟ 77

Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές

- Ι. Πειθαρχικά αδικήματα των γιατρών ΕΣΥ είναι κάθε πειθαρχικό αδίκημα προβλεπόμενο από το δίκαιο των δημοσίων υπαλλήλων, καθώς και
- α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος από τους γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή η κατοχή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων της παρ.3 του άρθρου 63 του νόμου αυτού.
 - β) Η δωροληψία, η λήψη αμοιβής για την οποιαδήποτε παροχή ιατρικών υπηρεσιών και η αποδοχή οποιασδήποτε άλλης περιουσιακής παροχής από πρόσωπα που δέχονται τις ιατρικές υπηρεσίες ή συγγενείς των των προσώπων αυτών.
 - γ) Η συνεργασία με γιατρούς, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ή και με ιδιωτικές κλινικές.
 - δ) Η χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων.
 - ε) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.
 - στ) Η ατελής και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους.
 - ζ) Η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, η άρνηση ή η παρελκυστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσίας.
 - η) Η άνιση μεταχείριση αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς.
 - θ) Η μη πρόποσα συμπεριφορά προς τους πολίτες, τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους.

- ι) Η μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και η σύνταξη έκθεσης ουσιαστικών προσόντων από προιστάμενο κριτή, χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα.
- ια) Η παράβαση της επιβαλλόμενης εχεμύθειας.
- ιβ) Η χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν από την υπηρεσία τους, για να αποκομίσουν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι.
- ιγ) Η φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, η εγκατάλειψη, η παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος που ανήκει στο δημόσιο ή σε ΝΠΔΔ.
- ιδ) Η παράβαση καθήκοντος κατά τον ποινικό νόμο και
- ιε) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των νόμων που διέπουν το νοσοκομείο.

2. Πειθαρχικές ποινές είναι:

- α) Έγγραφο επίπληξη
- β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δέκα μηνών.
- γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού από ένα μέχρι πέντε χρόνια.
- δ) Οριστική παύση και
- ε) Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β έως ιγ της παραγράφου Ι του άρθρου αυτού.

4. Η ποινή αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα με στοιχεία α και β, της παραγράφου Ι του άρθρου αυτού.

5. Στα αδικήματα της παρ. Ια και Ιβ ο γιατρός τιμωρείται υποχρεωτικά:

- α) Με ποινή οριστικής παύσης
- β) Με πρόστιμο από 800.000 έως 4.000.000 δραχμές
- γ) Σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής διώξεως, ο γιατρός δύναται να τεθεί

εις αργία του άρθρου 192 του Π.Δ. 611/1977

6. Η ποινή της οριστικής παύσης μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα από β έως ε της παρ. 1 του άρθρου αυτού, καθώς και για αδικήματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977
7. Κάθε πειθαρχικό όργανο μπορεί να επιβάλλει τις εξής ποινές: α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ΝΠΔΔ έγγραφη επίπληξη και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε ημερών β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α έως γ της παρ. 2 του άρθρου αυτού. γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία δ και ε της παρ. 2 του άρθρου αυτού.
8. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.
9. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημοσίων υπαλλήλων.

ΑΡΘΡΟ 78

Άσκηση επαγγέλματος

1. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.
2. Επιτρέπεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους γιατρούς του ΕΣΥ μερικής απασχόλησης ή συμβούλους σε ημέρες και ώρες εκτός του καθημερινού πρωινού ωραρίου και της ενεργού εφημερίας, που είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

ΑΡΘΡΟ 88

Εφημερίες προσωπικού Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Οι γιατροί του ΕΣΥ, όλων των βαθμών, πλήρους και αποκλειστικής ή

μερικής απασχόλησης ή ειδικευόμενοι, καθώς και οι φαρμακοποιοί χημικοί, κλινικοί χημικοί και βιολόγοι που υπηρετούν στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, υποχρεούνται σε ενεργό εφημερία μέσα στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες των τμημάτων, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων και εν γένει σύμφωνα με τις ανάγκες για την απρόσκοπτη λειτουργία του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας.

2. Με απόφαση του υπουργού Υγείας καθορίζεται ο τρόπος εφημερίας κατά ειδικότητα, κατά τμήμα ή εργαστήριο και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά την ενεργό εφημερία.
3. Σε όλες έκτακτες και ειδικές περιπτώσεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας, Οικονομικών και Υγείας, μπορεί να καλούνται για αντιμετώπιση των εκτάκτων αναγκών γιατροί εκτός του κλάδου γιατρών ΕΣΥ, των αναγκαίων ειδικοτήτων προκειμένου να κάνουν ενεργό εφημερία. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται και το ύψος της αμοιβής των γιατρών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΑΡΘΡΟ 91

Σκοποί και αρχές που διέπουν την Ψυχιατρική

Μεταρρύθμιση

1. Σκοπός της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η προώθηση και ο συντονισμός των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
2. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση διέπεται από τις αρχές της τομεοποίησης,

της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

ΑΡΘΡΟ 92

Τομεοποίηση της Ψυχικής Υγείας

1. Σε κάθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας.
2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.
3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, στην έδρα κάθε τομέα Ψυχικής Υγείας, συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας. Οι ΤΕΨΗ έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:
 - α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού Ψυχικής Υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.
 - β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
 - γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.
4. Οι ΤΕΨΥ είναι 5μελείς και αποτελούνται από :
 - α) Το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού.
 - β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού ιατρικού Συλλόγου.
 - γ) Τον διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας.
 - δ) Το Διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα Νομαρχιακού ή Περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και
 - ε) Τον αρχαιότερο σε θέση Διευθυντή Ψυχιατρικής Κλινικής ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

ΑΡΘΡΟ 93

Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι Ψυχιατρικοί Τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές, τα ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Παιδοψυχιατρικές Κλινικές, οι Ψυχογηριατρικές Κλινικές, οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, οι Ανάδοχες οικογένειες, οι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης, οι Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή.
2. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., θέσας ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών επαγγελματιών υγείας, καθώς και θέσας νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των ΤΕΨΥ, προστίθενται στις θέσας και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

“Περί αναβάθμισης των νοσηλευτικών υπηρεσιών”

ΑΡΘΡΟ 102

Αναδιοργάνωση δομής και λειτουργίας

1. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στο ΕΚΑΒ, μέσα σε τρία χρόνια από τη δημοσίευση του παρόντος, δημιουργείται ειδικός κλάδος νοσηλευτών, επισκεπτών, μαιών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

ΑΡΘΡΟ 103

Ειδικό Επίδομα Νοσηλευτικού Προσωπικού

1. Στο προσωπικό του προηγούμενου άρθρου καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των νοσοκομείων του δημοσίου, χορηγείται ειδικό επίδομα.

ΑΡΘΡΟ 104

Θέσεις Νοσηλευτικού Προσωπικού

1. Θέσεις νοσηλευτών, καταλαμβάνουν μόνο όσοι φέρουν τίτλο και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος νοσηλευτού. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δε μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπεύθυνων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξαίρεση τα μαιευτικά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προστάνται μαιές και επισκέπτες αντιστοίχως.
2. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπεύθυνων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που δημοσιοποιούνται βάσει των Ν. 1476/84-1540/85-1579/85 δύναται να καταλαμβάνονται και από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που κατέχουν οργανικές θέσεις, με σχέση ιδιωτικού δικαίου και οι οποίοι υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσιοποίησή του, ως μαιές και επισκέπτες στα μαιευτικά τμήματα ή τμήματα Κοινωνικής Ιατρικής αντιστοίχως. Κατά την πρώτη

πενταετία από της εφαρμογής του παρόντος, οργανικές θέσεις νοσηλευτριών των ΤΕ που δεν πληρώνονται λόγω μη προσελεύσεως υποψηφίων δύνανται να καλύπτονται από βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ και κατά ανώτατο όριο κατά ποσοστό 25% των θέσεων αυτών.

ΑΡΘΡΟ 105

Εκπαίδευση αποφοίτων ΜΤΕΝΣ

1. Πτυχιούχοι των Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών, αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, απόφοιτοι Λυκείου που υπηρετούν και έχουν προϋπηρεσία βοηθού νοσηλευτή μετά τη λήψη του πτυχίου τουλάχιστον πέντε χρόνια σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορεί να εισάγονται άνευ εξετάσεων στο 1ο εξάμηνο των Τμημάτων Νοσηλευτικής ΤΒ ή να κατατάσσονται με κατατακτήριες εξετάσεις στο 3ο εξάμηνο των ΤΒ.
2. Οι φοιτούντες στα ΤΒ δυνάμει της προηγούμενης παραγράφου τελούν σε εκπαιδευτική άδεια μετ' αποδοχών και μετά το τέλος των σπουδών τους επανέρχονται στην οργανική τους θέση, υποχρεούμενοι να υπηρετήσουν, μετά τη λήψη του πτυχίου ΤΒ, σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας για χρονικό διάστημα ίσο προς το χρόνο της εκπαιδευτικής άδειας.

