

NATIONAL STRATEGIC PLAN
PROGRAMMING PERIOD 2007 - 2013

ATHENS, JANUARY 2007



ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ
Δ' ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ
2007- 2013



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
MINISTÈRE DE LA SANTÈ ET DE LA SOLIDARITÈ SOCIALE
MINISTRY OF HEALTH & SOCIAL SOLIDARITY

ΑΘΗΝΑ, Ιανουάριος 2007



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ»

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΕΝΟΤΗΤΑ I: Εντοπισμός Αναγκών –Υφιστάμενη Κατάσταση του Τομέα Υ&ΚΑ	7
I.1 Υφιστάμενη κατάσταση του τομέα Υ&ΚΑ	7
I.2 Ανάλυση των περιφερειακών και/ή τοπικών ανισοτήτων και αναπτυξιακών αναγκών	16
I.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	18
I.2.2 Δημόσια Δευτεροβάθμια / Τριτοβάθμια Περίθαλψη	19
I.2.3 Ιδιωτική Δευτεροβάθμια / Τριτοβάθμια Περίθαλψη	20
I.2.4 Κοινωνική Αλληλεγγύη	22
I.2.5 Ανθρώπινο Δυναμικό	25
I.3 Ζήτηση υπηρεσιών υγείας	25
I.4 Αποτίμηση των αποτελεσμάτων των προηγούμενων Περιόδων Προγραμματισμού (Β' και Γ' ΚΠΣ) – (1994-2006)	26
I.4.1 Παρεμβάσεις στις κοινωνικές υποδομές – προώθηση κοινωνικής ενσωμάτωσης	26
I.5 Σύνοψη δυνατών & αδυνάτων σημείων και απειλών&ευκαιριών του Τομέα	31
I.6 Ιεράρχηση προβλημάτων και αναγκών του τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης:	34
ΕΝΟΤΗΤΑ II: Στρατηγική του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη περίοδο προγραμματισμού 2007-2013.....	35
II.1 Στρατηγικός Στόχος 1: Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	35
II.1.1 Γενικός Στόχος 1.α.: Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας	35
II.1.2 Γενικός Στόχος 1.β.: Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και προληπτικής ιατρικής	35
II.2 Στρατηγικός Στόχος 2: Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	36
II.2.1 Γενικός Στόχος 2. α: Οικονομική Εξυγίανση του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	36
II.2.2 Γενικός Στόχος 2.β: Αναβάθμιση των υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας	36
II.2.3 Γενικός Στόχος 2.γ: Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας	37
II.2.4 Γενικός Στόχος 2.δ: Ενίσχυση της εκπαίδευση και της προαγωγής της έρευνας και της καινοτομίας στο τομέα Υ&ΚΑ	37
II.2.5 Γενικός Στόχος 2.ε.: Επίτευξη Συμπράξεων Δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ – PPP)	38
II.2.6 Γενικός Στόχος 2.στ: Βελτίωση της Περιβαλλοντικής επίδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	38
II.2.7 Γενικός Στόχος 2.ζ.: Δια βίου ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	38
II.3 Στρατηγικός Στόχος 3: Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας / e-health	39

II.3.1	Γενικός Στόχος 3.α.: Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ψηφιακής τεχνολογίας και e-υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	39
II.4	Στρατηγικός Στόχος 4: Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, Αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και Πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση	40
II.4.1	Γενικός Στόχος 4.α: Εδραίωση της Μεταρρύθμισης της Ψυχικής Υγείας	40
II.4.2	Γενικός Στόχος 4.β: Αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και Πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση	40
II.4.3	Γενικός Στόχος 4.γ.: Ανάπτυξη και προώθηση του κοινωνικού εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής Ευθύνης	41
II.4.4	Γενικός Στόχος 4.δ.: Κοινωνική Αλληλεγγύη - Προώθηση ισότητας και προστασία ευπαθών ομάδων	41
ΕΝΟΤΗΤΑ III: Συσχέτιση της Στρατηγικής με Εθνικές και Ευρωπαϊκές Πολιτικές.....		44
ΕΝΟΤΗΤΑ IV: Χρηματοδότηση του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από το ΕΣΠΑ		46
IV.1	Ανάπτυξη του δικτύου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας.	46
IV.2	Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	47
IV.3	Προώθηση της Πληροφορικής Τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης - Ολοκλήρωση της πολιτικής εισαγωγής ψηφιακής τεχνολογίας.	48
IV.4	Μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης.	49
IV.5	Αποϊδρυματισμός και ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης	50
ΕΝΟΤΗΤΑ V: Διατάξεις Εφαρμογής		53

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως υγεία ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (WHO 1946). Κατ' επέκταση, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας είναι ταυτόχρονα συνέπεια και βασικός παράγοντας της αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής της συγκεκριμένης χώρας.

Ο ΠΟΥ σε μια προσπάθεια ορισμού του πλαισίου των στρατηγικών επιλογών στο τομέα υγείας καταλήγει στο ότι κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιτυγχάνει στην εκπλήρωση τριών στόχων:

- ο Ο πρώτος στόχος, αφορά στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
- ο Ο δεύτερος αφορά στην ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών.
- ο Ο τρίτος στόχος, τέλος, αφορά τη δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και στην προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου σαν συνέπεια της αντιμετώπισης κάποιας ασθένειας.

Ο Ελληνικός τομέας υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας έχει υιοθετήσει τους παραπάνω τρεις στόχους. Ωστόσο, επηρεάζεται άμεσα από μια σειρά σύγχρονων ενδογενών και εξωγενών παραγόντων με συνέπεια την ανάγκη ευελιξίας στην χάραξη στρατηγικών.

Σε Εθνικό επίπεδο **οι δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές** συνιστώσες αποτελούν καθοριστικό ενδογενή παράγοντα καθορισμού του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ διαφαίνεται μια αξιοσημείωτη διαφοροποίηση των δημογραφικών δεδομένων σε ότι αφορά την ομάδα πληθυσμού άνω των 65 ετών (17,60% του ελληνικού πληθυσμού έναντι 15,70% του κοινοτικού μέσου όρου) που είναι το ηλικιακό σύνολο με την μεγαλύτερη ανάγκη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, σήμερα. Οι προβλέψεις για το άμεσο χρονικό ορίζοντα μέχρι το 2020, επιβάλλουν την προετοιμασία του τομέα για ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση των υπηρεσιών δεδομένης της ταχύτερα από το μέσο κοινοτικό όρο γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού (αναμένεται να ανέλθει στο 21,6% του συνολικού πληθυσμού το έτος 2020).

Σε πρόσφατη μελέτη (ΕΣΔΥ-WHO), η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων είναι εμφανής και στην Ελλάδα, καθώς η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος οδηγεί τα άτομα να θέτουν σε προτεραιότητα την υγεία ως αγαθό που στο σύνολό του συμβάλλει στην παραγωγική διαδικασία και στην οικονομική εξέλιξη των μονάδων (άτομα) και του συστήματος (κράτος). Η απαίτηση του ατόμου για υγεία είναι ωστόσο άμεσα συνυφασμένη με την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών στην ζήτηση, αφού τα άτομα αυτά θεωρούν το καλό επίπεδο υγείας τους ως δεδομένο και αναζητούν καλύτερη αντιμετώπιση από το σύστημα. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι η **ανταποκρισιμότητα** των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα στις προσδοκίες του πληθυσμού είναι χαμηλή. Οι παραπάνω διαπιστώσεις οι οποίες συνοψίζουν τα κύρια ευρήματα της εν λόγω έρευνας, θέτουν δύο μείζονα ζητήματα πολιτικής. Το πρώτο, σχετίζεται με την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων οι οποίες επιδρούν στο επίπεδο υγείας, τη χρησιμοποίηση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύοντας τα προβλήματα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, ως προσδιοριστικούς παράγοντες της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αλλά και μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού. Το δεύτερο, αναφέρεται στους υφιστάμενους στόχους του συστήματος υγείας και το βαθμό στον οποίο αυτό ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τις ανάγκες του πληθυσμού.

Οι κοινωνικές ανισότητες εξάλλου, εμφανίζονται και στο **σύστημα χρηματοδότησης** του τομέα υγείας στην Ελλάδα, με την ιδιαίτερα αυξημένη βαρύτητα των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (περίπου 42% του συνόλου των δαπανών υγείας), καθώς επίσης και την άνιση κατανομή του φορολογικού βάρους η οποία οφείλεται στην κυριαρχία των έμμεσων φόρων. Η στροφή του καταναλωτή προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αδυναμία του δημοσίου τομέα να καλύψει την αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών υπηρεσιών, λόγω της μη προσαρμογής του στα νέα τεχνολογικά και άλλα δεδομένα.

Σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο, ο τομέας υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας της Ελλάδας τα τελευταία χρόνια, βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο φάσμα δεδομένων. Οι μετακινήσεις πληθυσμών, οι οικονομικές και εμπορικές σχέσεις που έχουν ως συνέπεια τη μετακίνηση ατόμων για εργασία ή μόνιμη κατοικία, η χρήση κοινών φυσικών πόρων (ποτάμια, λίμνες) είναι μερικά από τα νέα δεδομένα σε διασυνοριακό επίπεδο και ταυτόχρονα προκλήσεις για το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας. Οι προκλήσεις από τα νέα δεδομένα για το τομέα υπηρεσιών υγείας είναι ήδη αισθητές και θα ενταθούν τα αμέσως επόμενα έτη με την σταδιακή ένταξη στην Ε.Ε. όμορων με την Ελλάδα κρατών. Η διασυνοριακή διάσταση των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας είναι ήδη πραγματικότητα για τις περισσότερες παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας, ενώ οι όποιες προσπάθειες διασυνοριακής συνεργασίας στην υγεία μέχρι σήμερα δε φαίνεται να επαρκούν.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι όλες οι σύγχρονες αναπτυγμένες χώρες, παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες στα προβλήματα του τομέα υγείας που οφείλονται επιγραμματικά, στην προκλητή ή/και υπερβάλλουσα ζήτηση, στην πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης, κ.α. Η αντιμετώπιση των όποιων στρεβλώσεων στη αγορά υπηρεσιών απαιτεί μια σειρά διαρθρωτικών παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της **αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας** των συστημάτων υγείας, χωρίς όμως να χάνεται ο συμπληρωματικός στόχος της **ισότητας** στη παροχή των υπηρεσιών και την κατανομή των πόρων. Είναι, ωστόσο, κοινό χαρακτηριστικό όλων των συστημάτων υγείας, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, ότι η συγκεκριμένη αγορά υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και αυτή η ιδιομορφία της τη διακρίνει από τις άλλες αγορές αγαθών και υπηρεσιών.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι: Εντοπισμός Αναγκών – Υφιστάμενη Κατάσταση του Τομέα Υ&ΚΑ

I.1 Υφιστάμενη κατάσταση του τομέα Υ&ΚΑ

Ο κλάδος της υγείας παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη δυναμική που έχει συντελέσει στη βελτίωση τόσο του πλήθους όσο και του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βεβαίως, η Ελλάδα παραμένει μια χώρα, η οποία συγκρινόμενη με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο διαθέτει ελλιπώς οργανωμένο σύστημα Υγείας, χαμηλή αναλογία κλινών ανά κάτοικο και χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσιών και αποδοτικότητα των χρησιμοποιούμενων πόρων. Μέσω της αρωγής μιας πληθώρας υποστηρικτικών εργαλείων, τα σημαντικότερα των οποίων είναι τα επιχειρησιακά κοινοτικά και ολυμπιακά προγράμματα και δράσεις, δρομολογήθηκαν εκσυγχρονιστικές ενέργειες και πολιτικές όπως η εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων νοσοκομείων, η τηλεϊατρική, η έμφαση στους αδύναμους κρίκους του υγειονομικού συστήματος – πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δημόσια υγεία και προληπτική ιατρική – και η διοικητική αποκέντρωση και αυτονόμηση σε μάκρο και μικρο – επίπεδο.

Ο απολογισμός της προσπάθειας αυτής δεν έχει ακόμα πραγματοποιηθεί, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών είτε είναι ακόμα σε εξέλιξη είτε σε αναθεώρηση. Ήδη από το 2005, μια σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων προωθήθηκε για τη διαμόρφωση του πλαισίου που θα καταστήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας ικανό να ανταποκριθεί στις σύγχρονες απαιτήσεις και θα εξασφαλίζει την κοινωνική και οικονομική βιωσιμότητά του. Ήδη ψηφίσθηκε ο Ν.3329/2005, Ν.3252 (ΦΕΚ 132 Α' /16.7.04), Ν.3329 (ΦΕΚ 81 Α' / 4.4.05), Ν.3370 (ΦΕΚ176Α' /11.7.05), Ν.3402 (ΦΕΚ 258 Α' / 17.10.05), Ν.3418 (ΦΕΚ 287 Α' /28.11.05) με τον οποίο, όσον αφορά τα θέματα Υγείας, προωθείται η ουσιαστική αποκέντρωση και η αυτόνομη ανάπτυξη της περιφέρειας, απαλλαγμένης από γραφειοκρατικές αγκυλώσεις. Στόχος είναι ο εκσυγχρονισμός και η αναμόρφωση του ΕΣΥ τόσο ως προς την οργανωτική δομή, όσο και ως προς το ανθρώπινο δυναμικό. Επίσης, έχει προετοιμαστεί νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο προβλέπει την ενσωμάτωση των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, τη δημιουργία Αστικών Κέντρων Υγείας, την εφαρμογή του οικογενειακού γιατρού και τη θεσμοθέτηση διευθύνσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο ΥπΥΚΑ (γενική διεύθυνση) και στις περιφερειακές δομές διοίκησης.

Σημαντικό νομοσχέδιο το οποίο έχει ψηφισθεί, αφορά στις Προμήθειες και στην εφοδιαστική αλυσίδα του ΕΣΥΚΑ και έχει μεταβατική περίοδο σταδιακής εφαρμογής για ένα έτος. Μελετάται βελτίωση του σχεδίου νόμου για την ψυχική υγεία και αναμένεται άλλο για τον εθελοντισμό. Επιπλέον μετεξελίσσεται το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΣΥΚΦ) σε Ινστιτούτου Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης (ΙΚΠΑ), με στόχο την δημιουργία ενός φορέα - επιστημονικού εργαλείου στη διάθεση της εκάστοτε κυβέρνησης για τη χάραξη προνοιακής πολιτικής. Στον τομέα της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρόκειται να εκδοθεί η Κάρτα Αναπηρίας, καθώς και το νέο βιβλιάριο υγείας του παιδιού.

Με το Ν. 3293/2004 θεσπίστηκε, για πρώτη φορά, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος, στα πλαίσια του θεσμού του Συνηγόρου του Πολίτη, εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και των σχέσεών τους με τον πολίτη.

I.1.2. Δαπάνες Υγείας

Οι δαπάνες για την περίθαλψη παρουσιάζουν σημαντική αύξηση από 6,6 % του ΑΕΠ το 1980, σε 10,2 % το 2001 (4η θέση) και σε 9,9% το 2003 (7η θέση), αναδεικνύοντας τη χώρα σε έναν από τους «πρωταθλητές» δαπανών στην Ευρώπη και μεταξύ των πρώτων από τις χώρες του ΟΟΣΑ

(Πίνακας 1). Εάν συνυπολογιστεί δε και η παραοικονομία, τότε είναι πιθανό οι δαπάνες για την περίθαλψη να προσεγγίζουν σε πραγματικό κατά κεφαλή (PPP) εισόδημα, χώρες όπως η Μ. Βρετανία, η Ιταλία.

Παρότι τα τελευταία 20 χρόνια υπάρχει ένα δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, η ιδιωτική δαπάνη (εκτιμάται στο 48% της συνολικής δαπάνης υγείας, Πίνακας 3) κρίνεται ιδιαίτερα υψηλή και μάλιστα προσεγγίζει μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας, όπως αυτό των ΗΠΑ. Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη αποτελεί επίσης ένδειξη ανισότητας στην πρόσβαση και στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση μη εκπλήρωσης των αρχικών στόχων του ΕΣΥ.

Πίνακας 1 : Κατάλογος δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ

	Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη για υγεία US\$ PPP		Συνολική δαπάνη για υγεία ως % του ΑΕΠ	
	2001	2003	2001	2003
Australia	2521	2699	9,1	9,3
Austria	2163	2302	7,4	7,5
Belgium	2424	2827	8,8	9,6
Canada	2709	3001	9,4	9,9
Czech Republic	1063	1298	6,9	7,5
Denmark	2556	2763	8,6	9
Finland	1857	2118	6,9	7,4
France	2617	2903	9,4	10,1
Germany	2784	2996	10,8	11,1
Greece	1756	2011	10,2	9,9*
Hungary	975	1269	7,4	8,4
Iceland	2742	3115	9,3	10,5
Ireland	2089	2451	6,9	7,4
Italy	2154	2258	8,2	8,4
Japan	2092	2139	7,8	7,9
Korea	932	1074	5,4	5,6
Luxembourg	3264	3705	6,5	6,9
Mexico	545	583	6,0	6,2
Netherlands	2520	2976	8,7	9,8
New Zealand	1701	1886	7,9	8,1
Norway	3287	3807	8,9	10,3
Poland	646	744	6	6,5
Portugal	1693	1797	9,4	9,6
Slovak Republic	641	777	5,6	5,9
Spain	1618	1835	7,5	7,7
Sweden	2404	2703	8,8	9,4
Switzerland	3362	3781	10,9	11,5
Turkey	459	513	7,5	7,4
United Kingdom	2032	2231	7,5	7,7
United States	4888	5635	13,8	15

Πηγή: OECD HEALTH DATA, Οκτώβριος 2005

(*) Η μείωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ οφείλεται πιθανότατα στη σημαντική μεγέθυνση του ΑΕΠ κατά το 2003.

Πίνακας 2 : Δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό (%) επί του Α.Ε.Π., στις χώρες της Ε.Ε (1999-2003)

Χώρα	1999	2000	2001	2002	2003
Αυστρία	5,4	5,4	5,2	5,4	Μ.Δ.
Βέλγιο	6,2	6,2	6,4	6,5	Μ.Δ.
Δανία	7,0	6,9	7,1	7,3	7,5
Φινλανδία	5,2	5,0	5,3	5,5	Μ.Δ.
Γαλλία	7,1	7,1	7,2	7,4	Μ.Δ.
Γερμανία	8,4	8,3	8,5	8,6	Μ.Δ.
Ελλάδα	5,2	5,2	5,0	5,0	Μ.Δ.
Ιρλανδία	4,6	4,7	5,2	5,5	Μ.Δ.
Ιταλία	5,6	6,0	6,3	6,4	6,4
Λουξεμβούργο	5,6	4,5	5,3	5,3	Μ.Δ.
Πορτογαλία	5,9	6,4	6,6	6,5	Μ.Δ.
Ισπανία	5,4	5,3	5,4	5,4	Μ.Δ.
Σουηδία	7,2	7,2	7,5	7,9	Μ.Δ.
Βρετανία	5,8	5,9	6,2	6,4	Μ.Δ.

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α., Στατιστικές Υγείας (Ο.Ε.С.Д. <http://www.oecd.org>)

Πίνακας 3 : Εθνικές δαπάνες Υγείας – Ελλάδα (EUROS)

A. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I. Ποσοστά δαπανών							
Total expenditure on health (THE) % GDP	9,4	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9	9,8
General government expenditure on health (GGHE) %THE	52,1	53,4	52,6	54,2	51,6	51,3	51,7
Private expenditure on health (PvtHE) % THE	47,9	46,6	47,4	45,8	48,4	48,7	48,3
GGHE % General government expenditure	9,9	10,4	10,0	10,9	10,1	10,1	10,1
Social security expenditure on health % GGHE	37,5	35,4	32,3	33,2	36,6	32,0	35,9
Net out-of-pocket spending on health (OOPs) % PvtHE	71,0	69,5	94,7	95,2	95,0	95,4	95,2
Private prepaid plans expenditure on health % PvtHE	4,2	4,1	5,3	4,8	5,0	4,6	4,8
Externally funded expenditure on health % THE	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
II. Κατά κεφαλήν επίπεδα							
THE per capita at exchange rate (US\$)	1055	1114	1032	1091	1182	1556	1830
GGHE per capita at exchange rate (US\$)	549	595	543	591	610	798	946
THE per capita at international dollar rate	1365	1469	1628	1767	1847	1997	2106
GGHE per capita at international dollar rate	711	785	856	958	953	1025	1089
B. ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΤΙΜΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ ΣΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΟΣΟΣΤΑ	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Health System Expenditure & Financing (million NCU)							
I. Measured Financing Agents							
Συνολικές δαπάνες Υγείας (Οι)	9 910	10 871	12 083	13 348	13 803	15 169	16 305
Δημόσιες δαπάνες υγείας (GGHE)	5 159	5 807	6 353	7 237	7 121	7 782	8 431
...of which Social security expenditure on health	1 933	2 054	2 054	2 400	2 605	2 491	3 024
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (PvtHE)	4 751	5 064	5 730	6 111	6 682	7 387	7 875
... of which Net out-of-pocket spending on health	3 371	3 522	5 427	5 815	6 350	7 049	7 495
... of which Private prepaid plans expenditure on health	198	209	303	296	332	338	380
II. Measured Financing Sources							
Externally funded expenditure on health	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
IV. Macro Variables							
Gross domestic product (GDP) (million NCU)	105 773	112 686	121 701	131 341	141 502	153 045	165 968
General government expenditure (million NCU)	52 310	55 783	63 393	66 097	70 727	76 864	83 270
Exchange rate (NCU per US\$)	0,87	0,90	1,07	1,12	1,06	0,89	0,81
International dollar rate (NCU per international dollar)	0,67	0,68	0,68	0,69	0,68	0,69	0,70
Total population (in thousands)	10 835	10 883	10 917	10 950	10 988	11 006	11 060

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, Απρίλιος 2006

Το Ελληνικό παράδοξο έγκειται στο γεγονός ότι, ενώ οι δαπάνες για την περίθαλψη παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, δεν παρατηρείται ανάλογη βελτίωση στους βασικούς δείκτες σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής αλλά και τις παθολογίες και τις εν δυνάμει παθολογικές καταστάσεις του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό όχι μόνο αποδεικνύει τη μειωμένη αποτελεσματικότητα του συστήματος περίθαλψης της χώρας αλλά και κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για τη μελλοντική κατάσταση του πληθυσμού και της χώρας γενικότερα.

