

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ»  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ & ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ»

**Η οργάνωση και λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας του  
Πυροσβεστικού Σώματος Ελλάδας**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αναγνώστου Κωνσταντίνος του Αστερίου

Αθήνα, 2017

Τριμελής Επιτροπή

Μπέσιλα - Βήκα Ευρυδίκη, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπουσα)

Κέφης Βασίλειος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Ρομπόκου – Καραγιάννη Αγλαΐα, Ομότιμη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Copyright © Αναγνώστου Κωνσταντίνος, 2017

All rights reserved.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*Η εργασία αυτή αφιερώνεται,  
σε όλο το προσωπικό του Πυροσβεστικού Σώματος  
Ελλάδος που με θάρρος, ψυχραιμία και αυταπάρνηση,  
ρискάρει καθημερινά τη ζωή του στα πιο απρόβλεπτα  
συμβάντα.*

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία έγινε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοικητική Επιστήμη & Δημόσιο Μάνατζμεντ» του Τμήματος Δημόσιας Διοίκησης του Παντείου Πανεπιστημίου.

Αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας κυρία Μπέσιλα - Βήκα Ευρυδίκη, Καθηγήτρια του Παντείου Πανεπιστημίου, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και τη συνεχή καθοδήγησή της.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του 251- Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας και ιδιαίτερα την Σμήναρχο (ΥΝ) Χρυσούλα Κάρλου – Επόπτρια Χειρουργείου & Ειδικών Τμημάτων και την Αντισμήναρχο (ΥΙ) Σιφνιώτη Αικατερίνη, Ειδική Ιατρό Εργασίας, για το χρόνο που αφιέρωσαν ώστε να με καθοδηγήσουν και να με διαφωτίσουν με τις γνώσεις και την εμπειρία τους.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω επίσης στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ε.Κ.Π.Α. και συγκεκριμένα στην Επιστημονική Συνεργάτιδα Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, κυρία Σίσκου Όλγα και την προπτυχιακή φοιτήτρια Νικολοπούλου Η. Νικολέτα, οι οποίες με βοήθησαν με τις επιστημονικές τους γνώσεις και μου παρείχαν άφθονο βιβλιογραφικό υλικό.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και ιδιαίτερα την επιστημονική συνεργάτη του Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, κυρία Ξυδέα - Κικεμένη Αναστασία για την πολύτιμη βοήθειά της πάνω σε θέματα υγείας της εργασίας.

Το ίδιο θερμά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διευθυντή της Υγειονομικής Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος, Αρχιπύραρχο (ΥΙ) Απόστολο Σταμάτη για την καθοδήγηση και όλες τις διευκολύνσεις που μου παρείχε.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για τη συμπαράσταση και την ενθάρρυνση σε όλη αυτή την προσπάθεια.

## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη .....	5
Abstract .....	7
Εισαγωγή .....	8
<b>Ιστορική Αναδρομή</b> .....	10
<b>Η δημιουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Π.Σ.</b> .....	16
Η Υγειονομική Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος σήμερα .....	19
Η σημασία της υγείας και ασφάλειας του προσωπικού.....	24
<b>Η υγεία και ασφάλεια στο Πυροσβεστικό Σώμα</b> .....	26
Έλεγχος μηχανολογικού εξοπλισμού και εγκαταστάσεων.....	27
<b>Το εργασιακό άγχος των πυροσβεστών</b> .....	28
<b>Υπερεργασία και επαρκής ξεκούραση των πυροσβεστικών υπαλλήλων</b> .....	31
<b>Βασικές εργοδοτικές υποχρεώσεις με βάση το σύγχρονο νομικό πλαίσιο</b> .....	35
Κατάρτιση και εκπόνηση σχεδίων πρόληψης αναφορικά με την υγεία του πυροσβεστικού προσωπικού .....	41
<b>Διαδικασίες υγειονομικών εξετάσεων</b> .....	42
<b>Διαδικασίες αθλητικών εξετάσεων</b> .....	49
Κατάρτιση προτύπων επιχειρησιακών διαδικασιών υγειονομικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των διαφόρων επιχειρήσεων των πυροσβεστών .....	53
Σύστημα αρχειοθέτησης στατιστικών στοιχείων για κάθε πυροσβεστικό υπάλληλο .	62
<b>Μέτρηση του επιπέδου υγείας</b> .....	64
<b>Μέτρηση του κόστους ασθένειας</b> .....	67
Ο εκπαιδευτικός ρόλος της Υγειονομικής Υπηρεσίας .....	69
Ολοκληρωμένη υγειονομική κάλυψη των πυροσβεστικών υπαλλήλων καθώς και η μέγιστη εξοικονόμηση και εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων, σε αντιστοιχία με το μέγιστο δυνατό ωφέλιμο αποτέλεσμα.....	72
<b>Ο σκοπός οργάνωσης της Υγειονομικής Υπηρεσίας</b> .....	75
<b>Η στελέχωση της Υγειονομικής Υπηρεσίας</b> .....	78
<b>Εξόπλιση της υγειονομικής υπηρεσίας</b> .....	83
Συμπεράσματα .....	85
Πηγές - Βιβλιογραφία .....	91