ΑΡΘΡΟ 106

Επίδομα Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων

1. Στους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που αποκτούν τίτλο νοσηλευτικής ειδικότητας κατά τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" και υπηρετούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος

τα οποία λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως, σε υπηρεσίες αυτού και στις Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές σχολές του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δύναται να καταβάλλεται ειδικό επίδομα.

ΑΡΘΡΟ 107

Ειδική ετήσια άδεια Νοσηλευτικού Προσωπικού και ειδικό επίδομα.

1 Σε νοσηλευτές και μαίες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, βοηθούς και φυσικο-θεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως επίσης και σε άλλες ειδικές μονάδες των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μπορεί να χορηγείται επιπρόσθετη ειδική ετήσια άδεια μετ' αποδοχών, τουλάχιστον 6 εργασίμων ημερών πέραν της κανονικής και ειδικό επίδομα.

ΑΡΘΡΟ 108

Νοσηλευτικές Σχολές ΠΙΚΠΑ και ΕΕΣ

Οι πρώην Ανώτερες Σχολές Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του ΠΙΚΠΑ και του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, των οποίων η δραστηριότητα περιήλθε με το νόμο 1404/83 στα ΤΒ, μπορεί να μετατραπούν σε Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΑΡΘΡΟ 113

Πρόσληψη Νοσηλευτικού Προσωπικού

1. Επιτρέπεται η πρόσληψη στα Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Θεραπείας του ΙΚΑ αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, που λειτουργούν με τη μορφή ΝΠΔΔ, νοσηλευτικού προσωπικού τριτοβάθμιας εκπαίδευσης επί ωριαία αντιμισθία για κάλυψη κενών οργανικών θέσεων και για όσο χρονικό διάστημα οι θέσεις αυτές είναι κενές, όπως επίσης και για την αντιμετώπιση όλως εξαιρετικών αναγκών των νοσηλευτικών τούτων ιδρυμάτων.

ΑΡΘΡΟ 118

Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

1. Καθορίζεται με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας οι κανόνες που πρέπει να διέπουν το νοσηλευτικό λατούργημα, της σχέσης μεταξύ των νοσηλευτών, της σχέσης με τους ασθενείς, τους γιατρούς και λοιπό προσωπικό που συνεργάζεται η νοσηλευτική υπηρεσία.
2. Με Προεδρικό Δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας μετά γνώμη του ΚΕΣΥ, συντάσσεται και εκδίδεται κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας.

ΑΡΘΡΟ 119

Νοσηλευτική Επιτροπή

1. Σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή (ΝΟΕ) η οποία είναι συμβουλευτικό όργανο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν την νοσηλευτική πολιτική, το σχεδιασμό και λήψη αποφάσεως για όλα τα νοσηλευτικά θέματα.
2. Η ΝΟΕ αποτελείται από :
 - α) Το διευθυντή-τρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως πρόεδρο.

- β) Ένα προιστάμενο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα
- γ) Ένα νοσηλευτή-τρια τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.
3. Τα μέλη των περιπτώσεων β) και γ) της προηγούμενης παραγράφου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της ΠΕ και ΤΕ κατηγορίας σε αντίστοιχες με τη θέση που κατέχουν, θέσεις της ΝΟΕ. Δικαίωμα ψήφου έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών που υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η ψηφοφορία των μελών της ΕΝΕ γίνεται κατά τομέα.
4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και μετά γνώμη του ΚΕΣΥ, καθορίζονται η διαδικασία εκλογής των μελών της ΝΟΕ, η συγκρότηση σε σώμα, η λειτουργία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά εν γένει την ΝΟΕ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΝΟΣΗΛ/ΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι πάντα σε θέση να ικανοποιήσει όλες τις προσδοκίες και τις ανάγκες του ασθενούς ούτε πάλι θεωρείται πάντοτε υπεύθυνο, όταν αυτές δεν ικανοποιούνται.

Η φροντίδα κάθε αρρώστου πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές ανάγκες του, οι οποίες και πρέπει να καθορίζουν το είδος της παρεχόμενης σ' αυτόν φροντίδας. Αυτό προϋποθέτει Προσπάθεια ανευρέσεως των αναγκών του ασθενούς και επισήμανση εκείνων που έχουν ανάγκη βοήθειας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επειδή οι ανάγκες του αρρώστου σπάνια παραμένουν οι ίδιες, απαραίτητη είναι η συνεχής επανεκτίμηση τόσο των υπάρχουσών αναγκών, όσο και του σχεδίου της παρεχόμενης φροντίδας.

Εάν λοιπόν η φροντίδα του αρρώστου πρόκειται να στηριχθεί στις ατομικές του ανάγκες, απαιτείται το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό να γνωρίζει την έννοια του όρου "ανάγκη" και να έχει γνώση των αναγκών του ανθρώπου.

Ανάγκη είναι η κατάσταση κατά την οποία παρουσιάζεται βιολογική ή πνευματικο-ψυχο-κοινωνική έλλειψη ή αδυναμία που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία διαφοράς μεταξύ του πως είναι και πως θα έπρεπε να είναι το άτομο. Είναι μια δύσκολη κατάσταση, που απαιτεί ανακούφιση ή ικανοποίηση.

Βασικά οι ανάγκες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες.

1. Τις φυσικές ή βασικές ανάγκες και
2. Τις ψυχοκοινωνικές ή δευτερεύουσες ανάγκες.

Οι φυσικές ανάγκες είναι κοινές σε όλους τους ζώντες οργανισμούς, ενώ οι ψυχοκοινωνικές αποτελούν ξεχωριστό χαρακτηριστικό των ανθρώπων.

Ο Maslow, επικρατέστερος μελετητής των αναγκών, χωρίζει τις ανάγκες σε επτά κατηγορίες και τις ιεραρχεί χρησιμοποιώντας την κλίμακα που ακολουθεί:

1. Φυσικές ή βασικές ανάγκες
2. Ανάγκη ασφάλειας
3. Ανάγκη στοργής και αναγνώρισεως
4. Ανάγκη δημιουργικότητας
5. Ανάγκη του να γνωρίζει και να καταλαβαίνει
6. Αισθησιακές ανάγκες
7. Ανάγκη αποδοχής

Η δυνατότητα εξακριβώσεως των αναγκών του ασθενούς στηρίζεται σε ορισμένες προϋποθέσεις, δηλαδή:

1. Την κατοχή βασικών γνώσεων των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών επιστημών.
2. Την ικανότητα να παρατηρεί κανείς και να μεταβιβάζει κατάλληλα τις παρατηρήσεις.
3. Την ικανότητα να ερμηνεύει ή να επεξηγεί τις παρατηρήσεις.
4. Την ικανότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή.
5. Την ικανότητα να αξιολογεί και να ιεραρχεί τις ανάγκες και
6. Την αντίληψη πως οι ανάγκες επηρεάζονται από τη νόσο.

Οι ανάγκες του ανθρώπου διαφέρουν σε σπουδαιότητα μεταξύ τους, ενώ δε μία ανάγκη ικανοποιείται, άλλη εμφανίζεται και παίρνει θέση προτεραιότητας. Οι ανάγκες διεκδικούν πρώτα ικανοποίηση και πρέπει να γίνει αυτό, πριν άλλες ανάγκες συγκεντρώσουν την προσοχή του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Οι φυσικές λοιπόν ανάγκες πρέπει να ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, πριν ψυχολογικές ανάγκες γίνουν έκδηλες στο άτομο. Ακόμα και μεταξύ των φυσικών ή βασικών αναγκών, μερικές απαιτούν προτεραιότητα

ικανοποιήσεως π.χ. ο άρρωστος που έχει δύσπνοια (δηλ. δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο), δεν ενδιαφέρεται για την ανάγκη της τροφής, ακόμα δε λιγότερο για συζήτηση ή άλλη ανάγκη.

ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι φυσικές ανάγκες όπως της τροφής, του οξυγόνου, του νερού, της κατάλληλης θερμοκρασίας του περιβάλλοντος κ.λ.π. επηρεάζουν την συμπεριφορά του ατόμου και κατευθύνουν τους μηχανισμούς, οι οποίοι διατηρούν σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Η δύναμη των αναγκών αυτών είναι μεγάλη και, εάν δεν ικανοποιηθούν, υπερισχύουν στη σκέψη του ατόμου π.χ. ο ασθενής στον οποίο περιορίστηκαν τα λαμβανόμενα υγρά, για θεραπευτικό σκοπό, αναμφίβολα διψά, το δε αίσθημα της δίψας έχει απορροφήσει ολοκληρωτικά τη σκέψη του. Δε συζητά τίποτε άλλο εκτός από το βαθμό της δίψας του, την επιθυμία του για νερό και κατά συνέπεια ρωτά τον ιατρό και την νοσηλεύτρια, πότε θα του επιτραπεί. Σ' αυτή τη περίοδο δεν ενδιαφέρεται ούτε για άλλες φυσικές ανάγκες, ούτε βέβαια για ψυχοκοινωνικές. Αμέσως όμως, μόλις η δίψα του ικανοποιηθεί, αρχίζει να συνειδητοποιεί την ύπαρξη και άλλων αναγκών του, όπως της ησυχίας, της στοργής, της ενημερώσεώς του για την πορεία της ασθένειάς του κ.λ.π.

ΑΝΑΓΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Όταν οι φυσικές ανάγκες του αρρώστου είναι ικανοποιημένες, η ανάγκη της ασφάλειας του εαυτού του παίρνει την πρώτη θέση. Ο φυσιολογικός ενήλικας είναι σε θέση να προφυλάξει τον εαυτό του και συνήθως δεν διατρέχει κίνδυνο η ασφάλειά του, όμως δεν συμβαίνει το ίδιο και με τον ασθενή.

Η ασφάλεια του ασθενούς έχει δύο απόψεις. Η μία άποψη είναι ο πραγματικός κίνδυνος ή η απειλή της υγείας και της ζωής του ακόμη από την

ασθένεια. Η άλλη είναι τα υποκαμενικά συναισθήματά του ότι βρίσκεται σε κατάσταση ασφάλειας ή κατάσταση κινδύνου.

Καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο τον ασθενή, δυνατό να προέρχονται πρώτα από τον ίδιο σαν άτομο, όπως η ασθένειά του, και κατά δεύτερο λόγο από το περιβάλλον του.

Η ασθένεια κατά φυσική συνέπεια είναι απειλή της ασφάλειας του αρρώστου, ένεκα των οργανικών ανωμαλιών τις οποίες προκαλεί. Αλλά και το περιβάλλον του νοσοκομείου απειλεί την ασφάλεια του ατόμου, με κίνδυνο να το επιφορτίσει και με άλλη ασθένεια ή ακόμα με την επικοινωνία του με τόσα άγνωστα πρόσωπα, οι ενέργειες των οποίων είναι ασυνήθεις, οδυνηρές και πολλές φορές προκαλούν φόβους και ερωτηματικά. Επιθυμεί λοιπόν ο ασθενής να αισθάνεται ασφαλής. Αν και δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματά του σχετικά με τα παραπάνω θέματα, όμως θέλει να τα γνωρίζει η υγειονομική ομάδα και να τον περιφρουρεί.

Εφόσον βασικός επιδιωκόμενος σκοπός του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού είναι η ανακούφιση του ανθρώπου, επιβάλλεται να επιδιώκει την ασφάλειά του. Για να μπορεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να προστατεύει τον ασθενή του από τους πραγματικούς κινδύνους της ασθένειας, πρέπει να γνωρίζει τη φύση της, την εξέλιξη και τις επιπλοκές της. Μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να προλάβει τις επιπλοκές, όσες είναι δυνατόν να προληφθούν, και να προσφέρει σωστή και επιδέξια φροντίδα. Τα μέτρα ασφάλειας που παίρνονται δεν πρέπει να περιορίζονται στο φυσικό περιβάλλον του αρρώστου, αλλά να επεκτείνονται και στο συναισθηματικό και κοινωνικό κλίμα του περιβάλλοντός του. Η πρόληψη ορισμένων φόβων απαιτεί γνώσεις των προσδοκιών του ασθενούς και ειδικότερα γνώση, του πώς κάθε ασθενής καταλαβαίνει κάτω από τις παρούσες συνθήκες το ρόλο του και το ρόλο του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

ΑΝΑΓΚΗ ΣΤΟΡΓΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΩΣ

Όταν οι φυσικές ανάγκες και οι ανάγκες της ασφάλειας του αρρώστου ικανοποιηθούν, γίνεται έκδηλη η ανάγκη της στοργής και της αναγνώρισεως.

Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι ον κοινωνικό και δεν αγαπά τη μόνωση. Η ασθένεια τον παίρνει από ένα εύθυμο περιβάλλον και τον μεταφυτεύει σ' ένα άλλο θλιβερό και ασυνήθιστο, στο οποίο αισθάνεται ανίκανος και μόνος. Ενώ, πρίν από λίγο ήταν ένα ζωντανό και ενεργητικό μέλος της κοινωνίας, τώρα πρέπει να δεχτεί το ρόλο του εξαρτημένου ανθρώπου με κίνδυνο να πέσει στην ανυπαρξία. Αυτός ο ασθενής έχει ανάγκη να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό και να αναγνωριστεί σαν άτομο, σαν ιδιαίτερη προσωπικότητα. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, διαποτισμένο το ίδιο από την πίστη στην αξία της προσωπικότητας και της ακεραιότητας του ανθρώπου, επιδιώκει να ικανοποιήσει αυτήν την ανάγκη του αρρώστου και να βοηθήσει και την οικογένειά του να αισθανθεί την ανάγκη της συγκεκριμένης συνεισφοράς στη θεραπεία και γρήγορη ανάρρωση του αρρώστου της.

Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό διαθέτει χρόνο ν' ακούσει τον ασθενή και να συζητήσει μαζί του, εφόσον οι συνθήκες του το επιτρέπουν και ο άρρωστος το επιζητεί. Ακόμα το προσωπικό δείχνει ενδιαφέρον, όχι μόνο για ότι ενδιαφέρει το ίδιο σχετικά με τον ασθενή, αλλά και για κάθε τι που φαίνεται σπουδαίο γι' αυτόν. Η μεγάλη προσοχή του προσωπικού, η φροντίδα και η ευγένειά του μεταφέρουν στον άρρωστο την πεποίθηση ότι φροντίζεται με στοργή και ενδιαφέρον και ότι οι ανάγκες του και τα προβλήματά του αναγνωρίζονται.

ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο άρρωστος που για λίγο νοσηλεύεται στο νοσοκομείο φαινομενικά δεν αισθάνεται την πίεση αυτής της ανάγκης. Αυτό όμως δεν συνεχίζεται για πολύ, αν χρειαστεί να παραταθεί η παραμονή του στο νοσοκομείο. Σ' αυτήν την περίπτωση πρέπει να δημιουργηθούν σ' αυτόν ευκαιρίες για να εκφράσει

τον εαυτό του άνετα και να τον χρησιμοποιήσει δημιουργικά, έτσι, ώστε να είναι ή τουλάχιστο να νομίζει ότι είναι χρήσιμος.

Συχνά η στάση, η συμπεριφορά, τα λόγια του προσωπικού όχι μόνο δεν ικανοποιούν αυτήν την ανάγκη του, αλλά και του καλλιεργούν τη σκέψη ότι είναι άχρηστος, ότι είναι κάτι το άψυχο.

ΑΝΑΓΚΗ ΤΟΥ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΕΙ.

Ο κάθε άνθρωπος θέλει να γνωρίζει τι του συμβαίνει, και δεν ικανοποιείται, όταν παίρνει σύντομες ή αόριστες πληροφορίες. Ο νοήμων άνθρωπος συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικές με το θέμα που τον ενδιαφέρει, τις οργανώνει, τις αναλύει και στη συνέχεια οδηγείται σε συμπεράσματα.

Πολλοί άρρωστοι προσπαθούν να ενημερωθούν σχετικά με την ασθένειά τους, συχνά όμως οι πληροφορίες τους είναι γενικές ή και ανακριβείς. Καθήκον του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και μάλιστα από τα πιο υπεύθυνα είναι να μεταδώσει στον άρρωστο χρήσιμες γνώσεις σχετικά με την ασθένειά του. Για να διδάξει σωστά και αποτελεσματικά τον άρρωστο ο γιατρός ή ο νοσηλευτής-τρια, πρέπει να έχει πολλές γνώσεις πάνω στο θέμα, να μπορεί να μεταφέρει τις γνώσεις αυτές στο επίπεδο κάθε ασθενούς και να γνωρίζει βασικές αρχές της μαθήσεως. Οι πληροφορίες που δίνει στον άρρωστο, όσο απλές κι αν είναι, πρέπει να έχουν νόημα και σημασία, για να γίνουν αποδεκτές. Βέβαια, όταν πρόκειται ο γιατρός ή ο νοσηλευτής-τρια να συζητήσει κάτι μ' αυτόν, υπολογίζει τη φυσική και συναισθηματική κατάστασή του, το διανοητικό του επίπεδο, την πείρα του σαν αρρώστου, το βαθμό της ενημερώσεώς του στην όλη κατάσταση, καθώς και την ύπαρξη ανάγκης του αρρώστου να γνωρίσει και να μάθει για την ασθένειά του. Είναι γνωστός ο φόρτος εργασίας των γιατρών και των νοσηλευτών-τριων που διαρκώς τείνει να τους απομακρύνει από τους ασθενείς τους. Όμως παρόλ' αυτά

πρέπει να σταματούν πολύ συχνά, για να δώσουν, έστω και σύντομες, απλές εξηγήσεις σε θέματα σχετικά με την ασθένειά του.

Η μη ικανοποίηση αυτής της ανάγκης του ασθενούς δημιουργεί φόβους, ανησυχίες, ερωτηματικά και έτσι διασαλεύεται η εμπιστοσύνη του στους ανθρώπους, στα χέρια των οποίων έχει εμπιστευτεί το πιο πολύτιμο αγαθό, την υγεία του, δηλαδή τη ζωή του.

ΑΙΣΘΗΣΙΑΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι ανάγκες αυτές ποικίλουν σε σπουδαιότητα από τον ένα άρρωστο σε άλλο. Για όλους τους αρρώστους το πιο ευχάριστο περιβάλλον είναι το καθαρό, το τακτικό και το ωραίο. Ο άρρωστος με μεγάλη αισθητική ευαισθησία θα λυπηθεί από το ακάθαρτο, ακατάστατο και ακαλαίσθητο περιβάλλον, ενώ ένα περιβάλλον τακτικό, καθαρό και ωραίο, αναμφίβολα συντελεί τα μέγιστα στο να αισθάνεται ο άρρωστος άνετα.

ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ

Αποδέχομαι τον άρρωστο δε σημαίνει απλά είμαι καλός σ' αυτόν, αλλά τον καταλαβαίνω όπως είναι και συνεργάζομαι μαζί του, όπως είναι, δηλαδή, αποδέχομαι τις κληρονομικές και μη κληρονομικές του ιδιότητες-αποδέχομαι την καλή ή κακή συμπεριφορά του-αποδέχομαι τα θετικά ή αρνητικά για μένα και το περιβάλλον του συναισθήματα, τη στιγμή κατά την οποία ζώ και προσπαθώ να καταλάβω τον εσωτερικό του κόσμο.

Η αποδοχή του αρρώστου προϋποθέτει γνώσεις της προσωπικότητας του ανθρώπου καθώς και των παραγόντων που προκαλούν αλλαγές στην προσωπικότητά του π.χ. ασθένεια κ.α.

Η αποδοχή του αρρώστου προϋποθέτει ακόμα αποδοχή του εαυτού μας, η οποία στηρίζεται στην αυτογνωσία. Ο ασθενής έχει την απαίτηση να τον μεταχειριζόμαστε όχι απλά σαν άνθρωπο, αλλά σαν άνθρωπο με ειδικές ανάγκες.

Η αποδοχή του εκνευρισμένου και εξαρτημένου αρρώστου χωρίς επίκριση και λανθασμένη ενθάρρυνση αποτελεί αποδοχή και δημιουργεί δυνατότητες παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας.

Η συμπεριφορά αυτή του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ελευθερώνει τον άρρωστο από ανεπιθύμητη υπεράσπιση του εαυτού του και στη συνέχεια αποδέχεται και ο ίδιος το περιβάλλον του και όλοι μαζί συνεργάζονται για τον ίδιο σκοπό, τη θεραπεία της ασθένειας ή τη βελτίωσή της.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων από τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία, τόσο από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και από τις "ξενοδοχειακές" υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων σε επίπεδο νομού.

Η μελέτη αυτή γίνεται για να βοηθήσουμε στην κατανόηση των προβλημάτων των ασθενών, τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό επίπεδο, όσο και στην καλύτερη οργάνωση των ξενοδοχειακών και διοικητικών υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων της επαρχίας.

Επίσης η έρευνα αποσκοπεί να αναδείξει πλευρές των νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση ή μη των ασθενών σε όλα τα επίπεδα και να συμβάλει έτσι στην προσπάθεια αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας, με πληροφορίες που παρέχονται και παρακινούν τα διευθυντικά ότελέχη για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Επίσης αν οι μελέτες αυτές επεκταθούν και σε άλλους νομούς καθώς και στα μεγάλα αστικά κέντρα μπορεί να δημιουργηθεί μια δεξαμενή πληροφοριών, η οποία μπορεί να ενεργοποιήσει μηχανισμούς παρέμβασης για τη βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας υγείας από τη μια, και να προάγει από την άλλη την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στη χώρα μας.

Τέλος πιστεύουμε ότι μελέτες όπως αυτή βοηθούν σημαντικά την ηγεσία του υπουργείου υγείας και την πολιτεία για λήψη μέτρων που θα αναβαθμίσουν και θα προάγουν σε ελλαδικό επίπεδο την λειτουργία των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα βασίστηκε σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο με 17 βασικές ερωτήσεις που αφορούν όλο το φάσμα των λειτουργιών του νοσοκομείου (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, θεραπείας, πληροφόρηση, οργάνωση και περιβάλλον θαλάμου, τροφή, καθαριότητα, χώροι υγιεινής-ψυχαγωγία, τηλέφωνα, γραφειοκρατική διαδικασία κ.λ.π.) στα τρία νοσηλευτικά ιδρύματα του νομού Ηλείας με δείγμα 280 ασθενών στο διάστημα από 1/3 έως και 31/7/94.

Οι ερωτήσεις αφορούσαν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως αναφέρθηκε παραπάνω, που αποσκοπούσαν στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές με κλίμακα 6 πιθανών απαντήσεων.

1. Πολύ κακές
2. Κακές
3. Μέτριες
4. Καλές
5. Πολύ καλές
6. Άριστες

Αρχικά σκέφτηκα να δοθούν τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς να τα συμπληρώσουν και κατόπιν να τα επιστρέψουν. Ο τρόπος όμως αυτός δεν απέδωσε (από τα 50 ερωτηματολόγια που δόθηκαν, ένας μόνο απάντησε, και έτσι αποφάσησα να τα συμπληρώσω με μορφή συνεντεύξεως προσωπικής με τον άρρωστο.

Το δείγμα των 280 ερωτηθέντων ασθενών αποτελείται από.

50 ασθενείς από το νοσοκομείο Κρεστένων.

80 ασθενείς από το νοσοκομείο Αμαλιάδας

150 ασθενείς από το νομαρχιακό νοσοκομείο Πύργου.

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και μετά από στατιστική επεξεργασία όλων των μεταβλητών, προσδιορήθηκαν για κάθε ερώτηση τα ποσοστά

ανά κλίμακα απαντήσεων. Η επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων έγινε από το πρόγραμμα Lotus 1,2,3 ενώ η σχεδίαση, εκτύπωση των πινάκων, έγινε από το πρόγραμμα Windows 3.1

Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν κατόρθωσα να βρώ κάτι ανάλογο με το δικό μου ερωτηματολόγιο.

Στην ελληνική βιβλιογραφία όμως έχει διενεργηθεί αντίστοιχη έρευνα με τον τίτλο "Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας" από την υγειονομική σχολή Αθηνών υπό τον Καθηγητή Κυριόπουλο και έχει δημοσιευθεί στο Ιατρικό βήμα, Τεύχος 13, Οκτώβριος 1990.

Έκρινα σκόπιμο οι ερωτήσεις για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό να έχουν 4 υποερωτήσεις λόγω της σπουδαιότητας του έργου που επιτελούν οι παραπάνω ομάδες στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Επίσης θα ήθελα να αναφερθώ και στις δυσκολίες που αντιμετώπισα κατά την διάρκεια συμπλήρωσεως του ερωτηματολογίου.

α) Η άρνηση απαντήσεως μεγάλου αριθμού ερωτηθέντων.

β) Η δυσπιστία πολλών άλλων ασθενών για το απόρρητο των απαντησεών τους.

γ) Το χαμηλό επίπεδο μορφώσεως των περισσότερων ασθενών ήταν αυτό που μας ανάγκασε να συμπληρώσουμε το ερωτηματολόγιο επί τύπου συνέντευξης.

ΕΡΩΤΗΣΗ 1

1 Για τους γιατρούς

1.1 Πως κρίνετε τις επιστημονικές γνώσεις των γιατρών;

1.2 Πως κρίνετε την επιδεξιότητά τους στην εργασία τους;

1.3 Πως αξιολογείτε την συμπεριφορά των γιατρών απεναντί σας;

1.4 Η οργάνωση των γιατρών στην εργασία τους είναι

Πίνακας 1

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 1.1	0	0	13	183	83	1	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0%	4,64%	65,36%	29,64%	0,36%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 1.2	0	0	17	172	89	2	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0%	6,07%	61,43%	31,79%	0,71%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 1.3	0	1	36	118	120	5	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0,36%	12,86%	42,14%	42,86%	1,76%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 1.4	0	0	16	176	85	3	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0%	5,71%	62,86%	30,36%	1,07%	100%	Ποσοστό

1.1 Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1 σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών ως προς την ερώτηση 1.1 σχετικά με τις επιστημονικές γνώσεις των γιατρών, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακές 0%, Κακές 0%, Μέτριες 4,64%, Καλές 65,36%, Πολύ καλές 29,64%, Άριστες 0,36%.

1.2 Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 1 σε δείγμα 280 ερωτηθέντων χρηστών/ασθενών ως προς την ερώτηση 1.2 σε σχέση με την επιδεξιότητα των γιατρών στην εργασία τους, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι. Πολύ κακή 0%, Κακή 0%, Μέτρια 6,07%, Καλή 61,43%, Πολύ καλή 31,79%, Άριστη 0,71%.