1.1.3. Δείκτες υγείας

Με βάση τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα η χώρα μας κατατάσσεται στη 14η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά στο προσδόκιμο ζωής του συνολικού πληθυσμού κατά την περίοδο 1960 – 2000. Στον Πίνακα 1 φαίνεται η θέση που κατείχε η χώρα σε μερικότερα χρονικά διαστήματα αυτής της περιόδου. Από τα 69,9 έτη αναμενόμενη διάρκεια ζωής του συνολικού πληθυσμού της χώρας το 1960, η Ελλάδα έφτασε το 2000 τα 78,1 έτη όπου και παρέμεινε μέχρι και το 2003.

Η Ελλάδα υπολείπεται άλλων μεσογειακών χωρών στη σημειούμενη βελτίωση. Για παράδειγμα: η Ισπανία (στην 9η θέση για το σύνολο της περιόδου 1960-2000) από 69,8 το 1960 έφθασε στα 79,1 το 2000 και τα 80,5 το 2003 η Πορτογαλία (στην 5η θέση της ίδιας κατάταξης) βρέθηκε από τα 64 (1960), στα 76,6 (2000) και στα 77,3 (2003). Η χώρα μας, ενώ ακολούθησε εντυπωσιακή πορεία από το 1960 μέχρι τη δεκαετία του '90, υποχώρησε συγκριτικά με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ σε χαμηλότερη θέση από αυτή που ξεκίνησε το 1960, καταλήγοντας το 2003 στη 19η θέση και στην τελευταία θέση βελτίωσης του προσδόκιμου ζωής κατά την περίοδο 2000 - 2003, μαζί με τη Ν. Ζηλανδία, αμφότερες με μηδενική επίδοση.

Πίνακας 4: Προσδόκιμο ζωής για το σύνολο πληθυσμού

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Προσδόκιμο κατά την γέννηση (σε έτη)	69,9	72	74,5	77,1	78,1	78,1
# στην ετήσια κατάταξη ΟΟΣΑ	16η	9η	10η	7η	13η	19η
		1970/ 60	1980/ 70	1990 / 80	2000 / 90	2003 / 00
Επιπλέον έτη ζωής ανά περίοδο		2,1	2,5	2,6	1	0
# στην κατάταξη ΟΟΣΑ		10η	11η	10η	29η	30η

ΠΗΓΗ: OECD Health Data 2005. Life expectancy (in years), October 2005

Πίνακας 5 : Δείκτες υγείας και άλλοι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας: Η Ελλάδα σε σχέση με τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 25

ΔΕΙΚΤΗΣ / ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	#ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΤΩΝ 25	ΕΛΛΑΔΑ	ΕU-25	Min	Max
Δαπάνη Υγείας, %ΑΕΠ	3	9,4	7,72	5,7	10,7
Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας US\$ PPP	16	1511	1641	478	2808
Δαπάνες περίθαλψης εσωτερικών ασθενών % Δαπάνης Υγείας			39,12	28,1	53,3
Αριθμός Ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού	1	4,4	3,23	2,2	4,4
Αριθμός Κλινών Εντατικής Θεραπείας ανά 1000 άτομα	10	4 (2000)	4,82	2,4	6,6
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες)	14	6,3 (1998)	7,03	3,8	9,3
Αριθμός Καισαρικών Τομών ανά 1000 γεννήσεις			211,43	132,5	347,6
Αριθμός Εξιτηρίων ανά 100.000 άτομα πληθυσμού			16979	7394	28442
Δημόσια Δαπάνη Υγείας % Δαπάνη Υγείας	23	56	73,37	47,7	91,4
Δημόσια Δαπάνη Υγείας % ΑΕΠ	21	5,2	7,49	4,6	14,6
Φαρμακευτικές Δαπάνες % Δαπάνης Υγείας	12	14	17,83	8,9	34
Δαπάνες Κοινωνικής Ασφάλισης % Δημόσιας Δαπάνης Υγείας	17	35	44,34	0	96,5
Άμεσες Δαπάνες Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης % Ιδιωτικής Δαπάνης Υγείας	16	73,9	71,73	24,1	100
Δαπάνες Ιδιωτικής Ασφάλισης % Δαπάνης Υγείας			6,42	0,3	15,5
Αναμενόμενο Όριο Ζωής (έτη) γυναικών	11	81,1	80,28	75,8	83,6
Αναμενόμενο Όριο Ζωής (έτη) ανδρών	10	75,8	73,46	64,6	78
Δείκτης Παιδικής Θνησιμότητας ανά 1000 γεννήσεις	5	5,9	5,17	3,2	8,1
Ποσοστό νεογέννητων με βάρος μεγαλύτερο από 2,500 γρ.	18	91,4	93,1	90,5	95,9
Κατά Κεφαλήν Ετήσια Κατανάλωση Αλκοόλ (λίτρα ανά άτομο)	15	9,4	10,67	6,5	14,9
Δείκτης Κατανάλωσης Καπνού (ποσοστό καθημερινών καπνιστών)	1	35	27,16	18,9	35
Ποσοστό Πληθυσμού άνω των 65 ετών	2	17,3	15,11	11,2	18,4

Πηγή: OECD Health Data 2003, WHO The World Health Report 2004

Πίνακας 6: Δείκτες Προτυποποιημένης Θνησιμότητας (ΔΠΘ) ανά 100.000 πληθυσμού

ΔΕΙΚΤΗΣ / ΑΙΤΙΑ	ΣΥΝΟΨΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
Ισχαιμικά Καρδιακά Νοσήματα	Ο ΔΠΘ από καρδιακές ισχαιμίες παρουσιάζεται χαμηλότερος από τον μέσο όρο των 25 χωρών της Ευρώπης (88.5 και 95.5 αντίστοιχα). Κατά το διάστημα 1994 -2004, όμως, ο ΔΠΘ παρέμεινε σχεδόν σταθερός εμφανίζοντας μονον μικρές διακυμάνσεις. Αντίθετα, ο μέσος όρος της Ευρώπης των 25 από 125.6 το 1999 μειώθηκε σε 95.5 το 2004. (1)
Καρκίνος	Ο ΔΠΘ παρουσιάζεται χαμηλότερος από τον μέσο όρο της Ευρώπης των 25 (162 και 180.4 αντίστοιχα). Αντίθετα με τον μέσο όρο της Ευρώπης των 25 δεν εμφανίζεται καμία βελτίωση. Κατά το διάστημα 1994 -2004 ο ΔΠΘ παρέμεινε αξιοσημείωτα και σχεδόν αναλλοίωτα σταθερός. (1)
Ατυχήματα	Με βάση τον αριθμό των συνολικών ατυχημάτων ο ΔΠΘ κατά το διάστημα 1994 – 2004 μειώθηκε από 39.4 σε 29.3 Παραμένει όμως υψηλότερος από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 25 χωρών που για το 2003 ήταν 27.2. (1)
Τροχαία Ατυχήματα	Τα τροχαία ατυχήματα ειδικότερα εξακολουθούν να αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα. Με στοιχεία του 2004 ο ΔΠΘ τροχαίων ατυχημάτων έφθασε το 16.1 ενώ ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 9.3. (2)
Θανατηφόρα Εργατικά Ατυχήματα	Οι θάνατοι από εργατικά ατυχήματα υπολογισμένα ανά 100.000 εργαζομένων για το έτος 2003 ανήλθαν σε 81, πολύ κοντά στον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρώπης των 25 που για το ίδιο διάστημα υπολογίστηκε σε 80. (1)
Αυτοκτονίες	Ο αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες ήταν και παραμένει σταθερά πολύ χαμηλότερος από ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης των 25. Για το 2004 ο ΔΠΘ λόγω αυτοκτονίας υπολογίστηκε για την Ελλάδα σε 2.8 ενώ ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος ανέρχεται σε 11.2. (1)
AIDS	Ο αριθμός περιστατικών με βάση το έτος διάγνωσης ακολούθησε την γενικότερη μείωση περιστατικών που εμφανίστηκε στο σύνολο της Ευρώπης των 25 κατά το διάστημα 1992 -2000 (από 18.5 σε 11.6). (1)
Τοξικοεξάρτηση	Το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης, της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών δεν έχει τη δραματικότητα και την ένταση που διαπιστώνονται στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης (Γαλλία, Αγγλία, κα). Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΙΝ κατά την πενταετία 1998 -2003 παρουσιάστηκε μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών μεταξύ των εφήβων. Παράλληλα η αντίληψη κινδύνου εμφανίζεται το 2004 ενισχυμένη σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια. Οι θάνατοι από ναρκωτικά, παρόλα αυτά, έχουν σταδιακά αυξηθεί στο διάστημα 1996 -2005. (3)

Πηγές: (1) Eurostat, Bureau of the Census, (2) European health for all database, WHO Regional Office for Europe, και (3) Ανακοινώσεις Συντονιστικού Οργάνου της Δίωξης Ναρκωτικών.

1.1. 4 Δημόσια Υγεία

Οι βασικοί δείκτες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού προτείνουν ότι οι πολιτικές δημόσιας υγείας στην Ελλάδα έχουν μέχρι ενός σημείου συμβάλει στην αύξηση της υπολογιζόμενης διάρκειας ζωής, στη μείωση της θνησιμότητας από κάποιες αιτίες και τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών. Εντούτοις, μια εθνική στρατηγική για τη δημόσια υγεία, όπως αυτή που επιδιώκει το ΥΠΥΚΑ, πρέπει πρώτιστα να εξετάσει και να αναλύσει τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Επιπλέον, αυτή η στρατηγική για τη δημόσια υγεία εστιάζει στην προώθηση της υγείας, τη μείωση της ασθένειας και την παράταση της ζωής μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας. Επομένως, υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθεί η κατάλληλη υποδομή για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και να βελτιωθεί το ανθρώπινο δυναμικό σε αυτόν τον τομέα.

Το σύστημα δημόσιας υγείας αποτελείται από τις κεντρικές υπηρεσίες του ΥΠΥΚΑ και ένα πλέγμα υπηρεσιών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Παράλληλα, το Υπουργείο εποπτεύει διάφορα Κέντρα Δημόσιας υγείας, Οργανώσεις και Ιδρύματα, οι οποίες λειτουργούν ως αυτόνομοι οργανισμοί με κύριες αρμοδιότητες : την επιδημιολογική παρακολούθηση, τον έλεγχο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την πρόσβαση και τον ποιοτικό έλεγχο των εμβολίων, τη διαχείριση κινδύνου δημόσιας υγείας, την οδοντιατρική φροντίδα και υγιεινή, την υγεία μητέρων και παιδιών, τον υγιεινό έλεγχο του ύδατος και των αποβλήτων, την ατμοσφαιρική ρύπανση, την ραδιενέργεια και την ακτινοβολία των ιατρικών μηχανημάτων, την περιβαλλοντική υγεία καθώς επίσης και την επίβλεψη και την διοίκηση των διάφορων οργανώσεων που εμπλέκονται στην

παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Η δημόσια υγεία, καθώς και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποτελούν ακόμη τους αδύνατους κρίκους του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

1.1.5 Αλλαγή σύνθεσης πληθυσμού

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Eurostat αναφορικά με το πρόβλημα της γήρανσης, ο πληθυσμός της ΕΕ25 αναμένεται ότι θα βαίνει αυξανόμενος μέχρι το έτος 2025, ενώ μετά το έτος αυτό θα αρχίσει να μειώνεται.

Σε ότι αφορά στον παραγωγικό πληθυσμό ηλικίας 15-64 ετών εκτιμάται ότι θα μειωθεί κατά 52 εκατομμύρια μέχρι το έτος 2050, και η μείωση θα είναι μεγαλύτερη στην Ισπανία, στην Ιταλία, στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα (55,2%). Για τον πληθυσμό τρίτης ηλικίας (65+) η στατιστική υπηρεσία της ΕΕ εκτιμά ότι οι μεγαλύτερες αυξήσεις αναμένονται στην Ισπανία, στην Ιταλία και στην Ελλάδα (32,5%). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αναλογία των πολύ ηλικιωμένων ατόμων (80+ ετών) εκτιμάται ότι θα τριπλασιαστεί και θα ανέλθει από 4,0% το 2004 σε 11,4% το 2050. Οι υψηλότερες αναλογίες αναμένονται στην Ιταλία, στη Γερμανία και στην Ισπανία. Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επεσήμανε ότι ο πληθυσμός ηλικίας 60+ από 600 εκατομμύρια που ήταν το 2003 θα διπλασιαστεί μέχρι το 2025.

Ειδικότερα σε ότι αφορά στη χώρα μας, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της ΕΣΥΕ, η κατάσταση διαμορφώνεται ως εξής: ο πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας, σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ανέρχεται σε 10.964.020 κατοίκους, παρουσιάζει δε, ιδίως μετά το 1956, σαφή μείωση του ρυθμού αύξησης του.

Η μελέτη της σύνθεσης του πληθυσμού, κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών, δείχνει:

- σταθερή περίπου αναλογία ατόμων ηλικίας 15 – 64 ετών, που αντιπροσωπεύει τον οικονομικώς ενεργό πληθυσμό,
- σαφή μείωση των ατόμων ηλικίας 0 – 14 ετών, και
- εμφανή αύξηση της αναλογίας ατόμων τρίτης ηλικίας

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της ΕΣΥΕ για το έτος 2020 η αναλογία παιδιών ηλικίας 0 – 14 ετών θα μειωθεί από 18,4% το έτος 1991 σε 14,9% το 2020. Ο ενεργός πληθυσμός ηλικίας 15-64 ετών θα μειωθεί από 67,3% το 1991 σε 64,1% το 2020, ενώ αντίθετα η αναλογία της ομάδας ηλικιών άνω των 65 ετών θα αυξηθεί από 14,2% το 1991 σε 21,0% το έτος 2020. Η πρόβλεψη αυτή σηματοδοτεί τη δημογραφική ωρίμανση του ελληνικού πληθυσμού, ενώ προβάλλει επιτακτική την ανάγκη για το σχεδιασμό υπηρεσιών, που θα απευθύνονται σε πληθυσμό τρίτης ηλικίας. Η μεγαλύτερη πρόκληση θα είναι η υποστήριξη του πληθυσμού ώστε να παραμείνει υγιής και να απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο ζωής.

Παράλληλα, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με τη μεταβολή του προφίλ της ελληνικής οικογένειας, επιτάσσουν την επέκταση των δομών βοήθειας και φροντίδας για την τρίτη ηλικία και την αντίστοιχη επένδυση σε υποδομές και προσωπικό.

1.1.6 Λοιποί κίνδυνοι

Ο κατάλογος των κινδύνων της δημόσιας υγείας περιλαμβάνει μία ευρεία γκάμα φαινομένων: ακραία φυσικά φαινόμενα, όπως καταιγίδες, πλημμύρες, καύσωνες, κύματα ψύχους, εκρήξεις ηφαιστειών, καθιζήσεις, σεισμούς κ.α. συμπεριλαμβανομένων και σπάνιων περιπτώσεων - π.χ. tsunami και πτώση μετεωριτών, αρνητικές επιπτώσεις που επέφερε η τεχνολογική εξέλιξη στο περιβάλλον και στην ανθρώπινη υγεία, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, η μόλυνση των υδάτων, η κλιματική αλλαγή, η απερήμωση, η υφαλμύρωση, η αποψίλωση των δασικών εκτάσεων, η ανεξέλεγκτη χρήση φυτοφαρμάκων στη γεωργία, η μεγάλη παραγωγή απορριμμάτων και η απόρριψη τους σε χωματερές με δυσμενείς επιπτώσεις στο περιβάλλον, η διαρκώς αυξανόμενη παραγωγή ενέργειας με χρήση γεωλογικών πόρων (π.χ. πετρέλαιο, λιγνίτης), κ.λπ.

Επιπλέον επιπρόσθετα, κοινωνικά φαινόμενα όπως η ανεργία και η παράνομη μετανάστευση έχουν σημαντικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας, καθώς προκαλούν υπερβολικές δαπάνες αφενός με την ύπαρξη ασθενών που δεν πληρώνουν στα ταμεία υγείας κι αφετέρου με την πιθανή διάδοση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων και άλλων μεταδοτικών νοσημάτων, όπως το HIV / AIDS και η ηπατίτιδα.

Οι πιθανές επιδημίες, όπως η γρίπη των πτηνών που πήρε παγκόσμιες διαστάσεις το 2005, απαιτούν συστηματικό, εσωτερικό και διεθνή συντονισμό πρόληψης προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα πανδημιών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νευροψυχιατρικά νοσήματα ευθύνονται για το 19% του βάρους της αρρώστιας παγκοσμίως, αν και δεν οδηγούν στο θάνατο. Ιδιαίτερως θα πρέπει να τονιστεί ότι η κατάθλιψη αποτελεί την πρώτη αιτία DALY (Disability-Adjusted Life Year) στο γυναικείο πληθυσμό και τη δεύτερη στον ανδρικό ηλικίας 25-64 ετών, τόσο σε ευρωπαϊκό επίπεδο όσο και στη χώρα μας. Η ανεργία συμβάλει επίσης στην αύξηση των περιπτώσεων ψυχικής ασθένειας.

1.1.7 Ψυχική Υγεία

Αν και δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για την επιδημιολογία των ψυχικών νόσων στην Ελλάδα, τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι ο πληθυσμός στη χώρα μας αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας στον ίδιο βαθμό, αν όχι σε μεγαλύτερο, με τον πληθυσμό των άλλων χωρών. Αναγνωρίζοντας την μετατόπιση της έμφασης από την ψυχιατρική περίθαλψη προς τη φροντίδα ψυχικής υγείας, η Ελλάδα προχώρησε στην ανάπτυξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, κεντρικός σκοπός της οποίας είναι «η ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα».

Στην πρώτη της φάση (Κανονισμοί 815/84 και 4130/88) η μεταρρύθμιση υιοθέτησε τη δημιουργία και ανάπτυξη κοινοτικών δομών (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων), και εναλλακτικών μορφών υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα (σε αντίθεση με της προϋπάρχουσες ασυλικές δομές), ώστε να παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε όλους τους πολίτες κοντά στον τόπο διαμονής τους. Από οργανωτική άποψη, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας προωθούνται μέσω των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) που λειτουργούν στο πλαίσιο των Τομέων Ψυχικής Υγείας. Οι ΜΨΥ τυποποιούνται σύμφωνα με την ακόλουθη διάρθρωση:

- τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία
- τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία
- οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων
- οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία
- τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία
- τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης
- οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
- τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης
- οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης
- οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

Το πανελλαδικό δίκτυο των υπηρεσιών δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα, με αποτέλεσμα να εξακολουθεί να υπάρχει ανισότητα πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες. Συγχρόνως, κατ' αυτήν τη φάση, έγινε προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Στη δεύτερή της φάση η μεταρρύθμιση επικεντρώθηκε μέσα από το πρόγραμμα «Ψυχαργός» αφενός στην αποασυλοποίηση των ασθενών που διέμεναν και διαμένουν στα 9 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας, και αφετέρου στη συνέχιση της δημιουργίας και ανάπτυξης των κοινοτικών

δομών της πρώτης φάσης. Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» στοχεύει στο κλείσιμο των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών που διαβούν σε αυτά.

Το πρώτο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο που έκλεισε μέσω αυτού του προγράμματος ήταν αυτό της Πέτρας Ολύμπου τον Ιανουάριο του 2004, ενώ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων το 2006. Πρόσφατα επιτεύχθηκε ο στόχος για το κλείσιμο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Κέρκυρας καθώς πλέον δε διαβεί κανείς χρόνιος ασθενής σε αυτό. Το ίδιο αναμένεται για το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής εντός του 2007. Μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί περίπου 2.010 θέσεις στις εναλλακτικές κοινοτικές δομές για την μεταστέγαση των χρόνιων ασθενών.

Η Ψυχιατρική Περιθαλψη στην Ελλάδα καλύπτεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ψυχιατρικά τμήματα και ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων), ενώ παράλληλα αναπτύσσονται και λειτουργούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα. Συνεπώς, όσον αφορά στην ψυχική υγεία, η χώρα βρίσκεται εν μέσω μιας μεταρρύθμισης, με σκοπό την εφαρμογή των νέων, σύγχρονων τάσεων και είναι απαραίτητο να συνεχισθούν οι δράσεις και κυρίως η ανάπτυξη κοινοτικών δομών πρόληψης.

Στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, μέσω του δεκαετούς Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργώς» που υλοποιείται από το 2000 και βρίσκεται στην Β΄ Φάση του, προωθούνται ενέργειες για αλλαγή του μοντέλου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την μετάβαση από δομές που παρέχουν κλειστή φροντίδα σε δομές μέσα στην κοινότητα. Το διάστημα 2003-2005 αναπτύχθηκαν 130 μονάδες ψυχικής υγείας. Πρόκειται για ανάπτυξη Ξενώνων, (Ψυχογηριατρικών) Οικοτροφείων, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Κέντρων Ημέρας για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και αυτιστικού τύπου και Κινητών Μονάδων από νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου. Επιπροσθέτως, ιδρύθηκαν 6 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.ΣΠΕ) ανά την χώρα στο πλαίσιο της κοινωνικής οικονομίας.

Πρόκειται για μονάδες ψυχικής υγείας που αποβλέπουν στην κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Προβλέπεται η ανάπτυξη των οικονομικών και επιχειρηματικών δράσεων των υπαρχουσών Κοι.ΣΠΕ και η ίδρυση νέων ανά τομέα ψυχικής υγείας.

1.2 Ανάλυση των περιφερειακών και/ή τοπικών ανισοτήτων και αναπτυξιακών αναγκών

Η εξασφάλιση πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης ή γεωγραφικής θέσης, αποτελεί πάγια και διαρκή επιδίωξη της ελληνικής Πολιτείας. Με σκοπό την άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων στις νοσοκομειακές υποδομές, ολοκληρώθηκε η κατασκευή 3 Νοσοκομείων και η επέκταση ακόμα ενός εκτός Ν. Αττικής. Σε εξέλιξη βρίσκονται τα έργα κατασκευής 7 νέων και οι επεκτάσεις άλλων 8 Νοσοκομείων στην περιφέρεια, ενώ προχωρά επίσης και η κατασκευή του Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Άγιοι Ανάργυροι». Μέσω Εθνικών Πόρων προγραμματίζεται η ανανέωση του εξοπλισμού, όπως και η αναγκαία στελέχωση σε προσωπικό, ώστε να βελτιωθεί η λειτουργία όλων των ήδη υπαρχουσών μονάδων. Επίσης, προγραμματίζεται η δημιουργία νέων μονάδων στα περιφερειακά νοσοκομεία ώστε να αποφεύγεται η ταλαιπωρία λόγω μεγάλων χιλιομετρικών αποστάσεων.

Για την κάλυψη των αναγκών σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά το χρονικό διάστημα 2003 – 2005 έχουν συσταθεί 8 Κέντρα Υγείας στην περιφέρεια, ένα νέο Κέντρο Υγείας στη Νομ. Αθηνών και ένα ειδικό Κέντρο Υγείας στη Νομ. Θεσσαλονίκης. Επίσης έχουν μετατραπεί σε Πολυδύναμα 5 Περιφερειακά Ιατρεία. Σε εξέλιξη βρίσκεται η κατασκευή και ο εξοπλισμός 8 Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης και ενός ακόμα Κέντρου Υγείας στην περιφέρεια. Τον Ιούνιο του 2005 εγκαινιάστηκε η Πολυκλινική του Ολυμπιακού χωριού. Παράλληλα, προωθείται σ' όλη την χώρα ένα ευρύτατο πρόγραμμα αναβάθμισης της υλικοτεχνικής υποδομής των Κέντρων Υγείας.

Για τη στελέχωση των νοσοκομείων, το 2004 συστάθηκαν σε διάφορα Νοσοκομεία του ΕΣΥ 127 θέσεις ειδικευόμενων γιατρών, εκ των οποίων οι 102 για απόκτηση ειδικότητας στη γενική ιατρική. Ολοκληρώθηκαν παράλληλα οι αναμορφώσεις Οργανισμών σε 5 Νοσοκομεία, προκειμένου να ανταποκριθούν στις νέες οργανωτικές ανάγκες και την ορθολογική κατανομή προσωπικού. Επίσης, για τη στελέχωση του Πανεπιστημιακού ΓΝ «Αττικόν», μεταφέρθηκαν σε αυτό συνολικά 28 θέσεις κλάδου γιατρών ΕΣΥ διαφόρων ειδικοτήτων (μαζί με τους γιατρούς που τις κατέχουν).

Όσον αφορά την αναβάθμιση των υπηρεσιών των Ασφαλιστικών Οργανισμών, έγιναν βήματα προόδου για την προσφορά στους ασφαλισμένους υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποθεραπείας-αποκατάστασης.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, το ΙΚΑ εφαρμόζει με επιτυχία το Σύστημα Διαχείρισης Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας (τηλεφωνικά ραντεβού) σε 270 υγειονομικούς σχηματισμούς. Καθημερινά εξυπηρετούνται περισσότεροι από 70.000 ασφαλισμένοι. Στόχος είναι η ένταξη στο σύστημα 30 επιπλέον μονάδων υγείας, ώστε να εξυπηρετούνται καθημερινά περίπου 85.000 ασφαλισμένοι, καθώς και η ένταξη όλων των εργαστηριακών εξετάσεων.

Η πρόσβαση στην περίθαλψη για τους ανέργους εξασφαλίζεται (α) με τις προβλέψεις για κάλυψη των ανέργων, με διαφορετικές προϋποθέσεις ανά ηλικιακή ομάδα (έως 29 ετών, 29 – 55 ετών, άνω των 55 ετών). Κάλυψη παρέχεται και στα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς τους. Το συνολικό κόστος για το 2004 ήταν 3.740.143 € (δεν υπάρχουν στοιχεία για τους ανέργους άνω των 55 ετών) (β) με τη ρύθμιση για κάλυψη των ανέργων που παρακολουθούν προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης συγχρηματοδοτούμενα ή μη από το ΕΚΤ. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παρέχεται και για τους ανασφάλιστους – άπορους.

Στη χώρα μας, όπου έχουν εξασφαλιστεί οι οικονομικοί πόροι και η φυσική υποδομή, υπάρχουν ελλείψεις σε επαρκώς εκπαιδευμένο προσωπικό ειδικά στις ιδιαίτερα ευάλωτες παραμεθόριες περιοχές. Οι αραιοκατοικημένες παραμεθόριες περιοχές χαρακτηρίζονται επίσης από την αποχώρηση των νέων και μορφωμένων ατόμων και τη μετανάστευση τους στις πόλεις, γεγονός που οδηγεί στην περαιτέρω επιβάρυνση των διαθέσιμων πόρων από τους μεγαλύτερους σε ηλικία και ευάλωτους στη νοσηρότητα, οι οποίοι παραμένουν στις περιοχές αυτές. Ως εκ τούτου, οι απομονωμένες περιοχές τείνουν να υποφέρουν δυσανάλογα από τις παλαιού τύπου παροχές των δημόσιων υπηρεσιών, όπως η υγειονομική περίθαλψη έτσι οι ανισότητες διατηρούνται σε όλα τα επίπεδα προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), και προνοιακής φροντίδας.

Πίνακας 7 : Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Καλυπτόμενος Πληθυσμός
Α' Αττικής	1.062.945
Β' Αττικής	1.509.417
Γ' Αττικής	1.189.448
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	786.963
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1.074.954
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	610.254
Δυτικής Μακεδονίας	302.750
Ηπείρου	352.420
Θεσσαλίας	754.393
Ιονίων Νήσων	214.274
Δυτικής Ελλάδας	739.118
Στερεάς Ελλάδας	607.855
Πελοποννήσου	632.955
Βορείου Αιγαίου	204.158
Α' Νοτίου Αιγαίου	111.181
Β' Νοτίου Αιγαίου	190.564
Κρήτης	601.159
ΣΥΝΟΛΑ	10.944.808

1.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πίνακας 8 : Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ΕΣΥ ανά Δ.Υ.Π.Ε.

ΔΥΠΕ	Νοσοκομεία με Εξωτερικά Ιατρεία	Νοσοκομεία - Κ.Υ.	Κέντρα Υγείας	Περιφ/κά Ιατρεία	ΣΥΝΟΛΟ
Α' Αττικής	17				17
Β' Αττικής	10		9	6	25
Γ' Αττικής	8	1	5	14	28
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	8	1	20	110	139
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	12		11	80	103
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	6		14	119	139
Δυτικής Μακεδονίας	5		7	88	100
Ηπείρου	4	1	16	109	130
Θεσσαλίας	5		20	153	178
Ιονίων Νήσων	6		8	49	63
Δυτικής Ελλάδας	9	2	18	146	175
Στερεάς Ελλάδας	6	2	15	148	171
Πελοποννήσου	7	2	26	176	211
Βορείου Αιγαίου	3	2	7	65	77
Α' Νοτίου Αιγαίου	1	1	7	35	44
Β' Νοτίου Αιγαίου	1	3	4	40	48
Κρήτης	6	3	14	120	143
ΣΥΝΟΛΟ	114	18	201	1458	1791

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Με βάση στοιχεία του 2003, στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ απασχολούνται μόνιμα 3.500 γιατροί (από τους οποίους οι 2.500 αγροτικοί), 2.000 νοσηλευτές και

1 Δεν περιλαμβάνονται τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

3.000 λοιπό προσωπικό. Αν εξαιρέσει κανείς τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία απομακρυσμένων περιοχών, τα οποία ενισχύθηκαν για να καλυφθούν οι ελλείψεις τους, το προσωπικό των υπόλοιπων φορέων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέμεινε σχεδόν σταθερό κατά τη δεκαετία 1993-2003. Σήμερα στη χώρα λειτουργούν περί τα 400 διαγνωστικά κέντρα, με πολλά από τα οποία συνάπτουν συμβάσεις δημόσιοι φορείς, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία.

Πίνακας 9 : Κατανομή ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Διαγνωστικά Κέντρα
Α' Αττικής	134
Β' Αττικής	100
Γ' Αττικής	44
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	19
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	4
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	13
Δυτικής Μακεδονίας	5
Ηπείρου	5
Θεσσαλίας	14
Ιονίων Νήσων	1
Δυτικής Ελλάδας	19
Στερεάς Ελλάδας	15
Πελοποννήσου	7
Βορείου Αιγαίου	2
Α' Νοτίου Αιγαίου	4
Β' Νοτίου Αιγαίου	2
Κρήτης	13
ΣΥΝΟΛΟ	401

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι στον ιδιωτικό τομέα λειτουργούν 20.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια και 9.000 οδοντιατρεία, στα οποία απασχολούνται περίπου 20.000 ιδιώτες γιατροί ειδικότητας και 13.744 οδοντίατροι.

1.2.2 Δημόσια Δευτεροβάθμια / Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Οι δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας / τριτοβάθμιας περίθαλψης που υπάγονται στο ΕΣΥ περιλαμβάνουν 84 Γενικά Νοσοκομεία, 23 Ειδικά Νοσοκομεία, 7 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και 18 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας με συνολικό αριθμό κλινών 36.621. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν δυναμικότητα 100 – 200 κλινών, παρέχοντας κυρίως δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης και 32 από αυτά έχουν δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, παρέχοντας τριτοβάθμιες και μεγάλης εξειδίκευσης υπηρεσίες περίθαλψης.

Πίνακας 10 : Δυναμικότητα νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Αριθμός κλινών	Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους
Α' Αττικής	6.857	6,45
Β' Αττικής	5.170	3,43
Γ' Αττικής	3.221	2,71
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	3.435	4,36
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	2.973	2,77
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	2.021	3,31
Δυτικής Μακεδονίας	745	2,46
Ηπείρου	1.706	4,84
Θεσσαλίας	1.903	2,52
Ιονίων Νήσων	502	2,34
Δυτικής Ελλάδας	2.160	2,92
Κεντρικής Ελλάδας	1.040	1,71
Πελοποννήσου	1.280	2,02
Βορείου Αιγαίου	570	2,79
Α' Νοτίου Αιγαίου	242	2,18
Β' Νοτίου Αιγαίου	456	2,39
Κρήτης	2.340	3,89
ΣΥΝΟΛΟ	36.621	3,12

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2003)

Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, προκύπτει η αναλογία κλινών ανά 1.000 κατοίκους σε κάθε ΔΥΠΕ. Ο μέσος όρος είναι περίπου 3,12 κλίνες / 1.000 κατοίκους, με τη μικρότερη αναλογία (1,71) να παρουσιάζεται στο ΔΥΠΕ Κεντρικής Ελλάδας και τη μεγαλύτερη (6,45) στο Α' ΔΥΠΕ Αττικής. Λειτουργούν ακόμη συνολικά 20 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ με επιπρόσθετη δυναμικότητα 4.000 κλινών τα οποία όμως εξυπηρετούν στην πλειονότητα τους τις τρεις μεγαλύτερες ΔΥΠΕ της χώρας όπου βρίσκονται 14 απο αυτά.

Σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 68% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά, ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%. Παράλληλα, ένας μεγάλος αριθμός περιφερειακών κυρίως νοσοκομείων, λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δε μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40-60%).

Ειδική αναφορά θα πρέπει να γίνει στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), οι οποίες έχουν καθοριστική σημασία για τη λειτουργία ενός σύγχρονου νοσοκομείου. Οι ανάγκες της χώρας σε ΜΕΘ έχουν προσδιοριστεί σε 550 κλίνες, ένας αριθμός που έχει τεθεί ως στόχος για το 2003. Στο τέλος του 2002 βρίσκονταν σε λειτουργία 472 κλίνες ΜΕΘ.

Στα δημόσια νοσοκομεία υπηρετούν περίπου 19.900 ιατροί (συμπεριλαμβανομένων των ειδικευόμενων και των αγροτικών ιατρών) και 8.000 περίπου στο ΙΚΑ. Βασικά μεγέθη που χαρακτηρίζουν τη δημόσια δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: 10.000 εισαγωγές / έτος / Νοσοκομείο κατά μέσο όρο (τακτικές και έκτακτες), 4.500.000 εξετάσεις / έτος / Νοσοκομείο και 150.000 χορηγήσεις φαρμάκων / έτος / Νοσοκομείο.

1.2.3 Ιδιωτική Δευτεροβάθμια / Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Επί του παρόντος στη χώρα δραστηριοποιούνται 218 ιδιωτικές κλινικές. Αυτές χρηματοδοτούνται είτε από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με τα οποία συνάπτουν συμβάσεις, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς. Δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην «ξενοδοχειακού τύπου» περίθαλψη και εκμεταλλευόμενοι την έλλειψη ρυθμίσεων της τιμολογιακής πολιτικής από πλευράς του κράτους, οι περισσότερες ιδιωτικές μονάδες υγείας καθορίζουν το ύψος των νοσηλίων που χρεώνουν σε πολύ υψηλότερες τιμές από τα δημόσια νοσοκομεία.

Πίνακας 11: Κατανομή Ιδιωτικών Κλινικών ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Ιδιωτικές Κλινικές			ΣΥΝΟΛΟ
	Γενικές	Ειδικές	Μικτές	
Α' Αττικής	29	3		32
Β' Αττικής	17	12		29
Γ' Αττικής	16	2	1	19
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	15	11	1	27
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	3	6		9
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	5	5	1	11
Δυτικής Μακεδονίας	3	4	1	8
Ηπείρου	1	2	1	4
Θεσσαλίας	14	17	5	36
Ιονίων Νήσων	1			1
Δυτικής Ελλάδας	7	6	1	14
Στερεάς Ελλάδας	3	4	1	8
Πελοποννήσου	1	6		7
Βορείου Αιγαίου	3			3
Α' Νοτίου Αιγαίου				0
Β' Νοτίου Αιγαίου		1		1
Κρήτης	6	3		9
ΣΥΝΟΛΟ	124	82	12	218

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Πίνακας 12 : Δυναμικότητα ιδιωτικών κλινικών ανά ΔΥΠΕ

Περιφέρεια	Αριθμός κλινών	Κλίνες ανά 1000 κατοίκους
Α' Αττικής	2.789	2,62
Β' Αττικής	4.226	2,80
Γ' Αττικής	1.544	1,30
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	1.888	2,40
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1.066	0,99
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	434	0,71
Δυτικής Μακεδονίας	510	1,68
Ηπείρου	30	0,09
Θεσσαλίας	1.757	2,33
Ιονίων Νήσων	50	0,23
Δυτικής Ελλάδας	557	0,75
Κεντρικής Ελλάδας	202	0,33
Πελοποννήσου	126	0,20
Βορείου Αιγαίου	81	0,40
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	0,00
Β' Νοτίου Αιγαίου	20	0,10
Κρήτης	529	0,88
ΣΥΝΟΛΟ	15.809	1,05 (Μ.Ο.)

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Ο μέσος όρος είναι περίπου 1,05 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, με τη μικρότερη αναλογία (0) να παρουσιάζεται στη ΔΥΠΕ Νοτίου Αιγαίου και τη μεγαλύτερη (2,80) στη Β' ΔΥΠΕ Αττικής. Αξιοσημείωτη είναι και η τεράστια διαφορά της αναλογίας κλινών ανάμεσα στις αστικές περιοχές (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα) και στην περιφέρεια.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες με περιορισμένο αριθμό κλινών (ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική είναι 77) και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: μικρές και μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες. Οι μεγάλες, πολυδύναμες κλινικές βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Πρόκειται για άρτια οργανωμένες μονάδες, με σύγχρονο εξοπλισμό που προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν πολύ λιγότερες κλινικές συγκριτικά με την πρώτη κατηγορία

Οι πίνακες που ακολουθούν δίνουν ορισμένα πληροφοριακά στοιχεία ενδεικτικά της άνισης κατανομής των υποδομών υγείας στις ελληνικές περιφέρειες, τόσο σε απόλυτα μεγέθη για τις νεότευκτες μείζονες υπερπεριφέρειες της χώρας, όσο και σε εκατοστιαία ποσοστά σε σχέση με το μέσο όρο της E-U-25. Βέβαια, οι δείκτες κατανομής των υποδομών είναι μόνο ενδεικτικοί των περιφερειακών διαφορών, δεδομένου ότι το θέμα είναι περισσότερο πολύπλοκο.

Πίνακας 13 : Υποδομές υγείας σε επίπεδο των 5 υπερ-περιφερειών και της χώρας

	ΑΜΘ, Κ. Μακεδ. Δ. Μακεδ.	Ήπειρος, Θεσσαλία Στ. Ελλ.	Ιόνια, Δυτ. Ελλ., Πελοσος	Βόρ.-Νότ. Αιγαίο, Κρήτη	Αττική	ΕΛΛΑΔΑ
Νοσοκομεία δημόσια (2002)	32	18	26	19	46	141
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους (2000)	6	4	4	5	8	6

Πηγές: Eurostat, επεξεργασία BCS. ΕΣΥΕ, πρώτη επεξεργασία Allmedia, δευτερογενής επεξεργασία BCS. ΤΜΧΠΠΑ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας: Βάση Δεδομένων, επεξεργασία BCS.

Πίνακας 14 : Νοσοκομειακές κλίνες ως εκατοστιαίο ποσοστό του κοινοτικού μέσου όρου

ΕΥ25=100	Νοσ. Κλίνες/100χιλ.κατ. 2000
ΑΜΘ, Κ. Μακ, Δ. Μακεδονία	83,2
Ήπειρος, Θεσσαλία, Στρ. Ελλάδα	59,1
Ιόνια, Δ. Ελλάδα, Πελονησος	58,2
Βόρειο - Νότιο Αιγαίο, Κρήτη	66,3
Αττική	113,2

ΠΗΓΗ: Eurostat, επεξεργασία BCS

1.2.4 Κοινωνική Αλληλεγγύη

Όσον αφορά σε θέματα κοινωνικής φροντίδας, η εθνική πολιτική μεταβλήθηκε σημαντικά μέσα από τα δύο ΕΠ που υλοποιήθηκαν, καθώς επιχειρήθηκε μία σταδιακή μεταστροφή των παραδοσιακών προνοιακών υπηρεσιών κλειστού τύπου σε σύγχρονες, ανοικτού τύπου υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Οι εν λόγω παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν επέφεραν τα εξής βασικά αποτελέσματα:

- Δημιουργία Εθνικού Δικτύου Κέντρων Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ). Το δίκτυο περιλαμβάνει 24 Κέντρα σε ισάριθμους νομούς της χώρας.
- Δημιουργία 12 νέων εξειδικευμένων κέντρων ανοικτής και κλειστής φροντίδας ΑμεΑ.
- Δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (μετονομάστηκε σε Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης), το οποίο απαρτίζεται από 15 δομές στην Αττική και 3 στη Θεσσαλονίκη.

Κατά το ΕΠ «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006, όπου και πάλι η πρόνοια αποτελούσε αυτοτελή άξονα του ΕΠ, προωθήθηκε κυρίως η ανάπτυξη καινούριων υπηρεσιών με στόχο την επέκταση της

φροντίδας σε νέες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και συνοχής.

Συγκεκριμένα, οι στόχοι του απέβλεπαν στα εξής:

- Την καταπολέμηση των διακρίσεων και άρση εμποδίων για την ένταξη ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στην αγορά εργασίας,
- Την εξατομικευμένη προσέγγιση ατόμων που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό
- Τη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες, και
- Τη διασύνδεση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και τις δομές προώθησης στην απασχόληση.

Στόχευε δε, κυρίως στην ανάπτυξη κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, για την υποστήριξη ατόμων που απειλούνται από ή βιώνουν αποκλεισμό αφενός από την αγορά εργασίας και αφετέρου από τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζονται ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας. Παράλληλα στόχευε στη δημιουργία και λειτουργική υποστήριξη ενδιάμεσων δομών για την αποϊδρυματοποίηση και την προώθηση της αυτόνομης και ημιαυτόνομης διαβίωσης ατόμων με αναπηρία που διαβιούν σε κλειστού τύπου προνοιακές δομές.