13. Όπως μας δείχνει ο πίνακας 1, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων χρηστών/ ασθενών ως προς την ερώτηση 13 που αφορά την συμπεριφορά των γιατρών απεναντί τους, τα αποτελέσματα είναι: Πολύ κακή 0%, Κακή 0,36%, Μέτρια 12,86%, Καλή 42,14%, Πολύ καλή 42,86%, Άριστη 1,76%.
14. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 14 που αφορά την οργάνωση των γιατρών στην εργασία τους, τα αποτελέσματα είναι: Πολύ κακή 0%, Κακή 0%, Μέτρια 5,71%, Καλή 62,86%, Πολύ καλή 30,36%, Άριστη 1,07%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2

Για το νοσηλευτικό προσωπικό

2.1 Πως κρίνετε τις επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού;

2.2 Πως κρίνετε την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού;

2.3 Πως αξιολογείται την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απεναντί σας;

2.4 Η οργάνωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία του είναι;

Πίνακας 2

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 2.1	0	0	12	183	84	1	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0%	4,29%	65,36%	30,00%	0,36%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 2.2	0	1	16	169	94	0	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0,36%	5,71%	60,36%	33,57%	0%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 2.3	0	2	27	124	121	6	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0,71%	9,64%	44,29%	43,21%	2,14%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 2.4	0	0	21	176	82	1	280	Αριθ.Περιπτ.
	0%	0%	7,50%	62,86%	29,29%	0,36%	100%	Ποσοστό

2.1 Όπως προκύπτει από τον πίνακα 2, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών στην ερώτηση 2.1 σχετικά με τις επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακές 0%, Κακές 0%, Μέτριες 4,29%, Καλές 65,36%, Πολύ καλές 30,00%, Άριστες 0,36%.

2.2 Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών ως προς την ερώτηση 2.2, σχετικά με την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία τους, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακή 0%, Κακή 0,36%, Μέτρια 5,71%, Καλή 60,36%, Πολύ καλή 33,57%, Άριστη 0%.

- 2.3. Όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα 2, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών ως προς την ερώτηση 2.3 που αφορά την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί τους, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακή 0%, Κακή 0,71%, Μέτρια 9,64%, Καλή 44,29%, Πολύ καλή 43,21%, Άριστη 2,14%.
- 2.4. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 2, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 2.4 που αφορά την οργάνωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία του, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακή 0%, Κακή 0%, Μέτρια 7,50%, Καλή 62,86%, Πολύ καλή 29,29%, Άριστη 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3

3.1 Πως αξιολογείται τις ιατρικές φροντίδες που δεχθήκατε κατά την διάρκεια της θεραπείας σας:

3.2 Πως αξιολογείται τις νοσηλευτικές φροντίδες που δεχθήκατε κατά την διάρκεια της θεραπείας σας:

Πίνακας 3

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολλή καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 3.1	0	0	19	186	73	2	280	Αρθ.Περιπτ.
	0 %	0%	6,79%	66,43%	26,07%	0,71 %	100 %	Ποσοστό
Ερώτ. 3.2	0	2	18	185	74	1	280	Αρθ.Περιπτ.
	0%	0,71%	6,43 %	66,07%	26,43%	0,36%	100 %	Ποσοστό

3.1. Όπως μας δείχνει ο πίνακας 3, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων χρηστών/ασθενών, ως προς την ερώτηση 3.1, που αφορά τις ιατρικές φροντίδες που δέχτηκαν κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακές 0%, Κακές 0%, Μέτριες 6,79%, Καλές 66,43%, Πολύ καλές 26,07%, Άριστες 0,71%.

3.2. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3, σε δείγμα 280 ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 3.2, που αφορά τις νοσηλευτικές φροντίδες που δέχτηκαν κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, τα αποτελέσματα είναι Πολύ κακές 0%, Κακές 0,71%, Μέτριες 6,43%, Καλές 66,07%, Πολύ καλές 26,43%, Άριστες 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

Οι πληροφορίες που σας δόθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

4.1 Σχετικά με την αρρωστιά σας και την πορεία της είναι;

4.2 Σχετικά με την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσετε μετά την εξοδό σας από το νοσοκομείο, είναι;

Πίνακας 4

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 4.1	0	0	13	199	67	1	280	Αρθ.Περιπτ.
	0%	0%	4,64%	71,07%	23,93%	0,36%	100%	Ποσοστό
Ερώτ. 4.2	0	1	15	201	62	1	280	Αρθ.Περιπτ.
	0%	0,36%	5,36%	71,79%	22,14%	0,36%	100%	Ποσοστό

4.1 Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 4, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 4.1 που αφορά τις πληροφορίες που τους δόθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αρρωστιά τους και την πορεία της, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακές 0%, Κακές 0%, Μέτριες 4,64%, Καλές 71,07%, Πολύ καλές 23,93%, Άριστες 0,36%.

4.2 Όπως μας δείχνει ο πίνακας 4, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, ως προς την ερώτηση 4.2 σχετικά με τις πληροφορίες που τους δόθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν μετά την εξοδό τους από το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακές 0%, Κακές 0,36%, Μέτριες 5,36%, Καλές 71,79%, Πολύ καλές 22,14%, Άριστες 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5

Πως κρίνετε την αντιμετώπιση των ενοχλημάτων σας (π.χ. πόνος) από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό;

Πίνακας 5

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολλή καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 5	0	3	30	210	36	1	280	Αριθ.Περιπτ.
	0 %	1,07%	10,71%	75,00%	12,86%	0,36%	100 %	Ποσοστό

5. Όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα 5, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων χρηστών/ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 5, που αφορά την αντιμετώπιση των ενοχλημάτων τους από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακή 0%, Κακή 1,07%, Μέτρια 10,71%, Καλή 75,00%, Πολύ καλή 12,86%, Άριστη 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Η ατμόσφαιρα που υπάρχει στο θαλαμό σας είναι:

Πίνακας 6

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 6	0	8	138	120	14	0	280	Αρθ.Περιπτ.
6	0 %	2,86%	49,28%	42,86%	5,00 %	0 %	100 %	Ποσοστό

6. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 6, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, ως προς την ερώτηση 6, σχετικά με την ατμόσφαιρα που επικρατεί στον θαλαμό τους, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακή 0%, Κακή 2,86%, Μέτρια 49,28%, Καλή 42,86%, Πολύ καλή 5,00%, Άριστη 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7

Πως αξιολογείται τον θαλαμό σας από άποψη θορύβου;

Πίνακας 7

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολλή καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 7	0	6	47	96	131	0	280	Αριθ.Περιπτ.
	0 %	2,14%	16,79%	34,29%	46,79%	0 %	100 %	Ποσοστό

7. Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 7, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 7, που αναφέρεται στην αξιολόγηση του θαλάμου τους από άποψη θορύβου, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακό 0%, Κακό 2,14%, Μέτριο 16,79%, Καλό 34,29%, Πολύ καλό 46,79%, Άριστο 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Πως αξιολογείται την καθαριότητα του θαλάμου;

Πίνακας 8

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 8	2	20	63	171	24	0	280	Αριθ.Περιπτ.
	0,71%	7,14%	22,50%	61,07%	8,57%	0 %	100 %	Ποσοστό

8. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 8, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, ως προς την ερώτηση 8, σχετικά με την καθαριότητα του θαλάμου, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακή 0,71%, Κακή 7,14% Μέτρια 22,50%, Καλή 61,07%, Πολύ καλή 8,57%, Άριστη 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Το περιβάλλον γύρω σας (σχήμα, έπιπλα, διακόσμηση) είναι:

Πίνακας 9

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 9	1	25	182	70	2	0	280	Αρθ. Περιπτ.
	0,36%	8,93%	65,00%	25,00%	0,71%	0 %	100 %	Ποσοστό

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 9, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 9, που αφορά το πως αξιολογούν το περιβάλλον γύρω τους (σχήμα, έπιπλα, διακόσμηση), τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακό 0,36%. Κακό 8,93%, Μέτριο 65,00%, Καλό 25,00%, Πολύ καλό 0,71%, Άριστο 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Πως εκτιμάτε τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένη η μέρα σας στο θάλαμο;

Πίνακας 10

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 10	1	3	106	166	4	0	280	Αρθ.Περιπτ.
	0,36%	1,07%	37,86%	59,29%	1,43%	0 %	100 %	Ποσοστό

10. Όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα 10, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, ως προς την ερώτηση 10, που εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένη η μέρα τους στο θάλαμο, τα αποτελέσματα είναι τα εξής. Πολύ κακός 0,36%, Κακός 1,07%, Μέτριος 37,86%, Καλός 59,29%, Πολύ καλός 1,43%, Άριστος 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

Πως αξιολογείται τις συνθήκες που επικρατούν σε σχέση με το λουτρό και την τουαλέτα;

Πίνακας 11

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 11	15	99	95	48	23	0	280	Αρθ.Περιπτ.
	5,36%	35,36%	33,92%	17,14%	8,21%	0 %	100 %	Ποσοστό

11. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων χρηστών/ασθενών, ως προς την ερώτηση 11, που αφορά τις συνθήκες που επικρατούν σε σχέση με το λουτρό και την τουαλέτα, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακές 5,36%, Κακές 35,36% Μέτριες 33,92%, Καλές 17,14%, Πολύ καλές 8,21%, Άριστες 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12

Πως εκτιμάτε την ποιότητα της διατροφής μέσα στο νοσοκομείο;

Πίνακας 12

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερωτ. 12	0	0	19	230	30	1	280	Αριθ. Περιπτ.
	0 %	0 %	6,79%	82,14%	10,71%	0,36%	100 %	Ποσοστό