Πίνακας 15 : Δομές Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Βρεφονηπιακοί σταθμοί	Κέντρα Παιδικής Μέρας	Ειδικά σχολεία	Ειδικές εστίες	ΚΑΑ	Ιατροκοινωνικά κέντρα	Βοήθεια στο σπίτι	ΚΑΠΗ	Γηροκομεία	Θεραπευτήρια	Ξενώνες	Κατασκηνώσεις	ΜΚΟ	Σύλλογοι	Φορείς-Ιδρύματα	ΣΥΝΟΛΟ
Α' Αττικής	122	7	13		6	7	13	28	8	1	1		108	15	4	336
Β' Αττικής	158	20	23		17	10	41	59	9	7	3	6	42	8	3	411
Γ' Αττικής	140	5	23		4	10	29	46	12	5		1	24	13		315
Α' Κεντρ. Μακεδονίας	143	10	36	1	9	10	30	112	9	3		4	84	19	18	494
Β' Κεντρ. Μακεδονίας	146	1	11		4	4	34	104	3	1	1	1	36	6	7	361
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	140	3	17	1	1	5	15	47	8	3		4	85	3	27	363
Δυτ. Μακεδονίας	125	3	8	2	4	3	4	27	6			1	33	2	23	242
Θεσσαλίας	104	2	17	1	3	4	10	59	5	4		5	54		1	270
Ηπείρου	95	8	15	2	3	4	10	15	5	2			44	2	7	213
Ιονίων Νήσων	27	4	6		2	1	9	8	6	3		4	26			97
Στ. Ελλάδα	77	7	8	1	1	2	7	24	7	6	1	2	25		3	174
Δυτ. Ελλάδα	102	9	15	1	8	4	6	16	3	11		1	74	2		254
Πελοποννήσου	92	3	7		3	1	9	12	9	4		3	44			189
Βορ. Αιγαίου	34	3	4			2	6	10	8	1		4	33	1		109
Α' Ν. Αιγαίου	13	1	3				3	5	6				14			46
Β' Ν. Αιγαίου	17	2	4		1	2	2	4	6	2			28			69
Κρήτης	84	10	17		8	2	24	31	7	5		2	84		1	276
ΣΥΝΟΛΟ	1619	98	227	9	74	71	252	607	117	58	6	38	838	71	94	4219

Πηγή: Υπουργείο Υγείας – Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρόνοιας Χάρτης (2002)

1.2.5 Ανθρώπινο Δυναμικό

Σήμερα έχουν καταγραφεί διεθνώς, περισσότερα από 200 επαγγέλματα που απασχολούνται στον υγειονομικό τομέα. Εν τούτοις, συλλέγονται κατά κανόνα στοιχεία μόνο για το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό και μάλιστα ως σύνολο, χωρίς δηλαδή να γίνεται διάκριση κατά ειδικότητες. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας, που αποτελεί και τον κυριότερο εργοδότη, απασχολούνταν περίπου 100.000 άτομα το 2001 και περίπου 140.000 το 2005.

Πίνακας 16 : Ανθρώπινο Δυναμικό, Δημόσιων και Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων, στην Ελλάδα, για τα έτη 1997- 2001

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	2001
ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ (Δημόσιων και Ιδιωτικών)	336
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (Δημόσιων και Ιδιωτικών)	52.276
ΙΑΤΡΟΙ (Δημόσιων και Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων)	24.424
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (Δημόσιων και Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων)	43.755
Νοσοκόμοι Π.Ε.	424
Νοσοκόμοι Τ.Ε.	14.451
Νοσοκόμοι Δ.Ε.	16.809
Νοσοκόμοι Υ.Ε.	4.048
Μαίες	2.368
Επισκέπτες	384
Λοιποί	5.271
ΔΕΙΚΤΗΣ : ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10 ΚΛΙΝΕΣ	4,6
ΔΕΙΚΤΗΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ 10 ΚΛΙΝΕΣ	8,4

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., <http://www.statistics.gr>

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η σχετική αναλογία του αριθμού των ιατρών ως προς τον πληθυσμό, αυξήθηκε από 1 / 800 το 1960 και 1 / 265 το 1991 σε 1 / 212 (2000). Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αναλογία γιατρών προς κατοίκους μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, η κατανομή τους τόσο συνολικά όσο και ως προς τις ιατρικές ειδικότητες, ευνοεί τα μεγάλα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα σημαντικές ελλείψεις σε ορισμένα σημεία του συστήματος υγείας.

Στο υπόλοιπο προσωπικό του χώρου της υγείας περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, το οποίο μπορεί να ταξινομηθεί σε κατηγορίες όπως, το παραϊατρικό, το διοικητικό, το τεχνικό και το βοηθητικό. Στην κατηγορία «παραϊατρικό» προσωπικό, περίπου το 6% του συνολικού αριθμού των επαγγελματιών υγείας, κατατάσσονται οι παρασκευαστές ή τεχνολόγοι εργαστηρίων (ακτινολογικών, μικροβιολογικών, κ.λπ.), οι φυσικοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, κ.λπ. Όπως και στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι και στο «παραϊατρικό» σημειώνεται μεγάλη αριθμητική υστέρηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.

Παραταύτα, σε ότι αφορά την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα παρουσίασε σημαντική αύξηση από 1,5% στις αρχές της δεκαετίας του 70 στο 4,5% σήμερα. Το ποσοστό αυτό συγκρίνεται ικανοποιητικά με το αντίστοιχο στις χώρες του ΟΟΣΑ, το οποίο αντιστοιχεί στο 5% του συνόλου των εργαζομένων μιας χώρας.

1.3 Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από ένα μεγάλο αριθμό παραμέτρων, που συνδέονται με δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και ατομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Οι παράγοντες αυτοί δεν επηρεάζουν ισοβαρώς τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ενώ η σημασία τους δεν μένει αναλλοίωτη διαχρονικά. Οι ισχύουσες συνθήκες και αντιλήψεις μεταβάλλουν τη σημαντικότητα αυτών των παραγόντων ανά πάσα χρονική στιγμή. Ενδεικτικά, κάποιες σημαντικές δημογραφικές παράμετροι είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, ο τόπος διαμονής κ.ά.

Κοινωνικοοικονομικές παράμετροι που επηρεάζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι το βιοτικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, το διαθέσιμο εισόδημα, το ποσοστό της ανεργίας κ.ά. Τέλος, σημαντικές ατομικές παράμετροι είναι η αξία και η προτεραιότητα που έχει η υγεία για τον καθένα, η γνώση και η πληροφόρηση γύρω από τις διάφορες ασθένειες, ο συντηρητισμός και γενικότερες προκαταλήψεις σε θέματα υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών όπως αυτή πραγματοποιήθηκε από την Ε.Σ.Υ.Ε. κατά την περίοδο 1998/99, βάσει δείγματος σε όλα τα νοικοκυριά της χώρας οι συνολικές μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό σε όλες τις περιοχές της χώρας για την συγκεκριμένη περίοδο, ανήλθαν σε € 94,29 αντιπροσωπεύοντας το 6,8% του συνόλου των μηνιαίων αγορών ανά νοικοκυριό.

Η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών αντιστοιχεί στα νοικοκυριά της περιφέρειας πρωτεύουσας (7,6%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά των λοιπών αστικών περιοχών (5,53%). Επίσης, για όλες τις κατηγορίες των περιοχών, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας αντιστοιχεί στις υπηρεσίες των οδοντιάτρων και ακολουθούν οι υπηρεσίες ιατρών άλλων ειδικοτήτων. Οι δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη είναι συγκριτικά χαμηλότερες. Με κριτήριο το μέγεθος του νοικοκυριού η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας στο σύνολο των μηνιαίων αγορών παρουσιάζεται στα νοικοκυριά με ένα μέλος (8,14%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά με πέντε μέλη (5,5%) την περίοδο 1998/99, ενώ με κριτήριο τις μηνιαίες συνολικές αγορές το ύψος των δαπανών υγείας αυξάνεται όσο αυξάνουν και οι συνολικές αγορές των νοικοκυριών.

Πίνακας 1 : Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού (1998/99)

Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλα τα νοικοκυριά	Νοικοκυριά με					
		1 μέλος	2 μέλη	3 μέλη	4 μέλη	5 μέλη	6 μέλη και άνω
Σύνολο Αγορών	1383,24	761,38	1.112,87	1.594,76	1.810,20	1.781,52	1.849,88
Δαπάνες Υγείας	94,29	61,94	81,31	106,23	120,10	98,14	110,01
Φαρμακευτικά προϊόντα	13,90	13,91	16,02	12,91	12,20	13,20	13,99
Άλλα φαρμακευτικά προϊόντα	0,99	0,71	1,00	1,04	0,99	1,02	2,11
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	2,69	1,76	2,78	2,88	2,81	3,36	3,21
Υπηρεσίες ιατρών	22,38	15,56	21,27	25,68	26,60	18,74	22,61
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	32,04	14,78	19,22	34,92	53,26	46,96	44,63
Παραϊατρικές υπηρεσίες	10,60	10,54	10,90	11,06	10,95	5,91	11,96
Νοσοκομειακή περίθαλψη	11,65	4,63	10,09	17,71	13,27	8,92	12,47
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	6,82	8,14	7,31	6,66	6,63	5,50	5,94

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. /Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1998/99, Σε €, Όλα τα ποσά έχουν μετατραπεί σε ευρώ βάσει της επίσημης ισοτιμίας €1=340,75 δρχ. Τυχόν αποκλίσεις σε ορισμένους λογαριασμούς οφείλονται στην προσαρμογή στο νέο νόμισμα.

1.4 Αποτίμηση των αποτελεσμάτων των προηγούμενων Περιόδων Προγραμματισμού (Β' και Γ' ΚΠΣ) – (1994-2006)

1.4.1 Παρεμβάσεις στις κοινωνικές υποδομές – προώθηση κοινωνικής ενσωμάτωσης

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων, αλλά και της τρέχουσας προγραμματικής περιόδου (Β' και Γ' ΚΠΣ), πραγματοποιήθηκαν (και πραγματοποιούνται) σημαντικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση και αναβάθμιση των κοινωνικών υποδομών. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν στον τομέα της Υγείας, της Κοινωνικής Φροντίδας και της Ψυχικής Υγείας.

1.4.1.1 Υγεία

Κατά το Β' ΚΠΣ, οι παρεμβάσεις στον τομέα της Υγείας επικεντρώθηκαν στη δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών. Αν και υπήρξαν σημαντικές καθυστερήσεις κατά το σχεδιασμό και την υλοποίηση των δράσεων, επιτεύχθηκαν σημαντικά αποτελέσματα, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και τα εξής:

- ο Δημιουργία 12 νέων περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων (οι κτιριακές υποδομές χρηματοδοτήθηκαν από τα ΠΕΠ ενώ οι εξοπλισμοί από το ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 1994 – 1999).
- ο Δημιουργία 31 Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης σε όλη την Ελλάδα, με συνολική δυναμικότητα μεγαλύτερη των 2000 εκπαιδευτικών θέσεων.
- ο Ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας που περιλαμβάνει α) τη δημιουργία επιχειρησιακών κέντρων στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, και σε 10 άλλες πόλεις και β) την προμήθεια κινητών μονάδων και ειδικών αεροσκαφών-ασθενοφόρων.
- ο Δημιουργία 4 Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας, καθώς και επέκταση και εκσυγχρονισμός των υποδομών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.
- ο Δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας.

Κατά την προγραμματική περίοδο 2000 - 2006, δόθηκε μεγαλύτερο βάρος στην ποιοτική αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Υγείας, θέτοντας ως στόχους:

- ο Τη λειτουργική και οργανωτική μεταρρύθμιση των μονάδων υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους και την προσαρμογή τους στις νέες σύγχρονες και στις ολοκληρωμένες μορφές παροχής υπηρεσιών υγείας.
- ο Την αναδιάρθρωση και ολοκλήρωση των δομών και υποδομών του ΕΣΥ, ώστε να καταστεί εφικτή η εφαρμογή της Εθνικής Πολιτικής Υγείας και η επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης.
- ο Την περιφερειακή συγκρότηση και λειτουργική ολοκλήρωση του ΕΣΥ στα διαφορετικά επίπεδα φροντίδας υγείας, περίθαλψης και αποκατάστασης.
- ο Την αξιοποίηση της νέας βιοϊατρικής τεχνολογίας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- ο Την ανάπτυξη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα.
- ο Τη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας, μέσω της αξιοποίησης των υπαρχουσών δομών και υποδομών, της λειτουργίας υποστηρικτικών μηχανισμών και της προώθησης εξειδικευμένων πολιτικών και προγραμμάτων.
- ο Την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προώθηση των στρατηγικών στόχων της εθνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Η υλοποίηση των δράσεων του ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 2000 – 2006 που αφορούν στην υγεία (Άξονας 1), προχωρεί με ικανοποιητικό ρυθμό και προβλέπεται να επιτύχει τους βασικούς ποσοτικούς στόχους αποτελέσματος και επιπτώσεων, ήτοι:

- ο Δημιουργία 8 νέων Αστικών Κέντρων Υγείας.
- ο Αναβάθμιση ποσοστού 15 % των γενικών κλινών των δημόσιων νοσοκομείων.
- ο Αύξηση κατά 9 % των ειδικών κλινών νοσηλείας και αναβάθμιση του 19 % των υπαρχουσών.
- ο Τεχνολογικός και λειτουργικός εκσυγχρονισμός του 10 % των εργαστηριακών υποδομών και 10 %, επίσης, των χειρουργείων.

1.4.1.2 Κοινωνική Φροντίδα

Η εθνική πολιτική στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, καθώς επιχειρείται η σταδιακή μεταστροφή των παραδοσιακών προνοιακών υπηρεσιών κλειστού τύπου σε σύγχρονες, ανοικτού τύπου υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Επίσης, αναπτύσσονται καινούριες υπηρεσίες με στόχο την επέκταση της φροντίδας σε νέες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και συνοχής. Οι αλλαγές στην εθνική πολιτική αντικατοπτρίζονται και στις παρεμβάσεις του Β' και Γ' ΚΠΣ.

Στο Β' ΚΠΣ Οι παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν επέφεραν τα εξής βασικά αποτελέσματα:

- ο Δημιουργία Εθνικού Δικτύου Κέντρων Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ). Το δίκτυο περιλαμβάνει 24 Κέντρα σε ισάριθμους νομούς της χώρας.
- ο Δημιουργία 12 νέων εξειδικευμένων κέντρων ανοικτής και κλειστής περίθαλψης ΑΜΕΑ.
- ο Δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, το οποίο απαρτίζεται από 15 δομές στην Αττική και 3 στη Θεσσαλονίκη.

Στην τρέχουσα προγραμματική περίοδο του Γ' ΚΠΣ, Το μεγαλύτερο μέρος των παρεμβάσεων που υλοποιούνται εντάσσονται στα ΠΕΠ και περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες έργων υποδομής:

- ο Δημιουργία βρεφονηπιακών και παιδικών σταθμών, για τη δημιουργική απασχόληση των παιδιών και τη διευκόλυνση των εργαζόμενων γυναικών.
- ο Ενίσχυση και επέκταση των υποδομών για τους ηλικιωμένους με στόχο την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης της Τρίτης Ηλικίας
- ο Ανάπτυξη και βελτίωση των υποδομών για τα Άτομα με Αναπηρία.

Στο ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 2000 – 2006 δεν περιλαμβάνονται έργα υποδομής, αλλά υλοποιούνται δράσεις που αφορούν:

- ο Την ανάπτυξη κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, για την υποστήριξη ατόμων που απειλούνται από ή βιώνουν αποκλεισμό αφενός από την αγορά εργασίας και αφετέρου από τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες, έτσι ώστε να εξασφαλίζονται για όλους ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας.
- ο Δημιουργία και λειτουργική υποστήριξη ενδιάμεσων δομών για την αποϊδρυματοποίηση και την προώθηση της αυτόνομης και ημιαυτόνομης διαβίωσης ατόμων με αναπηρία που διαβιούν σε κλειστού τύπου προνοιακές δομές.

Οι παρεμβάσεις αποϊδρυματοποίησης είναι μικρής κλίμακας. Στοχεύουν το 2% περίπου των ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης στην Ελλάδα. Αποτελούν, όμως, μια σημαντική αρχή για την περαιτέρω απαραίτητη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας προς την κατεύθυνση της αποϊδρυματοποίησης των χρονίων περιπτώσεων και την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωσή τους.

1.4.1.3 Ψυχική Υγεία

Στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, έχει ξεκινήσει μια μεγάλου μεγέθους μεταρρυθμιστική προσπάθεια, που αγγίζει το σύνολο των υπηρεσιών. Η στρατηγική, η στοχοθεσία, οι δράσεις και το χρονοδιάγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έχουν αποτυπωθεί σε λεπτομερές Εθνικό Σχέδιο Δράσης που έχει χρονικό ορίζοντα υλοποίησης έως το 2010. Κατά το Β' ΚΠΣ πραγματοποιήθηκε το πρόγραμμα "Ψυχαργώς – Α' φάση" το οποίο χρηματοδοτήθηκε με 35,8 Μ€ περίπου, από το Υποπρόγραμμα 4 του ΕΠ "Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας" και με 9,4 Μ€, από το Μέτρο 3.3, του ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 1994 – 1999. Οι δράσεις που αναπτύχθηκαν αφορούσαν, μεταξύ άλλων, στη δημιουργία δομών στην κοινότητα, στην εξειδικευμένη κατάρτιση του προσωπικού και την αποασυλοποίηση και κοινωνική επανένταξη ορισμένου αριθμού χρονίων ασθενών.

Στην τρέχουσα προγραμματική περίοδο του Γ' ΚΠΣ, υλοποιείται η Β' φάση του προγράμματος "Ψυχαργώς", η οποία χρηματοδοτείται από τον Άξονα 2 του ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 2000-2006, με

συνολικό προϋπολογισμό 218,6 Μ€. Ως την παρούσα χρονική στιγμή, έχουν τεθεί σε λειτουργία 190 δομές αποασυλοποίησης, που έχουν εξυπηρετήσει πάνω από 2.300 άτομα. Οι επιπτώσεις της μέχρι σήμερα υλοποίησης αφορούν στην κατάργηση των ασυλικών κλινών σε 3 ψυχιατρικά νοσοκομεία και τη δραστική συρρίκνωση τους στα υπόλοιπα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν ολοκληρώνεται με τη λήξη του Γ' ΚΠΣ (όπως εξάλλου προβλέπει και το αντίστοιχο ΕΣΔ). Για να μπορέσει να ολοκληρωθεί η μετάβαση σε ανοιχτό μοντέλο παροχής υπηρεσιών (όπως πρεσβεύει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση) και να καλυφθούν οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες για τέτοιου είδους υπηρεσίες, είναι απαραίτητο να συνεχισθούν οι δράσεις τόσο της αποασυλοποίησης, όσο και της ανάπτυξης κοινοτικών δομών πρόληψης.

1.4.1.4 Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και προώθηση της απασχόλησης.

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, του τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, στόχευσε κυρίως σε δύο είδη κατάρτισης: α) στη συνεχιζόμενη κατάρτιση εργαζομένων επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, που αποτέλεσε το βασικό πυρήνα, και β) στην κατάρτιση ανέργων, σε μικρότερο βαθμό. Επιπλέον, προγραμματίστηκαν και ορισμένες πιλοτικές δράσεις κατάρτισης σε θέματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού.

Σε ότι αφορά την προώθηση της απασχόλησης, αναπτύχθηκαν ενέργειες υποστήριξης ατόμων που απειλούνται ή πλήττονται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας.

Ειδικότερα:

1.4.1.4.1 Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού.

Το ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 1994 – 1999, του Β' ΚΠΣ, υλοποίησε 2 Μέτρα συνεχιζόμενης κατάρτισης: ένα για τους επαγγελματίες υγείας και ένα για τους επαγγελματίες πρόνοιας, με συνολικό προϋπολογισμό 16,1 Μ€ (5% περίπου του τομεακού προγράμματος). Κατά την τρέχουσα προγραμματική περίοδο του Γ' ΚΠΣ, στο ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 2000 – 2006, υλοποιούνται 4 Μέτρα κατάρτισης: ένα για τους επαγγελματίες υγείας, ένα για τους επαγγελματίες πρόνοιας, ένα εξειδικευμένο για το ανθρώπινο δυναμικό της ψυχικής υγείας και ένα που αφορά στη δημόσια υγεία. Ο συνολικός προϋπολογισμός των Μέτρων αυτών είναι 73,34 Μ€ που αντιστοιχεί στο 14 % του τομεακού προγράμματος.

Τα δύο Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια» του Β' και Γ' ΚΠΣ έχουν καταρτίσει ως σήμερα περί τους 27150 εργαζόμενους του τομέα της υγείας (10.850 στο Β' ΚΠΣ και 16300 στο Γ' ΚΠΣ) και 2810 ανέργους. Οι καταρτισθέντες εργαζόμενοι μόνο για το Γ ΚΠΣ αντιπροσωπεύουν το 14% του συνόλου των εργαζομένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Αντίστοιχα τα προγράμματα που αφορούν στην κοινωνική φροντίδα, έχουν καταρτίσει 4543 περίπου εργαζόμενους (1.106 στο Β' ΚΠΣ και 3.437 στο Γ' ΚΠΣ) που αντιστοιχούν στο 12 % του συνόλου των εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι οι ανάγκες για εκπαίδευση και κατάρτιση προσωπικού είναι διαρκώς αυξανόμενες. Επιβάλλεται περαιτέρω ανάπτυξη εξειδικευμένων προγραμμάτων κατάρτισης που θα αναφέρονται σε θέματα όπως: η ταχεία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του προσωπικού υπηρεσιών Υγείας, η συνεχής ανάγκη για διοικητική και λειτουργική βελτίωση των δομών του ΕΣΥ, η ανάγκη για ριζικό εκσυγχρονισμό του συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας προς την κατεύθυνση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και η συνέχεια και ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

1.4.1.4.2 Προώθηση της Απασχόλησης.