12. Όπως μας δείχνει ο πίνακας 12, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 12, που αφορά την ποιότητα της διατροφής μέσα στο νοσοκομείο, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακή 0%, Κακή 0%, Μέτρια 6,79%, Καλή 82,14%, Πολύ καλή 10,71%, Άριστη 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13

Πως αξιολογείτε την εξυπηρέτησή σας από τα τηλέφωνα που υπάρχουν στο νοσοκομείο;

Πίνακας 13

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 13	1	19	184	69	7	0	280	Αριθ. Περιπτ.
	0,36%	6,79%	65,71%	24,64%	2,50%	0 %	100 %	Ποσοστό

13. Όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα 13, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, ως προς την ερώτηση 13, σχετικά με την εξυπηρέτησή τους από τα τηλέφωνα που υπάρχουν στο νοσοκομείο, τα αποτελέσματα είναι. Πολύ κακή 0,36%, Κακή 6,79%, Μέτρια 65,71%, Καλή 24,64%, Πολύ καλή 2,50%, Άριστη 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14

Πως κρίνετε τα υπάρχοντα μέσα (τηλεόραση,ραδιόφωνο,σαλόνι) για την άνετη παραμονή σας στο νοσοκομείο;

Πίνακας 14

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 14	3	70	139	68	0	0	280	Αρθ.Περιπτ.
	1,07%	25,0%	49,64%	24,29%	0%	0%	100%	Ποσοστά

14. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 14, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων χρηστών/ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 14, που αναφέρεται στα υπάρχοντα μέσα (τηλεόραση,ραδιόφωνο,σαλόνι) για την άνετη παραμονή τους στο νοσοκομείο, τα αποτελέσματα είναι Πολύ κακά 1,07%, Κακά 25,0%, Μέτρια 49,64%, Καλά 24,29%, Πολύ καλά 0%, Άριστα 0%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15

Πως αξιολογείται την οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, δηλαδή αν προσανατολιζοστε εύκολα, αν βρίσκετε εύκολα τα εργαστήρια, τις διοικητικές υπηρεσίες (εξιτήρια, εισπήρια, πληρωμές κ.α.);

Πίνακας 15

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 15	0	0	23	197	59	1	280	Αρθ. Περιπτ.
	0 %	0 %	8,21%	70,36%	21,07%	0,36%	100 %	Ποσοστό

15. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 15, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, σε σχέση με την ερώτηση 15, που αφορά την οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, δηλαδή αν προσανατολιζονται εύκολα, αν βρίσκουν με ευκολία τα εργαστήρια, τις διοικητικές υπηρεσίες, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής: Πολύ κακή 0%, Κακή 0%, Μέτρια 8,21%, Καλή 70,36%, Πολύ καλή 21,07%, Άριστη 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16

Πως κρίνετε την εξυπηρέτησή σας από τους υπαλλήλους που είναι υπεύθυνοι για πληροφορίες,εισητήρια,εξιτήρια,πληρωμή νοσηλίων,εξετάσεων κ.α.:

Πίνακας 16

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 16	0	0	12	185	82	1	280	Αρθ.Περιπτ.
	0 %	0 %	4,29%	66,07%	29,29%	0,36%	100 %	Ποσοστό

Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 16, σε σύνολο 280 ερωτηθέντων ασθενών, ως προς την ερώτηση 16, που αναφέρεται στην εξυπηρέτησή τους από τους υπαλλήλους που είναι υπεύθυνοι για πληροφορίες, εισητήρια, εξιτήρια, πληρωμή νοσηλίων, εξετάσεων κ.α, τα αποτελέσματα είναι Πολύ κακή 0%, Κακή 0%, Μέτρια 4,29%, Καλή 66,07%, Πολύ καλή 29,29%, Άριστη 0,36%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17

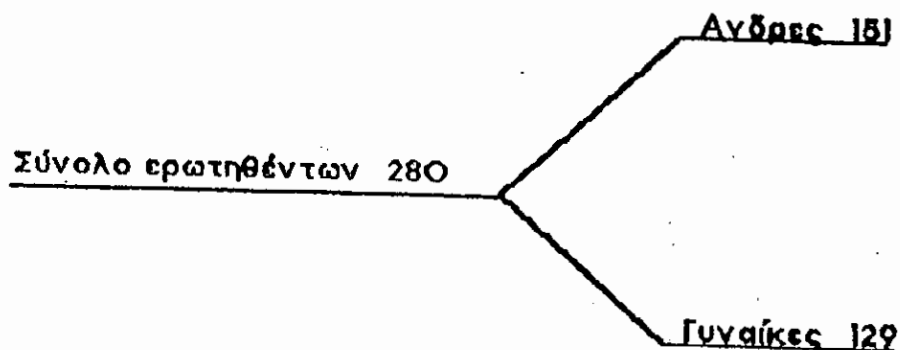
Συνολικά πως κρίνετε τις συνθήκες παραμονής στο νοσοκομείο;

Πίνακας 17

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη	ΣΥΝΟΛΑ	
Ερώτ. 17	0	8	51	177	43	1	280	Αρθ.Περιπτ.
	0 %	2,86%	18,21%	63,21%	15,36%	0,36%	100 %	Ποσοστό

17. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 17, σε δείγμα 280 ερωτηθέντων ασθενών, σχετικά με την ερώτηση 17, που αναφέρεται στο πως γενικά κρίνουν τις συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα εξής. Πολύ κακές 0%, Κακές 2,86%, Μέτριες 18,21%, Πολύ καλές 15,36%, Άριστες 0,36%.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΒΑΣΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΘ. ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20-30	18	6,42%
30-40	18	6,42%
40-50	27	9,64%
50-60	29	10,36%
60-70	80	28,58%
70 & Ανω	108	38,58%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

ΜΟΡΦ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΘ. ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αγράμματα	102	36,42%
Δημοτικού	118	42,15%
Γυμνασίου	39	13,93%
Λυκείου	18	6,42%
Πτυχ.Ανωτέρ.Σχ	0	0%
Πτυχ.Ανωτ.Σχ	3	1,08%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

ΠΙΝΑΚΑΣ 18
Δείκτες συνολικής ικανοποίησης

Γιατροί	11	95,36%	Συνολική Ικανοποίηση 92,58 %	
	12	93,93%		
	13	86,76%		
	14	94,23%		
Νοσηλευτές	21	95,72%	Συνολική Ικανοποίηση 92,95 %	
	22	93,93%		
	23	89,64%		
	24	92,51%		
Θεραπεία	31	93,21%	Συνολική Ικανοποίηση 93,03 %	
	32	92,86%		
Πληροφορίες	41	95,96%	Συνολική Ικανοποίηση 94,82 %	
	42	94,29%		
Ελεγχος Πόνου	5	88,22%	Συνολικ Ικανοποίηση 88,22%	
Κατάσταση Θαλάμου	Ατμόσφαιρα	6	47,86%	Συνολικ Ικανοποίηση 47,86%
	Θόρυβος	7	81,08%	Συνολικ Ικανοποίηση 81,08%
	Καθαριότητα	8	69,64%	Συνολικ Ικανοποίηση 69,64%
	Περιβάλλον	9	25,71%	Συνολικ Ικανοποίηση 25,71%
	Οργάνωση	10	60,72%	Συνολικ Ικανοποίηση 60,72%
Χώροι Υγιεινής	11	25,31%	Συνολικ Ικανοποίηση 25,31%	
Τροφή	12	93,25%	Συνολικ Ικανοποίηση 93,21%	
Τηλέφωνα	13	27,14%	Συνολικ Ικανοποίηση 27,14%	
Αναψυχή	14	24,29%	Συνολικ Ικανοποίηση 24,29%	
Οργάν. Προσανατολισμ	15	91,79%	Συνολικ Ικανοποίηση 91,79%	
Διοικητ. Εξυπηρέτηση	16	95,72%	Συνολικ Ικανοποίηση 95,72%	
Συνολική Ικανοποίηση	17	78,93%	Συνολικ Ικανοποίηση 78,93%	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για να μπορέσουμε να συζητήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, θεωρούμε ως ικανοποιημένους τους ασθενείς με βάση τις τιμές της κλίμακας 4 (καλές), 5 (πολύ καλές) και 6 (Άριστες) και υπολογίσαμε τον δείκτη ικανοποίησης για τις βασικότερες νοσοκομειακές λειτουργίες.

Όπως βλέπουμε από τον παραπάνω πίνακα η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τα νοσοκομεία του νομού Ηλείας κυμαίνεται στο επίπεδο του 79%, ενώ 18% θεωρούν μέτριες τις υπηρεσίες και 3% κακές.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει να δει κανείς αναλυτικά το δείκτη ικανοποίησης ανάμεσα στις διάφορες κλίμακες των παρεχομένων υπηρεσιών.

Έτσι βλέπουμε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων εκφράζεται με υψηλό δείκτη ικανοποίησης για τους γιατρούς (92,58%), το νοσηλευτικό προσωπικό (92,95%). Επίσης για τη θεραπευτική αγωγή (92,95%), τις πληροφορίες για την ασθένεια και την αγωγή (94,82%) και την εξυπηρέτηση από το διοικητικό προσωπικό (95,72%), τη διατροφή (93,21%).

Οι δείκτες αυτοί μειώνονται σημαντικά για άλλες δραστηριότητες όπως η ατμόσφαιρα του θαλάμου (47,86%), η καθαριότητα (69,64%), η οργάνωση της ημέρας στο θάλαμο (60,72%) και μειώνεται δραματικά σε άλλες δραστηριότητες, όπως έπιπλα, σχήμα και διακόσμηση περιβάλλοντος (25,71%), χώροι υγιεινής (λουτρό-τουαλέτα) (25,31%), τηλέφωνα (27,14%), αναψυχή,σαλόνι,τηλεόραση,κυλικείο (24,29%).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει να δει κανείς τους αναλυτικούς πίνακες για τις τελευταίες αυτές δραστηριότητες: ερωτήσεις 9,11,13 και 14.

Στην ερώτηση 9, πίνακας 9, βλέπουμε ότι το ποσοστό 25% από το 25,71% θεωρεί καλή την διακόσμηση και μόνο 0,71% πολύ καλή.

Στην ερώτηση 11, πίνακας 11, ποσοστό 17,14% από το 25,31% θεωρεί το λουτρό και την τουαλέτα καλή και ποσοστό 8,21% μόνο πολύ καλή.

Στην ερώτηση 13, πίνακας 13, ποσοστό 24,6% από το 27,14% θεωρεί καλή

την εξυπηρέτηση από τα τηλέφωνα και μόνο 2,50% πολύ καλή

Στην ερώτηση 14, πίνακας 14, ποσοστό 24,29% από 24,28% θεωρεί την ποιότητα χώρων αναψυχής, καλή και 0% πολύ καλή.

Από την αναλυτικότερη μελέτη των δεικτών ικανοποίησης που αφορούν την οργάνωση του θαλάμου, την καθαριότητα και τις υπηρεσίες "ξενοδοχειακού" τύπου οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς είναι σχετικά ικανοποιημένοι όσον αφορά την καθαριότητα του θαλάμου 69,64%, το θόρυβο 81,08%, τη τροφή 93,21%, οργάνωση ημέρας 60,72%, ενώ είναι απογοητευμένοι από την ατμόσφαιρα του θαλάμου 47,86%, την διακόσμηση και το περιβάλλον 25,71% και το λουτρό, τουαλέτα 25,31%.

Επίσης είναι αξιοσημείωτο ότι οι χώροι αναψυχής και ψυχαγωγίας συγκεντρώνουν το χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης, δηλαδή μόνο 24,29%.

Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι ο βαθμός ικανοποίησης είναι πολύ υψηλός για τις ιατρικές, νοσηλευτικές, θεραπευτικές και διοικητικές υπηρεσίες και για τη διατροφή, ενώ είναι μέτριος έως εξαιρετικά χαμηλός για τις οργανωτικές και ψυχαγωγικές υπηρεσίες καθώς και για την ατομική καθαριότητα και τα τηλέφωνα.

Στην Ελληνική βιβλιογραφία υπάρχει παρόμοια εργασία που πραγματοποιήθηκε από την υγειονομική σχολή Αθηνών υπό τον καθηγητή Κυριόπουλο και δημοσιεύθηκε στο Ιατρικό Βήμα, τεύχος 13, τον Οκτώβριο του 1990, υπό τον τίτλο "Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας" και αφορά νοσοκομεία Αθήνας, Θεσσαλονίκης και Επαρχίας.

Η ποιό πάνω εργασία αποτέλεσε και το ερέθισμα για την δική μου έρευνα. Τα αποτελέσματα της δικής μου έρευνας συγκρινόμενα με το σκέλος της πιο πάνω εργασίας που αφορά νοσοκομεία της επαρχίας, παρουσιάζει σημαντικές διαφορές αλλά και ομοιότητες. Όπως ο συνολικός δείκτης ικανοποίησης είναι στην πιο πάνω εργασία για τα νοσοκομεία της επαρχίας 78% και στην δική μου έρευνα 78,9%.

Επίσης υπάρχουν σαφείς διαφορές στους επιμέρους δείκτες, π.χ. για τους

γιατρούς η ικανοποίηση είναι 78% στην πιο πάνω εργασία, ενώ στη δική μου είναι 92,58%.

Για το νοσηλευτικό προσωπικό 76% έναντι 92,95%.

Για την θεραπεία 75% έναντι 93,03%

Για τους χώρους υγιεινής 58% έναντι 25,31%

Για τα τηλέφωνα 50% έναντι 27,14%

Για την οργάνωση και ψυχαγωγία 34% έναντι 24,29%.

Προσωπικά μου έκανε εντύπωση το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παρά τις σημαντικές ελλείψεις που υπάρχουν στα νοσοκομεία του νομού και ειδικά στο νοσοκομείο Πύργου που επλήγη από τους τελευταίους σεισμούς με αποτέλεσμα να μη λειτουργεί σημαντικό τμήμα του.

Ίσως το υψηλό ποσοστό οφείλεται και στην ποιότητα των νοσηλευομένων δηλαδή πολύ μεγάλης ηλικίας, αγράμματοι, χαμηλού βιοτικού επιπέδου, όπως φαίνεται και από το γενικό ερωτηματολόγιο της εργασίας μου.

Από το πίνακα Β το 67,16% αποτελείται από άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών.

Από τον πίνακα Γ φαίνεται ότι το 78,57% έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, (αγράμματοι, δημοτικού).

Από τα παραπάνω λοιπόν, βλέπουμε ότι τα νοσοκομεία του νομού, είναι στην ουσία "γηροκομεία", δηλαδή παραμένουν σ' αυτά ασθενείς χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου, ενώ η πλειονότητα των νέων ανθρώπων προτιμά τα μεγάλα νοσοκομεία του κέντρου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Στην θέση των τριών νοσοκομείων που υπάρχουν στο νομό και λειτουργούν με πολλές ελλείψεις, τόσο σε υγειονομικό-νοσηλευτικό όσο και σε βοηθητικό προσωπικό, μπορούσε να λειτουργεί ένα νομαρχιακό

- νοσοκομείο που και τον ίδιο αριθμό προσωπικού να διέθετε, θα λειτουργούσε πολύ καλύτερα και θα συγκρατούσε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών που φεύγουν προς τα μεγάλα αστικά κέντρα.
2. Όπως φαίνεται από τους πίνακες, χρειάζονται ριζικές αλλαγές για την βελτίωση των χώρων υγιεινής που υπό τις παρούσες συνθήκες κρίνονται απαράδεκτες.
 3. Πρέπει να γίνουν σημαντικές προσπάθειες για την καλύτερευση των συνθηκών διαμονής των ασθενών με ύπαρξη κατάλληλων χώρων υποδοχής και ανάπαυσης, καλύτερευση των συνθηκών ψυχαγωγίας και ατμόσφαιρα, ώστε να δημιουργείται ένα ευχάριστο περιβάλλον, γιατί όλα τα πιο πάνω συμβάλλουν σημαντικά στην καλύτερη φροντίδα και ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών.
 4. Απαιτείται βελτίωση της τηλεφωνικής επικοινωνίας των ασθενών με τους οικείους τους.
 5. Επίσης πρέπει να δημιουργηθούν νέα τμήματα (μονάδα εμφραγμάτων, παιδιατρικό τμήμα, εντατική μονάδα παρακολούθησης κα) ώστε να παραμένουν τα περιστατικά εδώ και να μην κινδυνεύουν κατά την μεταφορά τους κατά τα μεγαλύτερα αστικά κέντρα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αφορά τη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία του νομού Ηλείας.

Το υλικό αποτελείται από 280 ασθενείς, 50 από το νοσοκομείο Κρεστένων, 80 από το νοσοκομείο Αμαλιάδας και 150 από το νομαρχιακό νοσοκομείο Πύργου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν υψηλή ικανοποίηση για τις υπηρεσίες υγείας και μέτρια έως χαμηλή για τις υπηρεσίες περιβάλλοντος, χώρου και ψυχαγωγίας.

Η πιο πάνω μελέτη αποσκοπεί να βοηθήσει με την εξαγωγή συμπερασμάτων στην καλυτέρευση των υπηρεσιών στα νοσηλευτικά ιδρύματα του νομού.

SUMMARIS

This work concerns about the study of patient's satisfaction in the hospital's of Ilias country.

There are 280 patient's in all. There are 50 patient's in Krestena hospital, 80 in Amaliada hospital and 150 patient's beds of the deparmental hospital of Pyrgos.

The results of the survey show a high satifaction as it concerns the service of health but lower up to low in the service of environment, place and entertainment.

The above study aims at helping with results in making these nursing homes of our province, offer better services.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) Ζητάμε από τους ασθενείς να απαντήσουν στις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με την παραμονή τους στο νοσοκομείο, προσπαθώντας να προσδιορίσουμε πως πρέπει να γίνουν κάποιες αλλαγές.
- 2) Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σας είναι εμπιστευτικό. Δε θα το δουν οι γιατροί ή οι νοσηλεύτριες που σας εξυπηρετούν τώρα ή μπορεί να σας εξυπηρετήσουν στο μέλλον. Γι' αυτό τον λόγο παρακαλούμε να είστε ειλικρινείς ως προς τις απαντήσεις.