Οι ενέργειες για την προώθηση της απασχόλησης, στον τομέα της Κοινωνικής Φροντίδας ξεκίνησαν συστηματικά με το Γ' ΚΠΣ. Στο πλαίσιο του ΕΠ "Υγεία-Πρόνοια" 2000-2006, υλοποιείται το Μέτρο 3.1 που αφορά σε ενέργειες προώθησης της απασχόλησης, με προϋπολογισμό 15,4 Μ€ (3% του ΕΠ). Οι ενέργειες αυτές εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο δήμων και περιλαμβάνουν τη δημιουργία και αρχική χρηματοδότηση **δικτύου υποστηρικτικών υπηρεσιών** που απευθύνονται σε άτομα που απειλούνται ή πλήττονται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν εξυπηρετήσει πάνω από 23.000 ενδιαφερόμενους, ενώ ο τελικός στόχος είναι να εξυπηρετηθούν 55.000 άτομα εντός της διάρκειας υλοποίησης του ΕΠ.

Μέχρι 31/12/2006 στο δίκτυο έχουν ενταχθεί συνολικά 152 Γραφεία Παροχής Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών ενώ λειτούργησαν 130 Γραφεία (100% του στόχου) τα οποία στελεχώθηκαν από 210 Κοινωνικούς Επιστήμονες και έχουν παρασχεθεί 504.294 ανθρωπώρες παροχής υπηρεσιών, αριθμός που αντιστοιχεί στο 91% του στόχου. Οι ώρες αυτές αντιστοιχούν σε συνολικά 61.279 εξυπηρετούμενους, δηλαδή κάλυψη του στόχου (52.000 άτομα) που αφορά το δείκτη ωφελούμενα άτομα ευπαθών ομάδων κατά 117%. Σημειώνεται η ανάγκη για περαιτέρω ενίσχυση του δικτύου και εν γένει ανάπτυξη συνάφειας των κοινωνικών υπηρεσιών του ΥΥΚΑ και των υπηρεσιών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. πρώτου και δευτέρου βαθμού.

1.4.1.5 Βελτίωση της διοικητικής ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης.

Τα ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια", τόσο του Β' όσο και του Γ' ΚΠΣ, δεν περιλαμβάνουν Μέτρα που εστιάζονται (ή κατά το μεγαλύτερο ποσοστό) στη βελτίωση της διοικητικής ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης. Εντούτοις, σε επίπεδο στοχοθεσίας έχουν διατυπωθεί σχετικοί στόχοι που αναφέρονται:

- ο στην οργανωτική μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας,
- ο στην αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του τομέα και
- ο στην ενίσχυση της αυτοδυναμίας των Περιφερειών.

Οι παρεμβάσεις που ολοκληρώθηκαν κατά το Β' ΚΠΣ, ή υλοποιούνται στο Γ' ΚΠΣ, που συμβάλουν στους παραπάνω στόχους αφορούν κυρίως σε:

- ο κατάρτιση στελεχών του διοικητικού τομέα σε θέματα διοίκησης των ανθρώπινων πόρων, οικονομικής διαχείρισης και οργάνωσης και διοίκησης των μονάδων υγείας και κοινωνικής φροντίδας,
- ο χρηματοδότηση υποστηρικτικών μηχανισμών για τη διευκόλυνση και βελτίωση του προγραμματισμού, της παρακολούθησης και της διαχείρισης των υλοποιούμενων παρεμβάσεων.

Τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις των παραπάνω δράσεων δεν έχουν αποτιμηθεί επαρκώς.

Οι ανάγκες του τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας για διοικητική και οργανωτική αναβάθμιση μπορούν να αναγνωρισθούν σε κεντρικό–επιτελικό επίπεδο, σε επίπεδο περιφερειών και σε επίπεδο μονάδων παροχής υπηρεσιών Υγείας και σχετίζονται με:

- ο Απαξιωμένους ή ελλιπείς οργανισμούς λειτουργίας και προτύπων διοίκησης και οργάνωσης.
- ο Ανεπαρκή συστήματα οικονομικής διαχείρισης και οικονομικού προγραμματισμού.
- ο Ελλιπή (ή ανύπαρκτα) συστήματα διασφάλισης ποιότητας.
- ο Πεπαλαιωμένες και ανελαστικές πρακτικές αξιολόγησης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού.
- ο Ανεπαρκή, και σε πολλές περιπτώσεις ανύπαρκτα, πληροφοριακά συστήματα, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης και διαχείρισης, όσο και σε επίπεδο διαχείρισης και αξιοποίησης των ιατρικών δεδομένων και γενικά της παραγόμενης γνώσης.

Τα παραπάνω προβλήματα πρέπει να αντιμετωπισθούν με συστηματική προσέγγιση και στοχευμένες παρεμβάσεις.

1.5 Σύνοψη δυνατών & αδυνάτων σημείων και απειλών & ευκαιριών του Τομέα

Από την ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης του τομέα Υ&ΚΑ διαπιστώνονται μια σειρά αδυναμιών/προβλημάτων αλλά και δυνατοτήτων/ευκαιριών παρεμβάσης για την προγραμματική περίοδο 2007- 2013.

Τα **δυνατά σημεία** του τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης συνοψίζονται στα εξής :

- ο Κάλυψη συνόλου ασθενών με εκτεταμένο δίκτυο υπηρεσιών για το σύνολο των βασικών υπηρεσιών, αλλά και σημαντικό αριθμό εξειδικευμένων υπηρεσιών. Η κάλυψη αυτή αφορά τις ανάγκες σε υποδομές, μεγάλο μέρος των οποίων είναι νέες και σύγχρονες. Υπάρχει επίσης καλή περιφερειακή συγκρότηση κτιριακών υποδομών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας:
- ο Σχετικά ικανοποιητική προσβασιμότητα λόγω και της διάνοιξης οδικών αξόνων και γενικότερα υποδομών μεταφορών στην ηπειρωτική χώρα
- ο Ικανοποιητική διοικητική ικανότητα πρόβλεψης μεσοπρόθεσμων αναγκών και σχεδιασμού
- ο Σημαντικοί διαθέσιμοι πόροι για το σύνολο του συστήματος
- ο Ύπαρξη πρόσφατης νομοθεσίας στην κατεύθυνση των υλοποιούμενων μεταρρυθμίσεων
- ο Αναδιοργάνωση σε ΔΥΠε του συστήματος υγείας και ανάπτυξη της περιφερειακής διάστασης στη διοίκηση του ΕΣΥ. Νέα κουλτούρα διοίκησης των μονάδων υγείας
- ο Μερική ενσωμάτωση σύγχρονων τεχνολογιών – ύπαρξη στοιχειωδών συστημάτων καταγραφής δεδομένων – προηγμένα συστήματα σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα
- ο Αλλαγή πολιτικής σε εθνικό επίπεδο στην αντίληψη για την κοινωνική αλληλεγγύη, βασική υποδομή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Νόμος 3329/4-4-2005/ Άρθρο 21)

- ο Σημαντική πρόοδος της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία και αποκτηθείσα εμπειρία
- ο Ύπαρξη ικανού σε αριθμούς ιατρικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.
- ο Δίκτυο Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης υγείας και πρόνοιας με πιστοποίηση δομών καθώς και δίκτυο Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (ΤΕΕ) και ΙΕΚ.
- ο Αναπτυσσόμενη διακρατική και διασυνοριακή συνεργασία με καλές σχέσεις με χώρες ΝΑ Ευρώπης, ύπαρξη Διακρατικών συμφωνιών, εφαρμογή του Συμφώνου σταθερότητας για της χώρες της ΝΑ Ευρώπης – Τομέας Ψυχικής Υγείας
- ο Διεύρυνση Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας (ΔΙΚΕΔΥ) και σημαντικός αριθμός μελετών διάγνωσης προβλημάτων υγείας διασυνοριακού τύπου
- ο Μετασχηματισμός του ΣΟΤΥ σε Νέο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας: αποκτηθείσα εμπειρία, διαλειτουργικότητα – συντονισμός υπηρεσιών

Οι αδυναμίες του τομέα αναλύονται στα εξής :

- ο Συνολικά πολύ χαμηλή παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης των πόρων. Σημαντικά ελλείματα στα μεγάλα Ταμεία και τα νοσοκομεία, έλλειψη ελέγχου κόστους-απόδοσης, κόστους – οφέλους, κ.λπ. – πληθώρα Ταμείων και πολυμορφία τιμολογίων. Σημαντικές ελλείψεις ή και ανυπαρξία σε συστήματα διοίκησης, στην εκπαίδευση και τη συνεχή κατάρτιση, αποσπασματικές και μη διαλειτουργικές εφαρμογές σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και διοίκησης . Αργός ρυθμός ενσωμάτωσης αλλαγών
- ο Ανομοιογενής και μη διασφαλιζόμενη ποιότητα υπηρεσιών, έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης ποιότητας & ασφάλειας υπηρεσιών, αμφίβολη ασφάλεια προϊόντων και τροφίμων και ανεπάρκεια υγειονομικών ελέγχων. Κατακερματισμένη και ανισομερώς κατανομημένη πρωτοβάθμια φροντίδα, με ελλείψεις και επικαλύψεις, Υπερδιογκωμένο σύστημα ιατρικών υπηρεσιών, επικεντρωμένο στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, Μειωμένη έμφαση στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα,μη εφαρμογή του μοντέλου του οικογενειακού ιατρού. Προβλήματα καθολικής κάλυψης και προσβασιμότητας λόγω γεωμορφολογίας της χώρας, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες
- ο Ανεπαρκές σύστημα και υποδομές πρόληψης και προστασίας της δημόσιας υγείας, επίβλεψης της αγοράς παραγωγής ιατροβιολογικού εξοπλισμού κλπ
- ο Περιορισμένες δραστηριότητες έρευνας - περιορισμένη απορρόφηση αποτελεσμάτων. Μη αξιοποίηση της γνώσης και ανεπαρκής ενημέρωση των δεδομένων που προκύπτουν από τις μελέτες. Έλλειψη επιδημιολογικών μελετών. Μη ύπαρξη συστήματος ενημέρωσης αναθεωρούμενου Χάρτη Υγείας. Έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού με συναρμόδια υπουργεία (Απασχόλησης, Παιδείας, Περιβάλλοντος, Ανάπτυξης, Μεταφορών, Εσωτερικών)
- ο Υψηλή κατανάλωση ενέργειας στις νοσοκομειακές μονάδες και ανεπαρκές σύστημα διαχείρισης επικίνδυνων αποβλήτων
- ο Υστέρηση σε υποδομές τουρισμού υγείας. Ανεπαρκής κοινωνικός σχεδιασμός – έμφαση στις παθητικές προνοιακές πολιτικές και έλλειψη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ομάδων (παιδιά, ηλικιωμένοι, ΑμεΑ). Γεωγραφική ανισότητα & μειωμένη προσβασιμότητα κοινωνικών υπηρεσιών. Έλλειψη χαρτογράφησης κοινωνικών υπηρεσιών - αδυναμία αποτίμησης / αξιολόγησης συστήματος - αναποτελεσματικό, αδιαφανές, μη καθολικό σύστημα κοινωνικών δαπανών. Ύπαρξη υψηλού αριθμού δομών κλειστής φροντίδας. Ανεπάρκεια Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας
- ο Έλλειψη τεχνικών διαχείρισης των σχέσεων μεταξύ δημόσιων και εθελοντικών φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- ο Χαμηλή εμπλοκή κοινωνικών εταίρων στο σύστημα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών - Αδυναμίες οργάνωσης & κατακερματισμός των ΜΚΟ – μη κρίσιμη μάζα και ελλιπής καταγραφή, αξιολόγηση και αποσαφήνιση του ρόλου τους

- ο Έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών ψυχικής υγείας . Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και μη εξειδίκευση στο διοικητικό προσωπικό του ΕΣΥ. Μικρή διείσδυση της κατάρτισης στους επαγγελματίες υγείας– ασύνδετη κατάρτιση και επαγγελματική εξέλιξη. Χαμηλός βαθμός ενσωμάτωσης νέων τεχνολογιών και τεχνικών οργάνωσης και διαχείρισης των υπηρεσιών από το προσωπικό. Έλλιπής εκπαίδευση σε ζητήματα ποιότητας υπηρεσιών
- ο Έλλειψη ιατρών γενικής ιατρικής και ειδικοτήτων σχετικών με την προώθηση της πρόληψης και της κατ' οίκον παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας Έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού.
- ο Έλλειψη προσωπικού εξειδικευμένου στην παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ευπαθών ομάδων. Ανάγκη εκπαίδευσης τόσο των εθελοντών όσο και των φορέων για τη διαχείριση του εθελοντικού δυναμικού. Απουσία εκπαίδευσης αναπήρων αλλά και κοινωνίας
- ο Έλλειψη αξιολόγησης πολιτικών, προγραμμάτων, ιδρυμάτων και προσώπων σε όλο το σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης της χώρας

Οι ευκαιρίες, που προσφέρονται για τον τομέα στην περίοδο 2007-2013:

- ο Περίοδος διεθνούς ενδιαφέροντος για την υγεία (ΟΗΕ, ΠΟΥ, ΕΕ), ενώ οι υπηρεσίες κοινωνικής αλληλεγγύης αποκτούν θεμελιώδη σημασία (ΠΟΥ, ΕΕ). Παράλληλα διατυπώνονται ευνοϊκές για την ανάπτυξη του τομέα πολιτικές και κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕ
- ο Ο τομέας έχει την δυνατότητα να επωφεληθεί από επιτυχημένα παραδείγματα και πολιτικές άλλων χωρών αλλά και εγχώριων οργανισμών
- ο Αξιοποίηση του ρόλου της Ελλάδας στη ΝΑ Ευρώπη. Μετάδοση της αποκτηθείσας εμπειρίας και τεχνογνωσίας στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας και σε θέματα όπως αντιμετώπιση κρίσεων και εκτάκτων αναγκών στο πλαίσιο διακρατικής συνεργασίας Ενίσχυση της φαρμακοβιομηχανίας για ικανότερη κάλυψη εγχώριων αναγκών καθώς και χωρών ΝΑ Ευρώπης
- ο Αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες τουρισμού υγείας με προτίμηση τις Μεσογειακές χώρες. Αναπτύσσεται η δεύτερη κατοικία Ευρωπαίων στην Ελλάδα και ενισχύεται ο Περιφερειακός ιστός, με την επαναφορά των συνταξιούχων στην ύπαιθρο. Ωρίμανση θεσμικού πλαισίου για τις Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού τομέα
- ο Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών (τηλεϊατρικής, ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, νανοτεχνολογίες, μεταφορά πληροφοριών από ασθενείς προς ειδικούς)
- ο Ο τομέας επωφελείται από τις δυνατότητες αξιοποίησης του εθελοντισμού και την προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης

Ο τομέας απειλείται από :

- ο Δημογραφικές ανακατατάξεις (γήρανση του πληθυσμού, μετακίνηση πληθυσμών - παράνομη μετανάστευση & trafficking, κοινωνικές μεταβολές κι εμφάνιση νέων ομάδων χρηστών , κοινωνικές αντιδράσεις- μη αποδοχή «διαφορετικού» από την κοινωνία)
- ο Κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβολές (χαλάρωση των οικογενειακών και λοιπών κοινωνικών δεσμών, αλλαγή διατροφικών συνηθειών, αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης ουσιών)
- ο Επιδημιολογικές μεταβολές - Αναδυόμενα λοιμώδη νοσήματα σε παγκόσμιο επίπεδο και εμφάνιση κινδύνων που δε γνωρίζουν σύνορα (SARS, Bird Flu), αύξηση νευροψυχιατρικών νοσημάτων και εμφάνιση νέων, λόγω αλλαγής των προτύπων διατροφής και διαβίωσης
- ο Υποβάθμιση περιβάλλοντος με επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού
- ο Έντονες κλιματικές αλλαγές – επίταση φυσικών καταστροφών

Ι.6 Ιεράρχηση προβλημάτων και αναγκών του τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης:

- **Υψηλό κόστος και χαμηλή ανταγωνιστικότητα του συστήματος.** Διοικητική αδυναμία διαχείρισης πόρων και πληροφοριών. Χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και χαμηλή ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες των χρηστών. Έλλειμμα συστημάτων επίβλεψης, ελέγχου και ασφάλειας.
- **Κατακερματισμένη και ελλιπή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** με ανεπάρκεια (ποσοτική και ποιοτική) των παρεχόμενων υπηρεσιών ιδίως στα αστικά κέντρα, τις δύσβατες και νησιωτικές περιοχές και τις περιοχές με τουριστική ανάπτυξη κατά την περίοδο αιχμής. Ανισορροπία κατανομής υποδομών και δυναμικού και έλλειψη διασύνδεσης με τις υπηρεσίες, που παρέχονται από ΟΤΑ , ασφαλιστικά ταμεία κλπ. **Ανεπαρκές σύστημα πρόληψης και προστασίας της Δημόσιας Υγείας.** Έλλειψη συντονισμού δομών και υπηρεσιών. Ανάγκη συστημικών παρεμβάσεων.
- **Ανισομερής περιφερειακή κατανομή** των υποδομών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, με υστέρηση στο εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας και χαμηλή ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών
- **Ανάγκη ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης** ως προς τα συστήματα πρόληψης, πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας , κοινωνικής ενσωμάτωσης και προώθησης στην απασχόληση. **Υψηλός αριθμός δομών κλειστής φροντίδας** πρόνοιας και υστέρηση στις ενεργητικές πολιτικές κοινωνικής ενσωμάτωσης έναντι των παθητικών πολιτικών πρόνοιας.
- **Περιορισμένη συνεργασία δημοσίου-ιδιωτικού τομέα και εσωστρέφεια** του συστήματος - μη αξιοποίηση ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων του τομέα στην Βαλκανική, Ευρωπαϊκή και παγκόσμια αγορά.
- **Έλλειψη μελετών, δεδομένων και χαρτών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.** Έλλειψη υποδομών διαχείρισης της γνώσης.
- **Έλλειψη συνέργιας μεταξύ ΥΓΚΑ , ΜΚΟ και ΟΤΑ** στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Έλλειψη συστήματος αξιοποίησης εθελοντισμού και κοινωνικής εταιρικής ευθύνης.
- **Χαμηλές περιβαλλοντικές επιδόσεις του συστήματος υγείας-** έλλειψη συστημάτων ορθολογικής διαχείρισης ενέργειας, απορριμμάτων, επικίνδυνων αποβλήτων.
- **Χαμηλή παραγωγή καινοτομίας και έλλειψη συστημάτων αξιοποίησης αποτελεσμάτων έρευνας.**
- **Υστέρηση ανθρωπίνου δυναμικού** του τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στις απαιτήσεις των μεταρρυθμίσεων, έλλειμμα σε δυναμικό, ειδικότητες, δεξιότητες και κατάλληλες συμπεριφορές.

ΕΝΟΤΗΤΑ II: Στρατηγική του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη περίοδο προγραμματισμού 2007-2013

Το όραμα του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο 2007- 2013 περιγράφεται ως εξής:

Η μακροχρόνια εξασφάλιση της υγείας και της ευεξίας του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, με ένα οικονομικά βιώσιμο και υψηλής απόδοσης σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης

Οι ενδεικτική στοχοθεσία του Προγράμματος Ανάπτυξης του τομέα προκύπτει από την διαδικασία διαβούλευσης και αναπτύσσεται ως εξής:

II.1 Στρατηγικός Στόχος 1: Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

Κύρια στρατηγική κατεύθυνση υπο το παραπάνω όραμα είναι η δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων για την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Για την κάλυψη του πρώτου στρατηγικού στόχου το πρόγραμμα προβλέπει τους κάτωθι Γενικούς Στόχους που συνάδουν με το στόχο 2 της Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία:

II.1.1 Γενικός Στόχος 1.α.: Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας

Στην Ελλάδα όπως και στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες μετά τη διαπίστωση των δυσλειτουργιών των παραδοσιακών μορφών συστημάτων Δημόσιας Υγείας και εν όψει των νέων προκλήσεων, έχει αρχίσει η «μεταμόρφωση» των δομών, των πρακτικών και των λογικών σχημάτων ανάλυσης, αντίστοιχα με τη φύση των νέων προβλημάτων Δημόσιας Υγείας.