Τι νομίζετε για τα παρακάτω:

Σημειώστε (με X σε κάθε ερώτηση) αν οι υπηρεσίες είναι:

1. Πολύ κακές
2. Κακές
3. Μέτριες
4. Καλές
5. Πολύ καλές
6. Άριστες

ΓΕΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1. Φύλο
- α. Άνδρας
- β. Γυναίκα

- 2. i. Οικογενειακή κατάσταση
- α. Έγαμος -η
- β. Άγαμος -η

- 2. ii. Έχετε παιδιά;
- α. Ναι
- β. Όχι

- 3. Πόσο χρονών είστε;
- α. 20 - 30
- β. 30 - 40
- γ. 40 - 50
- δ. 50 - 60
- ε. 60 - 70
- στ. 70 και άνω

- 4. Μορφωτικό επίπεδο
- α. Αγράμματος
- β. Δημοτικού
- γ. Γυμνασίου
- δ. Λυκείου
- ε. Πτυχιούχος ανωτέρας σχολής
- στ. Πτυχιούχος ανωτάτης σχολής

ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σας είναι εμπιστευτικό. Δεν θα το δούν οι γιατροί ή οι νοσηλεύτριες -τες που σας εξυπηρετούν τώρα ή μπορεί να σας εξυπηρετήσουν στο μέλλον.

Τι νομίζετε για τα παρακάτω;

Σημειώστε (με x σε κάθε ερώτηση) αν οι υπηρεσίες είναι:

1) Πόλύ κακές, 2) Κακές, 3) Μέτριες, 4) Καλές, 5) Πολύ καλές, 6) Άριστες.

1. Για τους γιατρούς.

1.1 Πως κρίνετε τις επιστημονικές γνώσεις των γιατρών;

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

1.2 Πως κρίνετε την επιδεξιότητά τους στην εργασία τους;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

1.3 Πως αξιολογείτε την συμπεριφορά των γιατρών απεναντί σας;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

1.4 Η οργάνωση των γιατρών στην εργασία τους είναι:

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

2. Για το νοσηλευτικό προσωπικό.

2.1 Πως κρίνετε τις επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού;

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

2.2 Πως κρίνετε την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία του;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

2.3 Πως αξιολογείτε την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απεναντί σας;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

- 2.4 Η οργάνωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία του είναι:
- α. Πολλή κακή
 - β. Κακή
 - γ. Μέτρια
 - δ. Καλή
 - ε. Πολλή καλή
 - στ. Άριστη

3.1 Πως αξιολογείτε τις ιατρικές φροντίδες που δεχτήκατε κατά την διάρκεια της θεραπείας σας;

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

3.2 Πως αξιολογείτε τις νοσηλευτικές φροντίδες που δεχτήκατε κατά την διάρκεια της θεραπείας σας;

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

4. Οι πληροφορίες που σας δόθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

4.1 Σχετικά με την αρρωσθειά σας και την πορεία της είναι:

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

4.2 Σχετικά με την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσετε μετά την εξοδό σας από το νοσοκομείο, είναι:

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

5. Πως κρίνετε την αντιμετώπιση των ενοχλημάτων σας (π.χ: πόνος) από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

6. Η σιμόσφαιρα που υπάρχει στο θαλαμό σας είναι:

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

7. Πως αξιολογείτε τον θαλαμό σας από άποψη θορύβου;

- α. Πολύ κακό
- β. Κακό
- γ. Μέτριο
- δ. Καλό
- ε. Πολύ καλό
- στ. Άριστο

8. Πως αξιολογείτε την καθαριότητα του θαλάμου;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

9. Το περιβάλλον γύρω σας (σχήμα, έπιπλα, διακόσμηση) είναι:

- α. Πολύ κακό
- β. Κακό
- γ. Μέτριο
- δ. Καλό
- ε. Πολύ καλό
- στ. Άριστο

10. Πως εκτιμάτε τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένη η μέρα σας στο θάλαμο;

- α. Πολύ κακό
- β. Κακό
- γ. Μέτριο
- δ. Καλό
- ε. Πολύ καλό
- στ. Άριστο

11. Πως αξιολογείτε τις συνθήκες που επικρατούν σε σχέση με το λουτρό και την τουαλέτα;

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

12. Πως εκτιμάτε την ποιότητα της διατροφής μέσα στο νοσοκομείο;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

13. Πως αξιολογείτε την εξυπηρέτησή σας από τα τηλέφωνα που υπάρχουν στο νοσοκομείο;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

14. Πως κρίνετε τα υπάρχοντα μέσα (τηλεόραση, ραδιόφωνο, σαλόνι) για την άνετη παραμονή σας στο νοσοκομείο;

- α. Πολύ κακά
- β. Κακά
- γ. Μέτρια
- δ. Καλά
- ε. Πολύ καλά
- στ. Άριστα

15. Πως αξιολογείτε την οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, δηλαδή αν προσανατολιζέστε εύκολα, αν βρίσκετε εύκολα τα εργαστήρια, τις διοικητικές υπηρεσίες (εξιτήρια, εισιτήρια, πληρωμές κ.α).

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

16. Πως κρίνετε την εξυπηρέτησή σας από τους υπαλλήλους που είναι υπεύθυνοι για πληροφορίες, εισιτήρια, εξιτήρια, πληρωμή νοσηλείων, εξετάσεων κ.α.;

- α. Πολλή κακή
- β. Κακή
- γ. Μέτρια
- δ. Καλή
- ε. Πολλή καλή
- στ. Άριστη

17. Συνολικά πως κρίνετε τις συνθήκες παραμονής σας στο νοσοκομείο;

- α. Πολύ κακές
- β. Κακές
- γ. Μέτριες
- δ. Καλές
- ε. Πολύ καλές
- στ. Άριστες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναπλιώτη-Βαζαίου, Ερ. "Παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και εθνικά συστήματα". Αθήνα 1984.

Αραβαντινού, Α.Π. "Ασκληπιός και Ασκληπεία". Έκδοση πρώτη, εκδόσεις Λέων. Αθήνα 1906.

Δημάκη-Μπαζιάνα Μ. "Μαθήματα ιστορίας νοσηλευτικής". Έκδοση δεύτερη. Αθήνα 1990.

Harrison, T.R. "Εσωτερική παθολογία". Τόμος Α', Έκδοση έκτη, Εκδόσεις Παριαάνος Γρ. Αθήνα 1972.

"Ιστορική αναδρομή". Επιστήμη και ζωή". Τόμος 14, σελ. 164. Εκδόσεις και εμπορικές επιχειρήσεις: Χατζηακώβου Α.Ε. Θεσσαλονίκη.

Καπανίδης, Ν. "Ο φόβος του νοσοκομείου". Επιθεώρηση υγείας. Τόμος 2, Τεύχος 5, σελίδα 59-62. Αθήνα 1991.

Καρυώτης, Σ.Π. "Το σύστημα υγείας και η οργάνωση του Management υπηρεσιών υγείας και βιοιατρική τεχνολογία". Έκδοση πρώτη. Εκδόσεις Euroclinica. Αθήνα 1992.

Κατσουγιαννόπουλος, Χρ. "Εγχειρίδιο υγιεινής". Έκδοση πρώτη. Εκδοτικός οίκος Αδελφ. Κυριακίδη. Θεσσαλονίκη 1991.

Κυριόπουλος, Γ. "Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας". Ιατρικό βήμα. Τεύχος 13. Σελίδα 19-27. Εκδόσεις: Directa ΕΠ.Ε. Οκτώβριος 1990.

Κωσταντέλος, Ι.Δ. "Βυζαντινή φιλανθρωπία και κοινωνική πρόνοια". Έκδοση πρώτη. Εκδόσεις Φώς. Αθήνα 1986.

Μαλγαρινού Μ.- Κωσταντινίδου Σ. "Νοσηλευτική-Γενική παθολογική χειρουργι-

κή". Τόμος Α'. Έκδοση δωδέκατη. Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα Σεπτέμβριος 1989.

Μαργιόλη Μ.- Πρεβεζάνου Κ. "Μεγάλη Βρετανία, το γνωστότερο εθνικό σύστημα υγείας". Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 33. Σελίδα 38-45. Εκδόσεις: Directa ΕΠ.Ε. Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1993.

Οικονομοπούλου Χριστ. " Από τα Ασκληπεία στα σύγχρονα θεραπευτήρια". Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 33. Σελίδα 46-52. Εκδόσεις Directa ΕΠ.Ε. Σεπτέμβριος Οκτώβριος 1993.

Σιγάλα Ιωακ. " Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα". Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 32. Σελίδα 22-29. Εκδόσεις Directa ΕΠ.Ε. Ιανουάριος - Αύγουστος 1993.

Σιγάλα Ιωακ. "Η συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα στην οικονομία και το management του νοσοκομειακού τομέα." Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 24. Σελίδα 31-35. Εκδόσεις Directa ΕΠ.Ε. Φεβρουάριος 1992.