Ήδη τα νομοθετικά μέτρα που έχουν συμπληρωθεί και θα συμπληρωθούν τείνουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Ακόμη και σε χώρες με πολύ ισχυρή παράδοση στη Δημόσια Υγεία και την Φροντίδα Υγείας απαιτείται γενικότερος επαναπροσανατολισμός και ενίσχυση των συστημάτων. Οι προϋποθέσεις αυτές εντοπίζονται στην (Ειδικό Στόχοι στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας):

- ο Ανάπτυξη δομών πρόληψης και αγωγής υγείας
- ο Αναμόρφωση και διεύρυνση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών
- ο Ενίσχυση μηχανισμών υγειονομικού ελέγχου και επιτήρησης της παραγωγής ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- ο Αντιμετώπιση μεγάλων φυσικών ή άλλων καταστροφών

II.1.2 Γενικός Στόχος 1.β.: Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και προληπτικής ιατρικής

Αναπόσπαστο τμήμα της στρατηγικής για την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, οι οποίοι χωρίς εξαιρέσεις είναι δυνητικοί ωφελούμενοι των υπηρεσιών του συστήματος, αποτελεί η στόχευση σε δράσεις ή ομάδες δράσεων με σκοπό την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και αποκατάστασης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την νέα κατεύθυνση του ΕΣΥ με προτεραιότητα στις υποβαθμισμένες περιοχές και στοχεύει στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Οι ειδικοί στόχοι του Αναπτυξιακού Προγράμματος του τομέα εντοπίζονται στην:

- ο Ανάπτυξη ή και συμπλήρωση των κατάλληλων υποδομών και του συναφούς εξοπλισμού. Πυκνότερο δίκτυο με επαρκή γεωγραφική διασπορά
- ο Ανάπτυξη δομών ανοιχτής φροντίδας ευπαθών ομάδων
- ο Κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- ο Κατάρτιση στελεχών ΜΚΟ και ενίσχυση δικτύωσής τους
- ο Ενημέρωση πληθυσμού για πρόληψη

Η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να ενισχυθεί τόσο με τη δημιουργία επιπρόσθετων Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, Ιατρείων σε Δήμους, χρήση των πολυιατρείων ΙΚΑ, ενοποίηση των κλάδων υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και ένταξή τους στο ΕΣΥ, υπό την επίβλεψη και το συντονισμό του ΥΥΚΑ, αλλά και με το συνδυασμό και ενίσχυση θεσμών, όπως του γενικού Οικογενειακού Ιατρού σε συνεργασία και με εξωτερικούς γιατρούς.

Εξίσου σημαντικές, ωστόσο, είναι και οι υπηρεσίες αποκατάστασης ασθενών οι οποίες είναι ιδιαίτερα ελλείψεις, ενώ δεν καλύπτονται και οι απαιτούμενες εξειδικεύσεις.

Η επέκταση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας της Υγείας, θα συμβάλει στην αποσυμφόρηση του επιπέδου της δευτεροβάθμιας φροντίδας, που είναι υπερφορτωμένο σε σχέση με τα δεδομένα των αναπτυσσόμενων χωρών.

Στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων δύναται να συμβάλλει η ορθολογικότερη κατανομή αλλά και η ίδρυση νέων κέντρων στην περιφέρεια, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας στην τοπική κοινωνία και ταυτόχρονα σε υπηκόους άλλων χωρών, όπως και κινητές μονάδες υπηρεσιών υγείας οι οποίες προσιδιάζουν στον περιφερειακό, νησιωτικό, ορεινό και τουριστικό χαρακτήρα της χώρας. Παράλληλα, είναι σημαντικό οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ειδικά για τους ηλικιωμένους, να προσφέρονται σε τοπικό επίπεδο.

II.2 Στρατηγικός Στόχος 2: Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Με το εν λόγω όραμα ο τομέας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα επιδιώξει την αύξηση της **αποτελεσματικότητας** και **αποδοτικότητας** του συστήματος καθώς και τη βελτίωση της **ανταγωνιστικής του θέσης**. Ο Στρατηγικός Στόχος αναλύεται στους κάτωθι Γενικούς Στόχους:

II.2.1 Γενικός Στόχος 2. α: Οικονομική Εξυγίανση του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα κατατάσσεται στα δαπανηρότερα και μη αποτελεσματικά συστήματα Υγείας παγκοσμίως ενώ ταυτόχρονα η ικανοποίηση ασθενών δεν αντανάκλα το υψηλό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Αποτελεί προτεραιότητα του τομέα ο εξορθολογισμός της λειτουργίας των μονάδων υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλές δαπάνες και περιορισμένη ανταποδοτικότητα. Παράλληλα οφείλει να αναβαθμιστεί η ποιότητα με διαδικασίες πιστοποίησης, προτυποποίησης και αξιολόγησης. Αιχμή του δόρατος στη προσπάθεια αυτή είναι η πρόσφατη μεταρύθμιση του συστήματος προμηθειών. Σημαντική συνεισφορά αναμένεται να επιτευχθεί από το νέο νόμο προμηθειών του ΥΥΚΑ και τις προβλεπόμενες σε αυτό παρεμβάσεις.

II.2.2 Γενικός Στόχος 2.β: Αναβάθμιση των υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η κάλυψη κενών σε προσωπικό (κυρίως μη ιατρικό) είναι προαπαιτούμενο για τη βελτίωση της κατάστασης στο τομέα, ώστε να αποκατασταθεί η λειτουργική ισορροπία στις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Υψηλής προτεραιότητας φροντίδα θα συμβάλλει στη διατήρηση και ενίσχυση της θέσης του εθνικού συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην ευρύτερη περιοχή της Ν.Α. Ευρώπης. Οι ειδικότεροι στόχοι εντοπίζονται

- ο Στην βελτίωση των Υποδομών νοσοκομείων, ειδικών μονάδων, κέντρων υγείας και ανοιχτής φροντίδας, εξειδικευμένους εξοπλισμός
- ο Στην ανάπτυξη Δομών και δραστηριοτήτων Ηλεκτρονικής Υγείας (e-health)
- ο Ηλεκτρονική διοίκηση
- ο Προτυποποίηση και πιστοποίηση υπηρεσιών, πρωτοκόλλων και ονοματολογίας
- ο Συστήματα και εξοπλισμός για την πρόσβαση ΑμεΑ και λοιπών ευπαθών ομάδων
- ο Κινητές μονάδες υγείας
- ο Χωροθέτηση μονάδων υγείας

II.2.3 Γενικός Στόχος 2.γ: Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας

Ο στόχος αφορά στην ανάπτυξη κατάλληλων προϋποθέσεων για την εδραίωση του Τουρισμού υγείας και της εξωστρέφειας του Συστήματος. Θα επιδιωχθεί να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές, με την προσέλκυση προσοδοφόρων περιστατικών έξω από τα σύνορα της χώρας: μπορούν να παρέχονται υπηρεσίες σε ασφαλισμένους της Βόρειας Ευρώπης, αλλά και σε ασθενείς που χρειάζονται ειδικές υπηρεσίες από τις γειτονικές χώρες και όχι μόνο. Η επιδίωξη αυτή θα αυξήσει την απασχόληση των ιατρών της χώρας, ο αριθμός των οποίων σε σχέση με τον πληθυσμό είναι από τους μεγαλύτερους σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στην ίδια κατεύθυνση θα συμβάλουν η ίδρυση κέντρων αποκατάστασης υγείας στην περιφέρεια της χώρας και ο εξοπλισμός υφιστάμενων τουριστικών μονάδων, που θα εξασφαλίζουν ειδικές υπηρεσίες υγείας στο τουρισμό. Ο τομέας Υγείας θα επιδιώξει να εξασφαλίσει τις υγειονομικές προϋποθέσεις που θα ενθαρρύνουν ευρωπαϊκούς πληθυσμούς τρίτης ηλικίας να αποκτήσουν δεύτερη κατοικία στην ελληνική περιφέρεια. Σε αυτό θα συμβάλουν καθοριστικά τα Κέντρα Τουρισμού Υγείας.

Ειδικότερα στόχοι αποτελούν:

- ο Η Ενίσχυση των προϋποθέσεων για την ανάπτυξη κέντρων τουρισμού υγείας
- ο Η Ενίσχυση των διασυνοριακών κέντρων υγείας σε όλες της βαθμίδες
- ο Η περαιτέρω ανάπτυξη και εξορθολογισμός των Διασυνοριακών κέντρων Δημόσιας Υγείας
- ο Η Διευκόλυνση διακρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας
- ο Η Παροχή υποστήριξης και μεταφορά τεχνογνωσίας σε δομές γειτονικών χωρών

II.2.4 Γενικός Στόχος 2.δ: Ενίσχυση της εκπαίδευση και της προαγωγής της έρευνας και της καινοτομίας στο τομέα Υ&ΚΑ

Το Υπουργείο Ανάπτυξης έχει ήδη αναγνωρίσει την «υγεία» ως πεδίο καινοτομίας και υψηλής έντασης κεφαλαίου και γνώσης. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο και στο όνομα της εξωστρέφειας του τομέα της ιατρικής τεχνολογίας, το Υπουργείο Ανάπτυξης κατέθεσε νόμο σχετικά με την εισαγωγή καινοτομιών στην παραγωγική διαδικασία και την ανάπτυξη της τεχνολογίας, καθώς και για τα κριτήρια και τα στοιχεία αξιολόγησης, βαθμολόγησης και εφαρμογής των κριτηρίων.

Για την προώθηση των παρεμβάσεων του τομέα προτείνεται η δημιουργία Ανώτατου Συμβουλίου Έρευνας και Καινοτομίας και ενισχύεται η διαρκής επιμόρφωση των ανώτερων και ανώτατων στελεχών του τομέα.

Οι τομείς που αποτελούν αιχμή του δόρατος για την έρευνα και οφείλει το σύστημα υγείας να αντιμετωπίσει με τη δέουσα προσοχή είναι:

- ο Η Παραγωγή και μεταποίηση προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών για τον τομέα της υγείας. Παραγωγή φαρμάκων και σκευασμάτων βιολογικής βάσης
- ο Η Ανάπτυξη και διάθεση προηγμένων διαγνωστικών μεθόδων για ιατρικές ή τεχνολογικές/τεχνικές εφαρμογές
- ο Η Παραγωγή, προϊόντα και επενδύσεις εφαρμογών βιοϊατρικής, βιοπληροφορικής, βιομηχανικής, βιοεπεξεργασίας (bioprocessing) καθώς και αγροβιολογίας, με στόχο την παραγωγή προϊόντων βιολογικής βάσης και συναφών σκευασμάτων
- ο Η Παραγωγή, προϊόντα και επενδύσεις εφαρμογών ευφυών συστημάτων και ρομποτικής, μικροηλεκτρονικής, νανοτεχνολογίας και μικρο-μηχανικής
- ο Η Παραγωγή, προϊόντα και επενδύσεις εφαρμογών οπτικών ινών και φωτονικών ή προηγμένων οπτικών συστημάτων
- ο Η Παραγωγή, προϊόντα και επενδύσεις εφαρμογών τηλεματικής σε έξυπνα συστήματα μεταφορών, στον κλάδο της υγείας, σε διαχείριση ενέργειας και υδάτων
- ο Η Παραγωγή, προϊόντα και επενδύσεις σε προηγμένα ή νέα υλικά για ενεργειακές, ιατρικές (βιοϋλικά), περιβαλλοντικές και αντισηπτικές εφαρμογές.

II.2.5 Γενικός Στόχος 2.ε.: Επίτευξη Συμπράξεων Δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ – PPP)

Στις αρχές της Δ' Προγραμματικής Περιόδου θα έχουν ολοκληρωθεί οι προεργασίες για την ενεργοποίηση του πλαισίου Συμπράξεων Ιδιωτικού – Δημοσίου Τομέα (ΣΔΙΤ- PPP), με πιλοτικές εφαρμογές σε τρεις κατηγορίες έργων: υγεία, αξιοποίηση ακινήτων και συστήματα πληροφορικής. Σε κάθε περίπτωση θα διατηρηθεί ο δημόσιος χαρακτήρας της εκμετάλλευσης των έργων, αφού για τα έργα της υγείας, τουλάχιστον, θα εκχωρηθούν κυρίως οι υποστηρικτικές δραστηριότητες (ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων), που σήμερα ήδη εκχωρούνται σε ιδιώτες.

Το κόστος λειτουργίας των έργων αυτών αναμένεται να μειωθεί αισθητά. Ταυτόχρονα, η αναδιοργάνωση της Δημόσιας Επιχείρησης Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΙΑΝΟΜ) και η σχεδιαζόμενη μετεξέλιξη σε νέο σχήμα, που να μπορεί να επεκταθεί στην αγορά της ΝΑ Ευρώπης, μπορεί να επιφέρουν μείωση του κόστους υποδομών.

II.2.6 Γενικός Στόχος 2.στ: Βελτίωση της Περιβαλλοντικής επίδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η λειτουργία των νοσοκομειακών και άλλων υγειονομικών μονάδων θα βελτιωθεί, ώστε να παρέχουν εσωτερικές συνθήκες κλιματικής άνεσης, σε συνδυασμό με ορθολογική χρήση ενέργειας και ασφαλή απόθεση μολυσματικών και ραδιενεργών αποβλήτων. Ενδεικτικά αναφέρεται ο στόχος για μείωση της κατανάλωσης της ενέργειας της τάξης του 11- 12%, που έχει θέσει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος θα επιτευχθεί τόσο με ορθολογική διαχείριση των ενεργειακών πόρων, όσο και με σύνδεση όλων των Νοσοκομείων με φυσικό αέριο. Εκτιμάται ότι η επίτευξη του στόχου θα είναι εφικτή προς τα μέσα της Δ' Προγραμματικής Περιόδου (2010).

Μία επιπλέον διάσταση της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων, που αφορά τόσο στην ενέργεια όσο και στην προστασία του περιβάλλοντος, αφορά στη διαχείριση των επικίνδυνων αποβλήτων. Και εδώ απαιτείται ειδική μελέτη των εγκαταστάσεων καύσης των αποβλήτων αυτών στην μονάδα ή αντίστοιχα σε εγκαταστάσεις εκτός μονάδος που παραλαμβάνουν προς αποτέφρωση νοσοκομειακά απόβλητα μεγάλων αστικών κυρίως περιοχών.

Ενδεικτικοί τομείς παρέμβασης αποτελούν:

- ο Ο Ενεργειακός εξορθολογισμός μονάδων υγείας
- ο Η ανάπτυξη Δικτύων διανομής φυσικού αερίου, ηλεκτρισμού και θερμότητας (ΣΗΘ) σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες
- ο Η δημιουργία συνθηκών ασφαλούς απόθεσης μολυσματικών και ραδιενεργών υγειονομικών αποβλήτων

II.2.7 Γενικός Στόχος 2.ζ.: Δια βίου ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι ένας από τους κυριότερους συντελεστές της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό προβλέπεται η προώθηση των στρατηγικών δια βίου εκπαίδευσης αλλά και η επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων, η ανάπτυξη συνεργασιών με εκπαιδευτικούς φορείς του εσωτερικού, αλλά και του εξωτερικού, με εφαρμογή και μεθόδων εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης και η υλοποίηση δράσεων μεταφοράς και διάδοσης τεχνογνωσίας.

Η ικανότητα παροχής υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες (συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων) αποτελεί προτεραιότητα. Στην ίδια κατεύθυνση αναδύεται η ανάγκη κάλυψης νέων ειδικοτήτων, για την αντιμετώπιση κρίσεων και εκτάκτων περιστατικών (φυσικά φαινόμενα, κ.λπ.), την εφαρμογή και χρήση νέων τεχνολογιών, αποκατάσταση ασθενών, καθώς και η ανάγκη για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού. Επιπρόσθετα, απαιτείται η ανάπτυξη μηχανισμών διάχυσης της γνώσης και των ερευνητικών αποτελεσμάτων με σκοπό την αξιοποίησή τους αλλά και η παραγωγή δεικτών και η συγκριτική αξιολόγησή τους με σκοπό τη βελτίωση της διοίκησης, αλλά και των υπηρεσιών του συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Οι επιχειρησιακοί στόχοι του προγράμματος στο τομέα ανάπτυξης του ανθρωπίνου δυναμικού διαμορφώνονται ως εξής:

- ο Κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- ο Πιστοποίηση δεξιοτήτων κατάρτισης
- ο Αναμόρφωση και διεύρυνση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών

II.3 Στρατηγικός Στόχος 3: Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας/e-health

Στόχος είναι η ενδυνάμωση των υποδομών και υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας με σκοπό να μπορέσουν να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες με βάση τις οποίες θα δημιουργηθούν οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας του μέλλοντος, στοχεύοντας στη βελτίωση της καθημερινότητας του Πολίτη κατά τις συναλλαγές του με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

II.3.1 Γενικός Στόχος 3.α.: Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ψηφιακής τεχνολογίας και e- υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Με γνώμονα τον εκσυγχρονισμό του συστήματος με την ολοένα εξελισσόμενη τεχνολογία του τομέα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα προωθήσει τον εκσυγχρονισμό των υφισταμένων και την ανάπτυξη νέων, όπου απαιτούνται, πληροφορικών συστημάτων που θα επιτρέψουν την ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση. Θα εφαρμοστούν τεχνικές ψηφιοποίησης και τηλεϊατρικής, που θα επιτρέψουν εξ αποστάσεως ενημέρωση και παρακολούθηση των ατόμων που χρήζουν περίθαλψης και φροντίδας (e-health). Η αξιοποίηση της γνώσης αιχμής απαιτεί συνεργασία των ερευνητών και των παραγγελιοδοτών της έρευνας, όπως και τη διαρκή κατάρτιση του ανθρωπίνου δυναμικού. Ιδιαίτερα, τα εντός της χώρας παραγόμενα ερευνητικά αποτελέσματα θα επιδιωχθεί να διεισδύουν ταχύτερα στην αγορά και την εφαρμογή.

II.3.1.1 Στρατηγικές Δράσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως φορέας άσκησης κεντρικής πολιτικής

Στόχος των προτεινόμενων παρεμβάσεων είναι η ενδυνάμωση των υποδομών και υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας με σκοπό να μπορέσουν να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες, με βάση τις οποίες θα δημιουργηθούν οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας του μέλλοντος, στοχεύοντας στη βελτίωση της καθημερινότητας του Πολίτη κατά τις συναλλαγές του με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

II.3.1.2 Προώθηση δράσεων ηλεκτρονικής Υγείας: Δημιουργία Νέων Υπηρεσιών Υγείας

Οι παρακάτω προτεινόμενες δράσεις αφορούν στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων των φορέων υγείας προκειμένου να δημιουργηθούν σύγχρονες **υπηρεσίες** ηλεκτρονικής υγείας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**, στην υποστήριξη του πληθυσμού που συνεχώς γηράσκει. Οι δράσεις αυτές θα πρέπει εκτός από το να ενδυναμώσουν την ανταποδοτικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, να μπορέσουν να στηρίξουν την αναδιοργάνωση και μεταρρύθμιση του συστήματος ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις νέες προκλήσεις των συστημάτων υγείας. Ο πληθυσμός καθώς γηράσκει δημιουργεί μια μεγαλύτερη πίεση στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς αυξάνεται το χρονικό διάστημα όπου μεγάλη μερίδα του πληθυσμού θα χρειάζεται προ-νοσοκομειακή φροντίδα, κατ' οίκον υπηρεσίες (**τηλεϊατρική**, τηλε-παρακολούθηση, κλπ ειδικά προς δύσβατες και νησιωτικής περιοχές) και υπηρεσίες αποκατάστασης.

Σε ότι αφορά τις υποδομές ΤΠΕ των νοσοκομείων αυτές θα πρέπει να ολοκληρωθούν στη λογική της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, της **διαλειτουργικότητας** μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων και τη παροχής ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των φορέων υγείας (πληροφοριακά portals, κοινές υπηρεσίες ραντεβού, κοινές δομές διαχείρισης ψηφιακών εικόνων, collocated data centers, αξιοποίηση προτύπων και οντολογιών, κλπ).

II.3.1.3 Δημιουργία του κατάλληλου χώρου αλληλεπίδρασης και καινοτομίας

Οι παρακάτω αναφερόμενες δράσεις αφορούν στη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την ένταξη των μονάδων υγείας στην Κοινωνία της Γνώσης όπου θα καταστεί δυνατή η **ανταλλαγή πληροφοριών και υπηρεσιών** και με φορείς εκτός του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στόχος είναι να αξιοποιηθούν **βέλτιστες πρακτικές** σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο προκειμένου να αναδειχθούν οι δυνατότητες που προσφέρονται από τις νέες τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών, να δοκιμαστούν σε πιλοτική φάση αλλά σε πραγματικές συνθήκες **καινοτόμες τεχνολογικές προσεγγίσεις και επιχειρηματικά σχήματα** στοχεύοντας τόσο στην τόνωση της επιχειρηματικότητας στο τομέα της Υγείας όσο και τη βελτίωση της καθημερινότητας του Πολίτη.

II.4 Στρατηγικός Στόχος 4: Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, Αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και Πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση

Στόχος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η πρόληψη και καταπολέμηση του αποκλεισμού ομάδων του πληθυσμού από τον εργασιακό και κοινωνικό βίο λόγω σύνθετων χρόνιων προβλημάτων υγείας (αναπηρία, ψυχική νόσος, κ.ά), η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον Εθνικό σχεδιασμό και η περαιτέρω προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου ανοιχτής φροντίδας των ΑμεΑ.

II.4.1 Γενικός Στόχος 4.α: Εδραίωση της Μεταρρύθμισης της Ψυχικής Υγείας

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά σημαντικής μεταρρύθμισης του συστήματος. Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και – συχνά – από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην κοινωνική – κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Η στοχοθεσία αξιοποιεί τις πολιτικές προτεραιότητες της κυβέρνησης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, τους στόχους της αναθεωρημένης Στρατηγικής της Λισσαβόνας για την ανάπτυξη και την απασχόληση και τις αρχές της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις κατευθυντήριες γραμμές για τη λειτουργία των Κοινοτικών Διαρθρωτικών Ταμείων, όσο και καλές πρακτικές άλλων Κρατών Μελών της Ένωσης που αναδεικνύονται στο πλαίσιο εφαρμογής της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού. Ταυτόχρονα λαμβάνονται υπ' όψη οι επεξεργασίες διεθνών οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με προσήλωση στο στρατηγικό του στόχο έχει συστήσει Ειδική Γραμματεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Ένταξης η οποία έχει ως προτεραιότητα την προώθηση της μεταρρύθμισης στο τομέα και την εξασφάλιση της κοινωνικής ενσωμάτωσής.

II.4.2 Γενικός Στόχος 4.β: Αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και Πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση

Οι στρατηγικοί στόχοι στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας περιλαμβάνουν:

- ο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων που εξυπηρετούνται σε δομές ιδρυματικής περίθαλψης
- ο την προώθηση των διαδικασιών εργασιακής και κοινωνικής ένταξης ατόμων που εγκαταλείπουν δομές ιδρυματικής περίθαλψης
- ο την πρόληψη του ιδρυματισμού και του στιγματισμού ατόμων με προβλήματα αναπηρίας
- ο την αντιμετώπιση των διακρίσεων, των στερεοτυπικών προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ΑμεΑ και της προάσπισης των κοινωνικών και ατομικών δικαιωμάτων τους

- ο την αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα κοινωνικής φροντίδας και την ενδυνάμωση της εθελοντικής συμμετοχής
- ο τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων και μηχανισμών σχεδιασμού και διανομής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

II.4.3 Γενικός Στόχος 4.γ.: Ανάπτυξη και προώθηση του κοινωνικού εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής Ευθύνης

Σκοπός του εν λόγω Γενικού Στόχου είναι η ανάπτυξη και ενίσχυση των θεσμών κοινωνικού εθελοντισμού του συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Η συνεργασία των κρατικών και των μη κυβερνητικών δομών και η οργάνωση της κοινωνικής προσφοράς, που εκφράζεται με τον εθελοντισμό και την εταιρική κοινωνική ευθύνη, θα επιτρέψει την αποτελεσματικότερη συνέργια τους επωφελέστερα για την κοινωνία. Η κοινωνική αλληλεγγύη θα επικεντρωθεί επίσης και σε ζητήματα πρόληψης και αντιμετώπισης φυσικών και άλλων καταστροφών.

Η εταιρική κοινωνική ευθύνη ορίζεται στην Πράσινη Βίβλο της Ε.Ε. για την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, ως «η οικειοθελής δέσμευση των επιχειρήσεων να ενσωματώσουν στην επιχειρηματική του λειτουργία και πρακτική και στις σχέσεις τους με τους ενδιαφερόμενους για τη δραστηριότητα τους παράγοντες κοινωνικές και περιβαλλοντικές δράσεις».

Η προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης είναι σημαντική και στις τρεις διαστάσεις της:

- ο σε συνάρτηση με το ανθρώπινο δυναμικό μίας επιχείρησης,
- ο την υγεία και ασφάλεια εργαζομένων
- ο σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης: συνεργάτες, πελάτες, προμηθευτές, τοπική κοινωνία, ΜΚΟ, τοπικές αρχές, περιβάλλον.

Για την επίτευξη του στόχου επιβάλλεται η επίτευξη των παρακάτω επιχειρησιακών στόχων :

- ο Κατάρτιση στελεχών ΜΚΟ και ενίσχυση δικτύωσης τους
- ο Η παρακίνηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης και του κοινωνικού εθελοντισμού

Στο πλαίσιο της ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής έχουν περιληφθεί στο «Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2005 – 2008» σχετικές κατευθύνσεις.

II.4.4 Γενικός Στόχος 4.δ.: Κοινωνική Αλληλεγγύη - Προώθηση ισότητας και προστασία ευπαθών ομάδων

Μέσω της λειτουργίας των δομών Κοινωνικής Φροντίδας (Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, Παιδικοί Σταθμοί, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών, Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, κ.λπ.), θα προωθηθεί η πρόσβαση και η συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, λαμβανομένων υπόψη των ιδιαιτεροτήτων και της δομής της ελληνικής οικογένειας. Αυτό γίνεται χάρη στην απεμπλοκή τους από τις αυξημένες κοινωνικές υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν (ανατροφή παιδιών, φροντίδα ηλικιωμένων προσώπων), αλλά και μέσω της συνειδητοποίησης ότι μπορούν να αποκτήσουν απασχόληση και να ενταχθούν στην αγορά εργασίας, ως μισθωτές ή ως αυτοαπασχολούμενες.

Προγράμματα και δομές όπως το Δίκτυο Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων, τα κέντρα δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, οι παιδικοί / βρεφονηπιακοί σταθμοί ολοκληρωμένης φροντίδας και ΑμεΑ, οι Δομές Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, ή υπηρεσίες όπως η γραμμή άμεσης επικοινωνίας του ΕΚΑΚΒ, τα οποία δημιουργήθηκαν σε προηγούμενες περιόδους, πρέπει να ενισχυθούν και να καλύψουν και άλλες ευπαθείς ομάδες, αλλά και το σύνολο της χώρας όπου αυτό αρμόζει (Εθνικό Δίκτυο Δομών Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, Ανάπτυξη Περιφερειακών Γραφείων Υποστηρικτικών Κοινωνικών Υπηρεσιών).

Νέες δομές και δράσεις κοινωνικής φροντίδας και προστασίας της οικογένειας πρέπει να δημιουργηθούν, ιδιαίτερα σε ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές με σκοπό την εξυπηρέτηση των εργαζόμενων γονέων, γυναικών που εξυπηρετούν συγγενικά ηλικιωμένα άτομα, και των μοναχικών ηλικιωμένων ατόμων.

Με την προαναφερθήσα στρατηγική γίνεται προσπάθεια ολοκληρωμένης αντιμετώπισης των προβλημάτων του τομέα όπως αυτά εντοπίζονται στο κεφάλαιο Ι.6 και αποτυπώνονται στο παρακάτω πίνακα συνάφειας.

		Υψηλό κόστος και χαμηλή ανταγωνιστικότητα του συστήματος.	Κατακερματισμένη και ελλιπής Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Ανεπαρκές σύστημα πρόληψης και προστασίας της Δημόσιας Υγείας.	Ανισομερής περιφερειακή κατανομή	Ανάγκη ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Υψηλός αριθμός δομών κλειστής φροντίδας.	Περιορισμένη συνεργασία δημοσίου-ιδιωτικού τομέα και εσωστρέφεια .	Έλλειψη μελετών, δεδομένων και χαρτών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.	Έλλειψη συνεργίας μεταξύ ΥΓΚΑ , ΜΚΟ και ΟΤΑ .	Χαμηλές περιβαλλοντικές επιδόσεις του συστήματος υγείας-.	Χαμηλή παραγωγή καινοτομίας και έλλειψη συστημάτων αξιοποίησης αποτελεσμάτων έρευνας.	Υστέρηση ανθρώπινου δυναμικού.-
Στρατηγικός Στόχος 1	Γενικός Στόχος 1.α		▲								
	Γενικός Στόχος 1.β		▲								
Στρατηγικός Στόχος 2	Γενικός Στόχος 2. α:	▲		▲		▲					
	Γενικός Στόχος 2.β:			▲							
	Γενικός Στόχος 2.γ					▲					
	Γενικός Στόχος 2.δ									▲	
	Γενικός Στόχος 2.ε					▲					
	Γενικός Στόχος 2.στ								▲		
	Γενικός Στόχος 2.ζ										▲
Στρατηγικός Στόχος 3	Γενικός Στόχος 3.α						▲				
	Γενικός Στόχος 3.α.1						▲				
	Γενικός Στόχος 3.α.2						▲				
	Γενικός Στόχος 3.α.3						▲			▲	
Στρατηγικός Στόχος 4	Γενικός Στόχος 4.α				▲						▲
	Γενικός Στόχος 4.β:										
	Γενικός Στόχος 4.γ.:							▲			▲
	Γενικός Στόχος 4.δ.:							▲			▲

ΕΝΟΤΗΤΑ III: Συσχέτιση της Στρατηγικής με Εθνικές και Ευρωπαϊκές Πολιτικές

Η στοχοθεσία και στρατηγική του Προγράμματος Ανάπτυξης του τομέα είναι συμβατή με το πλαίσιο και κατευθύνσεις πολιτικής σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο. Ειδικότερα, ενσωματώνει το μεταρρυθμιστικό προσανατολισμό της πολιτικής που προωθεί η **αναθεωρημένη στρατηγική της Λισσαβόνας**, επιδιώκοντας τον συνεχή και ουσιώδη εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (π.χ.: μέσω της βελτίωσης των υποδομών, διάχυσης της χρήσης ψηφιακών εφαρμογών, κατάρτισης & επιμόρφωσης του προσωπικού, προώθησης ΣΔΙΤ, κλπ.) και την βελτίωση των ποιοτικών χαρακτηριστικών, αλλά και την ποσοτική αύξηση όπου απαιτείται (π.χ. σε νοσηλευτικό προσωπικό), των θέσεων. Η στοχοθεσία και στρατηγική του Προγράμματος Ανάπτυξης του τομέα είναι συμβατή με το πλαίσιο και κατευθύνσεις πολιτικής σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο.

Ειδικότερα, ενσωματώνει το μεταρρυθμιστικό προσανατολισμό της πολιτικής που προωθεί η **αναθεωρημένη στρατηγική της Λισσαβόνας**, επιδιώκοντας τον συνεχή και ουσιώδη εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (π.χ.: μέσω της βελτίωσης των υποδομών, διάχυσης της χρήσης ψηφιακών εφαρμογών, κατάρτισης & επιμόρφωσης του προσωπικού, προώθησης ΣΔΙΤ, κλπ.) και την βελτίωση των ποιοτικών χαρακτηριστικών, αλλά και την ποσοτική αύξηση όπου απαιτείται (π.χ. σε νοσηλευτικό προσωπικό), των θέσεων απασχόλησης στο τομέα. Παράλληλα, συνεργεί στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της εθνικής οικονομίας μέσω των παρεμβάσεων για την ορθολογικοποίηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας που επιδιώκουν ως αποτέλεσμα τόσο την συγκράτηση όσο και βελτίωση της ανταποδοτικότητας των δαπανών.

Η ως ανωτέρω συμβατότητα τεκμηριώνεται με τη συσχέτιση των στρατηγικών και γενικών στόχων του τομέα με τις **Ολοκληρωμένες Κατευθυντήριες Γραμμές για την Ανάπτυξη και την Απασχόληση**, οι οποίες αποτελούν τα κοινοτικά εργαλεία εξειδίκευσης των στόχων της Στρατηγικής της Λισσαβόνας. Συγκεκριμένα, το πλέγμα των στόχων του Προγράμματος Ανάπτυξης του τομέα με βάση το αντικείμενο και το περιεχόμενο τους (δράσεις) παρουσιάζουν συνέπεια με τις ακόλουθες ΟΚΓ (αριθμημένες) :

- ο 2. Διασφάλιση οικονομικής βιωσιμότητας.
- ο 3. Προώθηση αποτελεσματικής κατανομής των πόρων.
- ο 9. Δημιουργία ελκυστικότερου περιβάλλοντος για την επιχειρηματικότητα
- ο 12. Αύξηση και βελτίωση επενδύσεων στον τομέα της Ε&Α.
- ο 13. Διευκόλυνση καινοτομίας υιοθέτησης των ΤΠΕ.
- ο 14. Ενθάρρυνση της βιώσιμης χρησιμοποίησης των πόρων και ενίσχυσης συνεργιών μεταξύ περιβαλλοντικής προστασίας και οικονομικής ανάπτυξης.
- ο 17. Προώθηση προσέγγισης της εργασίας βασιζόμενη στο κύκλο ζωής.
- ο 18. Δημιουργία αγορών εργασίας χωρίς αποκλεισμούς για όσους αναζητούν εργασία και τα μειονεκτούντα άτομα.
- ο 22. Αύξηση και βελτίωση επενδύσεων σε ανθρώπινο δυναμικό.
- ο 23. Προσαρμογή συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης στις νέες ανάγκες σε δεξιότητες.
- ο Παράλληλα, το Πρόγραμμα Ανάπτυξης του τομέα εναρμονίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις **Στρατηγικές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Συνοχή**, οι οποίες περιέχουν συγκεκριμένες προτεραιότητες δράσης για τον εκσυγχρονισμό των εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Με τον τρόπο αυτό οι ΣΚΓΣ συνιστούν δεσμευτικό πλαίσιο αναφοράς κατά την προετοιμασία των Εθνικών Στρατηγικών Πλαισίων Αναφοράς και των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων.

Διαπιστώνεται μεγάλη εννοιολογική συνέπεια μεταξύ των στόχων του τομέα και των στόχων του **Ε.Σ.Π.Α. 2007-2013**, δεδομένης της σχεδόν ταυτόσημης διατύπωσης των στρατηγικών επιδιώξεων στο τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ειδικότερα, ο Γενικός Στόχος 10 του ΕΣΠΑ «Θεμελίωση ενός αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος Υγείας, που θα προσφέρει ποιοτικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες στους πολίτες και θα εστιάζει στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας», καθώς και οι 4 ειδικοί στόχοι που τον αναλύουν λεπτομερέστερα, ενσωματώνονται πλήρως στο πλέγμα στόχων του τομέα όπως παρουσιάζεται στην Ενότητα II του παρόντος κειμένου. Ειδικά σε σχέση με την κοινωνική αλληλεγγύη, συνέπεια μεταξύ στόχων διαπιστώνεται και με τον Γενικό Στόχο 9 του ΕΣΠΑ «Πρώθηση της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης».

ΕΝΟΤΗΤΑ IV:Χρηματοδότηση του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από το ΕΣΠΑ

Για την υλοποίηση της Στρατηγικής 2007-2013 του τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, το ΥΥΚΑ έχει προτείνει τμήμα των επενδύσεων, που απαιτούνται για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων του τομέα για χρηματοδότηση από τα Διαρθρωτικά Ταμεία της ΕΕ στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Περιφερειακής Ανάπτυξης 2007-2013(ΕΣΠΑ). Η αντίστοιχη ενδεικτική συσχέτιση των Γενικών Στόχων του τομέα με τους Γενικούς Στόχους ΕΣΠΑ 2007-2013 δίδεται σε σχετικό Πίνακα που ακολουθεί. Συγκεκριμένα:

Γ.Σ 10 του ΕΣΠΑ « Θεμελίωση ενός αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος υγείας, που θα προσφέρει ποιοτικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες στους πολίτες και θα εστιάζει στην συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας»

Εχουν προταθεί για χρηματοδότηση οι :

Στρατηγικός Στόχος 1: Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

- ο Γενικός Στόχος 1α: Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας
- ο Γενικός Στόχος 1β : Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και προληπτικής ιατρικής

Στρατηγικός Στόχος 2 : Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας

- ο Γενικός Στόχος 2β: Αναβάθμιση των υπηρεσιών υ&κ.α. στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στρατηγικός Στόχος 3: Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας

- ο Γενικός Στόχος 3α: Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ψηφιακής τεχνολογίας και e-υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Στρατηγικός Στόχος 4: Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της ψυχικής υγείας, αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση

- ο Γενικός Στόχος 4 α: Εδραίωση της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία

Γ.Σ 9 του ΕΣΠΑ « Προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης»

Εχει προταθεί για χρηματοδότηση ο :

Στρατηγικός Στόχος 4: Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της ψυχικής υγείας, αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση

- ο Γενικός Στόχος 4β: Αποϊδρυματισμός ΑμεΑ και πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση
- ο Γενικός Στόχος 4γ : Ανάπτυξη και προώθηση του εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης
- ο Γενικός Στόχος 4δ : Κοινωνική Αλληλεγγύη – προώθηση ισότητας και προστασία ευπαθών ομάδων

Οι σχεδιαζόμενες προτεραιότητες που προτείνονται να χρηματοδοτηθούν παρουσιάζονται στη συνέχεια

IV.1 Ανάπτυξη του δικτύου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας.

Οι παρεμβάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορούν στην ανάπτυξη κέντρων υγείας πόλης στα μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα και σε υποβαθμισμένες με χαμηλό βιωτικό επίπεδο περιοχές σε συνέργια με την υλοποίηση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού καθώς και στη βελτίωση εξοπλισμού και συνθηκών φροντίδας των αγροτικών κέντρων υγείας. Περιλαμβάνουν επίσης την ανάπτυξη δικτύου κινητών μονάδων κυρίως για τις νησιωτικές περιοχές και την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στις νέες τεχνολογίες και συνθήκες. Για την υλοποίηση της

μεταρρύθμισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναπτύσσεται συγκεκριμένο επιχειρησιακό πλάνο ενώ καταρτίζεται συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο.

Η αναδιάρθρωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα βασισθεί στην ενδυνάμωση της σχέσης δημοσίου/ιδιωτικού τομέα (υποστήριξη διαδικασιών ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας) και του ρόλου της αυτοδιοίκησης, στην αναθεώρηση του ρόλου των ασφαλιστικών ταμείων, στην αξιολόγηση και στον επαναπροσδιορισμό του ρόλου των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, στην καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας παρακολούθησης του ιατρικού ιστορικού του πληθυσμού, με πιλοτική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων σε νομαρχιακό ή περιφερειακό επίπεδο (ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού).

Στη δημόσια υγεία αναπτύσσεται το δίκτυο δημόσιας υγείας μέσω της ενεργοποίησης των υφιστάμενων δομών (στελέχωση ΠΕΔΥ, άμεση λειτουργία του συντονιστικού κεντρικού εργαστηρίου ΚΕΔΥ, ενεργοποίηση του νέου Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας – ΕΣΥΔΥ, ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας – ΕΚΕΠΥ, αναβάθμιση στη λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας-ΕΚΕΑ), καθώς και της εκπαίδευσης των επαγγελματιών δημόσιας υγείας. Περιλαμβάνεται η ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας (Health monitoring), η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για τον έλεγχο των πυλών εισόδου (διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμός στα διεθνή αεροδρόμια και διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμός επιδημιολογικού φραγμού σε λιμάνια) και η προώθηση προγραμμάτων υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων (εφαρμογή Συστήματος Διαχείρισης Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας). Τμήμα του σχεδιασμού αποτελεί η ανάπτυξη συντονιστικού κέντρου για τον Εθελοντισμό για την ενδυνάμωση της συνέργιας του Δημόσιου και Εθελοντικού τομέα με στοχευμένες δράσεις κατάρτισης και επικοινωνίας στο ΕΣΥ (πρόληψη και προαγωγή, προσφορά υπηρεσιών κ).

Επιπλέον ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- ο Ενίσχυση και αναβάθμιση υφιστάμενων υποδομών δημόσιας υγείας (ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΦΕΤ, ΚΕΔΥ, ΠΕΔΥ, 57 ΔΥΝΑ, ΕΣΔΥ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΚΑΝΑ).
- ο Νέο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (πρώην Σ.Ο.Τ.Υ) – Δημιουργία υποδομών για διαχείριση καταστροφών και μείζονων παραγόντων κινδύνου (Αθήνα – Θεσ/νίκη)
- ο Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικούς πληθυσμούς (π.χ μετανάστες, μαθητές) με εκστρατείες ενημέρωσης. Δημιουργία συστήματος εποπτείας σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων δημόσιας υγείας.
- ο Δημιουργία συστήματος παρακολούθησης της ποιότητας του πόσιμου νερού στην επικράτεια καθώς και εμφιαλωμένων νερών (εγχώριων και εισαγόμενων).

IV.2 Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Περιλαμβάνονται στοχευμένες παρεμβάσεις στις συνθήκες νοσηλείας των μονάδων, στην ανάπτυξη ειδικών μονάδων (MTN, ΜΕΘ, ΜΑΦ), στην εισαγωγή μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας, στη διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων (δημιουργία υποδομών για την ασφαλή συγκέντρωση, μεταφορά και τελική διάθεση μολυσματικών και ραδιενεργών νοσοκομειακών αποβλήτων, στερεά και υγρά), στη διαχείριση ενέργειας, στην συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση (κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε θέματα διασφάλισης της δημόσιας υγείας, ασφάλειας και υγείας στο χώρο εργασίας, κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας αλλά και στη χρήση ΤΠΕ), στη στοχευμένη κάλυψη αναγκών υγείας των τουριστικών περιοχών, στην ανάπτυξη συστήματος/μηχανισμού για την ενσωμάτωση της έρευνας και της καινοτομίας, στην ανάπτυξη συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Επίσης, σχεδιάζεται η κατασκευή-ενίσχυση νοσοκομειακών υποδομών για την άρση περιφερειακών ανισοτήτων και ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην ανάπτυξη του νέου συστήματος προμηθειών, όπου απαιτούνται στοχευμένες δράσεις για την εισαγωγή νέας τεχνολογίας (διοίκησης και υποδομών) ενώ άμεσα προωθείται νομοθετικό πλαίσιο.

Αξιοποιείται το επαρκές ανθρώπινο δυναμικό επαγγελματιών υγείας και οι ιδιωτικές επενδύσεις στον τουρισμό, σχεδιάζονται δράσεις ενίσχυσης και υποστήριξης του ιατρικού τουρισμού και η ανάπτυξη κέντρων τουρισμού υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στην αξιολόγηση της υφιστάμενης νοσοκομειακής υποδομής της χώρας σύμφωνα με τα πληθυσμιακά δεδομένα και το επιδημιολογικό προφίλ σε επίπεδο νομού/περιφέρειας, προκειμένου να υλοποιηθούν οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις (πχ ανάπτυξη νοσοκομείων σε αυστηρά επιλεγμένες περιοχές υψηλής προτεραιότητας, ανάπτυξη νέων τμημάτων και εκσυγχρονισμός υφιστάμενων, μετασχηματισμός μη αναγκαίων παλαιών τμημάτων κλπ). Στο πλαίσιο αυτό προωθούνται επίσης προγράμματα πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στρατηγικής και επιχειρησιακής διοίκησης (σχεδιασμός, υλοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση), εξοικονόμησης ενέργειας στα νοσοκομεία και η ανάπτυξη συστημάτων παραγωγής ενέργειας από ήπιες πηγές (ενεργειακός εξορθολογισμός μονάδων υγείας – δίκτυα διανομής φυσικού αερίου, ηλεκτρισμού και θερμότητας (ΣΗΘ) σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες), καθώς και προγράμματα προστασίας του περιβάλλοντος (μέτρα για την διαχείριση υγρών και στερεών αποβλήτων και προστασία από τους αέριους ρύπους). Ειδικό στόχο αποτελεί επίσης η κατάρτιση, εξειδίκευση και μετεκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.

Επιπλέον ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- ο Λειτουργική και οργανωτική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών των νοσοκομείων και των φορέων κοινωνικής φροντίδας προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη.
- ο Ανάπτυξη εθνικής βάσης κοστολογικών δεδομένων για το σύστημα υγείας.
- ο Ανάπτυξη και προώθηση της τεκμηριωμένης γνώσης (Κέντρα Αναφοράς, Παρατηρητήρια)
- ο Κέντρα Ημέρας – Νοσ. Ημέρας
- ο Ενίσχυση και αναβάθμιση υποδομών ΕΚΑΒ περιφέρειας και Τμημάτων Επείγοντων Περιστατικών.
- ο Ενίσχυση διασυνωριακών κέντρων υγείας και δομών καθώς και της διακρατικής παροχής υπηρεσιών.
- ο Ενίσχυση επιχειρηματικότητας των κοινωνικών συνεταιρισμών και των προστατευμένων παραγωγικών εργαστηρίων.

IV.3 Προώθηση της Πληροφορικής Τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης - Ολοκλήρωση της πολιτικής εισαγωγής ψηφιακής τεχνολογίας.

Στην Γ΄ Προγραμματική Περίοδο, οι παρεμβάσεις των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών επικεντρώθηκαν, κατά κύριο λόγο, στην ανάπτυξη ηλεκτρονικών υποδομών και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας, βασισμένες σε ένα μοντέλο ανάπτυξης περιφερειακής εμβέλειας, «νοσοκομειακό – κεντρικού» χαρακτήρα.

Στα πλαίσια της Ψηφιακής Σύγκλισης, γενική στρατηγική του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποτελεί:

- (1) η μετάβαση σε έναν σύστημα με Ανθρωποκεντρικό Προσανατολισμό και
- (2) η διαχείριση της Πληροφορίας της Υγείας.

Οι ενέργειες και δράσεις της στρατηγικής αυτής θα ενταχθούν σε τέσσερις κύριους άξονες:

(1). Στον εννοιολογικό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει :

(α) την υιοθέτηση και καθολική εφαρμογή (τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό σύστημα υγείας), των ευρωπαϊκών ή/και διεθνώς αποδεκτών προτύπων, τυποποιήσεων, κωδικοποιήσεων, πρωτοκόλλων, ονοματολογιών κ.λ.π. που ισχύουν για δραστηριότητες και διαδικασίες σχετιζόμενες με το Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και

(β) την καθιέρωση του Εθνικού Αριθμού Μητρώου Υγείας.

(2). Στον τεχνολογικό άξονα ο οποίος περιλαμβάνει :

(α) την σύζευξη και συνεργατική λειτουργία των ηλεκτρονικών υποδομών των μονάδων υγείας και κοινωνικής φροντίδας (διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων) ,

(β) την εισαγωγή του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς,

(γ) τη καθιέρωση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας,

(δ) την ανάπτυξη και παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών τηλεϊατρικής και τηλεφροντίδας,

(ε) την ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου δαπανών υγείας,

(ζ) την υλοποίηση υπηρεσιών ηλεκτρονικών προμηθειών στο τομέα υγείας.

(3). Στον σημασιολογικό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει :

(α) το σύνολο των δράσεων και ενεργειών που διασφαλίζουν την νόμιμη, εύρυθμη και αποτελεσματική διαχείριση της Πληροφορίας, όπως η θεσμοθέτηση νομικού πλαισίου για τη δημιουργία και χρήση ιατρικής πληροφορίας,

(β) η συγκρότηση / πιστοποίηση φορέα (ή φορέων) συλλογής και διακίνησης ιατρικής πληροφορίας,

(γ) η παροχή συνδυασμένης πληροφορίας με άλλους εθνικούς τομείς όπως π.χ. το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, κ.α.

(4). Στον αναπτυξιακό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει :

(α) τη τεχνολογική διασύνδεση εθνικών και διεθνών δικτύων υπηρεσιών υγείας,

(β) τη υιοθέτηση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφόρησης και ενημέρωσης,

(γ) την υλοποίηση δράσεων για την κατάρτιση και της αναβάθμισης της γνώσης επιστημόνων και στελεχών υγείας και κοινωνικής φροντίδας (e – learning, e – library, e - health forum), κ.α.

Επιπλέον ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- ο Δημιουργία υποδομών για προγράμματα αισθητηριακής αγωγής ειδικών σχολείων για νήπια και παιδιά με κινητικές αναπηρίες (λογισμικό, εξοπλισμός).
- ο Δημιουργία συστήματος εποπτείας του σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων δημόσιας υγείας και καταγραφής και αρχειοθέτησης των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών

IV.4 Μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης.

Στόχος είναι η κάλυψη της χώρας με υπηρεσίες στην κοινότητα για πρόληψη και αποασυλοποίηση, μέσω της ανάπτυξης κέντρων ψυχικής υγείας, ιατροπαιδαγωγικών κέντρων, κέντρων ημέρας και κινητών μονάδων σε Πρωτοβάθμιο επίπεδο, ψυχιατρικών τμημάτων (παιδών, εφήβων, ενηλίκων) σε δευτεροβάθμιο επίπεδο καθώς και της εκπαίδευσης προσωπικού. Περιλαμβάνεται επίσης η υποστήριξη της επιχειρηματικής δραστηριότητας των κοινωνικών συνεταιρισμών των πρώην χρονίων ασθενών. Η ολοκλήρωση του δικτύου κέντρων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελεί βασική προτεραιότητα.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα αυτό περιλαμβάνει την πλήρη εφαρμογή του Νόμου για την ψυχική υγεία (Ν.2716/99), την κατάλληλη χρησιμοποίηση και πλήρη λειτουργία όλων των δομών που δημιουργήθηκαν σε προηγούμενες περιόδους προγραμματισμού, τη συνέχιση της λειτουργίας των δομών που θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο της περιόδου 2007-2013, των δομών που αποβλέπουν στην εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας και όλων όσων οδηγούν τελικά στην κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης σε κοινοτικές υπηρεσίες.

Ειδικό στόχο αποτελεί επίσης το κλείσιμο όλων των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων έως το 2015 και η θέσπιση σχετικών νομικών διατάξεων για την κατάργηση της νομικής τους υπόστασης, η

διατήρηση του προσωπικού στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών που παραμένουν στα ψυχιατρεία ή που σταδιακά αποασυλοποιούνται, η ενίσχυση πολιτικών ενημέρωσης/ευαισθητοποίησης και η αύξηση των επενδύσεων σε υλικούς και άυλους πόρους.

Ενδεικτικές ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- ο Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση – Πρόληψη της χρονοποίησης νέων περιστατικών – Αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα ΨΥ, που διαβιούν στην κοινότητα (Ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα, θεσμός αναδ. Οικογένειας).
- ο Εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας – Μετασηματισμός Ψυχιατρικών Νοσοκομείων – Ολοκλήρωση της κάλυψης των αναγκών περίθαλψης σε κοινοτικές δομές (ΚΨΥ, ΚΜΨΥ.ΚΗ.).
- ο Οριζόντια-διατομεακά προγράμματα πρόληψης των διαταραχών σε επιλεγμένους πληθυσμούς «υψηλού κινδύνου», προαγωγής της ψυχικής υγείας και συνηγορίας, ενημέρωσης-εκπαίδευσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος και των προκαταλήψεων.
- ο Παρακολούθηση, προτυποποίηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κατάρτιση επαγγελματιών και στελεχών άλλων τομέων.
- ο Διοικητική, λειτουργική και επιστημονική υποστήριξη των ΤΕΨΥ για την προώθηση του θεσμού και τη στήριξη του έργου τους.
- ο Επέκταση ή/και δημιουργία δομών βραχείας φιλοξενίας οικογενειών, που συνοδεύουν άτομα που νοσηλεύονται
- ο Περιορισμένα οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα
- ο Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ
- ο Εξειδικευμένα κέντρα παρέμβασης στην κρίση και την αντιμετώπιση προβλημάτων ακούσιας νοσηλείας (πilotικά)
- ο Ξενώνες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

IV.5 Αποϊδρυματισμός και ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης

Στο πλαίσιο των πολιτικών κοινωνικής ένταξης έμφαση δίδεται στην καταπολέμηση των πολλαπλών διακρίσεων, ειδικότερα εις βάρος των μεταναστριών, των ατόμων με αναπηρία, των γυναικών που ανήκουν σε πολιτισμικές, θρησκευτικές ή εθνικές μειονότητες, καθώς και των γυναικών θυμάτων trafficking. Παράλληλα, οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας πρέπει να εκσυγχρονιστούν με κατεύθυνση τη βελτίωση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της ανταπόκρισής τους στις νέες και συγκεκριμένες ανάγκες των γυναικών. Στόχος αποτελεί η κοινωνική ένταξη και προετοιμασία για την εργασιακή, μέσω υλοποίησης προγραμμάτων αυτόνομης διαβίωσης και η ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης ιδρυματισμού και αξιολόγησης της λειτουργικότητας ατόμων με αναπηρία και υλοποίηση της κάρτας αναπηρίας.

Ενδεικτικές ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

Πρόληψη του ιδρυματισμού και του στιγματισμού ΑμεΑ

- ο Ανάπτυξη Μονάδων Αξιολόγησης της αναπηρίας.
- ο Εφαρμογή των πρωτοκόλλων αξιολόγησης μέσω της καταγραφής των Σωματικών δομών και Λειτουργιών (κατηγορία αναπηρίας).
- ο Κατάρτιση και πιστοποίηση στελεχών προνοιακού και υγειονομικού τομέα.
- ο Κατάρτιση στελεχών για την Εφαρμογή του Διεθνούς Συστήματος Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας για την έκδοση ΚΑΡΤΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.

Ανάπτυξη στρατηγικών αποϊδρυματισμού

- ο Δημιουργία Μονάδων αυτόνομης και ημιαυτόνομης υποστ. διαβίωσης.
- ο Προγράμματα υποστήριξης οικογενειών ατόμων με αναπηρίες.
- ο Ενέργειες νομικής στήριξης και ενδυνάμωσης των δικαιωμάτων ατόμων με αναπηρίες.
- ο Ενίσχυση και εκσυγχρονισμός Μονάδων Ανοικτής Φροντίδας και Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ).
- ο Δημιουργία Μονάδων Αυξημένης Κοινωνικής Φροντίδας (λειτουργία).
- ο Κατάρτιση και πιστοποίηση στελεχών και εθελοντών.
- ο Ενέργειες δημοσιότητας, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

Ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης

- ο Ενίσχυση επιχειρηματικότητας των κοινωνικών συνεταιρισμών και των προστατευόμενων παραγωγικών εργαστηρίων.
- ο Επαγγελματική κατάρτιση για ΑΜΕΑ.
- ο Κατάρτιση και επιμόρφωση στελεχών για δημιουργική απασχόληση και επαγγελματική κατάρτιση ΑΜΕΑ και λοιπών ευπαθών ομάδων.
- ο Ενίσχυση και επέκταση δικτύου κοινωνικών δομών ΑμεΑ, υπερηλίκων, βρεφών κλπ (Εθνικό Δίκτυο Δομών Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ και Ανάπτυξη Περιφερειακών Γραφείων Υποστηρικτών Κοινωνικών Υπηρεσιών).

Κοινωνική ένταξη

- ο Σύστημα διασύνδεσης φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ο Δημιουργία προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης και εκσυγχρονισμός υφιστάμενων δομών (δημόσιων και ιδιωτικών φορέων).
- ο Πρόγραμμα αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης.
- ο Πρόγραμμα υποδοχής, φιλοξενίας και ενσωμάτωσης προσφύγων.
- ο Ενέργειες δημοσιότητας, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού – άρση στίγματος και πρόληψη κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων.
- ο Ενημερωτικές παρεμβάσεις παρακίνησης του εθελοντισμού.
- ο Κατάρτιση στελεχών ΜΚΟ, Πιστ. Δεξιοτήτων και γνώσεων εθελοντών και ενίσχυση δικτύωσης τους.
- ο Ανάπτυξη προγράμματος δικτύωσης ΜΚΟ και προγραμμάτων εθελοντισμού.
- ο Επιμόρφωση στελεχών για δημιουργική απασχόληση και επαγγελματική κατάρτιση ΑμεΑ.
- ο Συνέχιση της στήριξης των δράσεων εμπλουτισμού των προγραμμάτων σπουδών και του εξοπλισμού εκαπιδευτικού υλικού, της επιμόρφωσης των ΑμεΑ και των εκπαιδευτών τους, της δια βίου εκπαίδευσης, της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, ώστε να υποστηριχθεί η αποτελεσματικότερη ένταξη τους στο εκπαιδευτικό σύστημα, στην κοινωνική ζωή και στο εργατικό δυναμικό. Ανάπτυξη εργαστηρίων εκπαίδευσης με χρήση ειδικού λογισμικού (π.χ ΚΕΑΤ).

Άλλες Κοινωνικές Υποδομές Πρόνοιας

- ο Ανάπτυξη δομών ανοικτής/αυξημένης φροντίδας κοιν. ομάδων.
- ο Δημιουργία δομών ημιαυτόνομης διαβίωσης και κοινοτικών ή διαδημοτικών δικτύων.
- ο Κέντρα αποκατάστασης ΜΚΕΑ
- ο Επέκταση ή/και δημιουργία δομών βραχείας φιλοξενίας οικογενειών, που συνοδεύουν άτομα που νοσηλεύονται.

ΕΣΠΑ 2007-2013

Στρατηγικοί Στόχοι Υγείας (Οράματα)	Γενικοί Στόχοι Υγείας	Γενικός στόχος 10 : Θμελίωση ενός αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος Υγείας, που θα προσφέρει ποιοτικές και εξοικονομημένες υπηρεσίες στους πολίτες και θα εστιάζει στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας.				Γενικός στόχος 9 : Προώθηση της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης. Στόχος είναι η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων στην αγορά εργασίας και πρόληψη των φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.			Γενικός στόχος 11: Η ανάδειξη του οικονομικού, κοινωνικού και αναπτυξιακού χαρακτήρα των θεμάτων ισοτιμίας των φύλων, με την άμεση ανάθεση τους με τις κυρίαρχες εθνικές πολιτικές προτεραιότητες (ανάπτυξη - απασχόληση - κοινωνική συνοχή).	Γενικός στόχος 12 : Η βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων πολιτικών και η αποτελεσματική εφαρμογή τους για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των πολιτών και τη διεκδίκηση της επιχειρηματικής δράσης.			Γενικός στόχος 14 : Ο ασφαλής ενεργειακός εφοδιασμός της χώρας με γνώμονα την αειφορία	Γενικός στόχος 5 : Η ενίσχυση της Έρευνας, Τεχνολογίας και η προώθηση της Καινοτομίας σε όλους τους κλάδους ως βασικό παράγοντα αναδιάρθρωσης της ελληνικής οικονομίας και μετάβασης στην οικονομία της γνώσης.			Γενικός στόχος 3: Η διαφοροποίηση του τουριστικού προϊόντος της χώρας.	
		Ανάπτυξη του δικτύου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας.	Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	Προώθηση της Τεχνολογίας και των e υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης - Ολοκλήρωση της πολιτικής εσωτερικής ψηφιακής τεχνολογίας.	Μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης.	Πρόληψη και αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων	Ανάπτυξη της Κοινωνικής Οικονομίας και της επιχειρηματικής δραστηριότητας ευάλωτων κοινωνικά ομάδων	Ενίσχυση των μηχανισμών για το αυτονόμο, παρακαλούμε, αξιολόγηση των πολιτικών κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής προστασίας		Στη βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων πολιτικών και την ενίσχυση της ανοχής διακρίσης	Στην ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού της δημόσιας διοίκησης	Δημιουργία μηχανισμών υποστήριξης της εφαρμογής		«Μείωση της εδάφησης της χώρας από το πέριπλο, με τρόπο φιλικό προς το περιβάλλον	«Παροχή νέας γνώσης σε τομείς προτεραιότητας που ενδιαιρούν τον παραγωγικό ιστό της χώρας και υπηρετούν ασυκλήμενες πολιτικές σε διάφορους τομείς	Μεταρρύθμιση της γνώσης σε καινοτομικά προϊόντα, διαδικασίες και υπηρεσίες και η υποστήριξη της μεταφοράς τεχνολογίας - τεχνολογίας προς τις επιχειρήσεις και ειδικότερα τις ΜΜΕ		Οριζόντια δράση για το ανθρωπινό δυναμικό στον τομέα της έρευνας, τεχνολογίας, καινοτομίας
Στρατηγικός Στόχος 1: Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Γενικός Στόχος 1.α.: Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας	▲																
	Γενικός Στόχος 1.β.: Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας περιβαλμής και προληπτικής ιατρικής	▲																
Στρατηγικός Στόχος 2: Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Γενικός Στόχος 2. α: Οικονομική Εξυγίανση του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης										▲							
	Γενικός Στόχος 2.β: Αναβάθμιση των υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας		▲															
	Γενικός Στόχος 2.γ: Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας																	▲
	Γενικός Στόχος 2.δ: Ενίσχυση της εκπαίδευσης και της προαγωγής της έρευνας και της καινοτομίας στο τομέα Υ&ΚΑ													▲	▲			
	Γενικός Στόχος 2.ε.: Επιτεύξη Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα																	
	Γενικός Στόχος 2.στ: Βελτίωση της Περιβαλλοντική επίδοση του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης													▲				
	Γενικός Στόχος 2.ζ.: Δια βίου ανάπτυξη του Ανθρώπινου δυναμικού του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης											▲						
Στρατηγικός Στόχος 3: Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας/e-health	Γενικός Στόχος 3.α.: Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ψηφιακής τεχνολογίας και e- υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης			▲														
	Στρατηγικές Δράσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως φορέας άσκησης κεντρικής πολιτικής			▲														
	Προώθηση δράσεων ηλεκτρονικής Υγείας: Δημιουργία Νέων Υπηρεσιών Υγείας			▲														
	Δημιουργία του κατάλληλου χώρου αλληλεπίδρασης και καινοτομίας			▲														
Στρατηγικός Στόχος 4: Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. Αποϊδρυματισμός ΑμΕΑ και Πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση	Γενικός Στόχος 4.α: Εδραίωση της Μεταρρύθμισης της Ψυχικής Υγείας				▲													
	Γενικός Στόχος 4.β: Αποϊδρυματισμός ΑμΕΑ και Πολιτικές προώθησης στην αυτόνομη διαβίωση					▲												
	Γενικός Στόχος 4.γ.: Ανάπτυξη και προώθηση του θελονομού και της εταιρικής κοινωνικής Ευθύνης											▲						
	Γενικός Στόχος 4.δ.: Κοινωνική Αλληλεγγύη - Προώθηση ισότητας και προστασία ευπαθών ομάδων												▲					

ΕΝΟΤΗΤΑ V: Διατάξεις Εφαρμογής

Για την επιτυχή εφαρμογή του παραπάνω προτεινόμενου Εθνικού Στρατηγικού Σχεδιασμού για την υγεία περιόδου 2007 – 2013 θα συσταθούν οι κάτωθι μηχανισμοί εφαρμογής:

Συστήνεται **Διυπουργική Επιτροπή** για το συντονισμό της πολιτικής Υγείας, στην οποία προεδρεύει ο Γενικός Γραμματέας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης του ΥΠΥΚΑ και συμμετέχουν οι Γενικοί ή Ειδικοί Γραμματείς των Υπουργείων Οικονομίας και Οικονομικών (αναφορικά με παρεμβάσεις των ΠΕΠ και του ΕΠ Ψηφιακή Σύγκλιση), Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Η Διυπουργική Επιτροπή συνιστά το πολιτικό όργανο που θα παρακολουθεί και θα συντονίζει την εφαρμογή της στρατηγικής υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2007-2013 ή της *Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία*; και θα είναι αρμόδια για τη διασφάλιση του συντονισμού δράσεων με συγχρηματοδότηση από το ΕΤΠΑ και το ΕΚΤ.

Υποστηρίζεται από **Τεχνική Γραμματεία**, στα πλαίσια της υφιστάμενης ΕΥΔ ΕΠ Υγεία Πρόνοια η οποία μετασχηματίζεται σε **Αρχή Συντονισμού**. Ενισχύεται δε ώστε να ανταποκριθεί στη παρακολούθηση / συνέργια των επενδύσεων των διαρθρωτικών ταμείων στα ΕΠ και στα ΠΕΠ ώστε να παραχθεί ολοκληρωμένο αποτέλεσμα σύμφωνα με την στρατηγική και τους στόχους του τομέα και τις κατευθύνσεις της διυπουργικής επιτροπής.

Στο ίδιο πλαίσιο προτείνεται η σύσταση ομάδας κρούσης (TASK FORCE) η οποία θα αποτελέσει την μετεξέλιξη της μονάδας στρατηγικής και πολιτικών υγείας.