## Περίληψη

Η Υγειονομική Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος (ΥΓ.Υ.Π.Σ.) αποτελεί βασικό παράγοντα υποστήριξης του πυροσβεστικού προσωπικού κατά τη διάρκεια εκπλήρωσης της αποστολής του κάτω από τις πλέον επικίνδυνες συνθήκες. Επιπλέον, η συνδρομή της υγειονομικής υπηρεσίας, είναι αναγκαία για την πρόληψη αλλά και αποκατάσταση των διαφόρων προβλημάτων υγείας ενός πυροσβεστικού υπαλλήλου, κατά τη διάρκεια όλου του εργασιακού του βίου.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να μελετήσει τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της υγειονομικής υπηρεσίας και πως επιτυγχάνεται η εκπλήρωση του σκοπού της. Μέσω της σύγκρισης με άλλες υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και λαμβάνοντας υπόψη την επιτυχία της μέχρι τώρα δράσης της θα αναζητηθούν προτάσεις για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία της έτσι ώστε να:

- 1) Υπάρξει μια ολιστική θεώρηση των υφιστάμενων υπηρεσιών διαγνωστικού ελέγχου και μια συνολική αναβάθμιση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.
- 2) Επιτευχθεί ευελιξία στην κατάρτιση και εκπόνηση σχεδίων πρόληψης αναφορικά με την υγεία του πυροσβεστικού προσωπικού
- 3) Εδραιωθεί αντίστοιχη ευελιξία στην κατάρτιση προτύπων επιχειρησιακών διαδικασιών επέμβασης/συνδρομής κατά τη διάρκεια των διαφόρων επιχειρήσεων των πυροσβεστών
- 4) Επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη και πιο ολοκληρωμένη υγειονομική κάλυψη των πυροσβεστικών υπαλλήλων κατά τη διάρκεια μιας επιχείρησης καθώς και η μέγιστη εξοικονόμηση και εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων, σε αντιστοιχία με το μέγιστο δυνατό ωφέλιμο αποτέλεσμα.
- 5) Αναπτυχθεί ένα σύστημα αρχειοθέτησης στατιστικών στοιχείων για κάθε πυροσβεστικό υπάλληλο, ώστε να μπορούν να τεκμηριωθούν οι αλλαγές στην υγιεινή του κατάσταση κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να εξαχθούν γενικά συμπεράσματα για την επίδραση του πυροσβεστικού επαγγέλματος στην υγεία των υπαλλήλων και στη μελλοντική τους κατάσταση όταν αποστρατευθούν.

Προκειμένου να απαντηθούν τα συγκεκριμένα ερωτήματα, έγινε μελέτη της υφιστάμενης νομοθεσίας και του πλαισίου που αυτή καθορίζει, σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία της ΥΓ.Υ.Π.Σ..

Επιπλέον, μελετήθηκαν με βάση τα αρχεία και έγγραφα της υγειονομικής υπηρεσίας, οι αδυναμίες αλλά και τα πλεονεκτήματα του παρόντος τρόπου λειτουργίας.

Ακόμα έγινε σύγκριση με τον τρόπο λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων οργανισμών (π.χ. στρατού, αστυνομίας) ώστε να αναζητηθούν ελαττώματα και προτερήματα αλλά και τρόποι μεταφοράς εμπειρίας και τεχνογνωσίας.

## Abstract

The Fire Brigade Health Service is a key contributor to firefighting personnel while fulfilling their mission under the most dangerous conditions. In addition, the assistance of the health service is necessary to prevent and remedy the various health problems of a fire brigade employee throughout his or her working life.

The purpose of this work is to study the way in which the health service is organized and operated and how its purpose is achieved. By comparing it with other health services and taking into account the success of its action so far, proposals will be sought for its better organization and operation so that:

1) There is a holistic view of existing diagnostic services and a comprehensive upgrade of the health services provided.

2) Provide flexibility in the training and preparation of prevention plans for the health of firefighters

3) Provide equivalent flexibility in the development of operational procedures for intervention / assistance during the various operations of firefighters

4) Effective and more comprehensive health coverage of firefighters during a business is achieved, as well as the maximum savings and exploitation of the available resources, corresponding to the maximum possible beneficial effect.

5) Develop a statistical archiving system for each fire brigade employee so that he can substantiate changes in his / her health status during his / her career. In this way, general conclusions can be drawn for the effect of the fire brigade on the health of employees and on their future status when they are disband.

In order to answer the specific questions, a study of the existing legislation and of the framework it establishes, concerning the organization and operation of the Fire Brigade Health Service, was carried out.

In addition, based on the records and documents of the health service, the weaknesses as well as the advantages of this mode of operation were studied.

It has also been compared with the way the health services of other organizations (eg army, police) function to look for defects and assets, but also ways of transferring experience and know-how.



## Εισαγωγή

Οι παραγωγικές μονάδες μπορούν να ταξινομηθούν με διάφορα κριτήρια όπως η νομική φύση, το οικονομικό μέγεθος, ο τομέας δραστηριότητας και απασχόλησης αλλά και από την άποψη της συμμετοχής των παραγωγικών συντελεστών. Σε μια απλουστευμένη έκφραση οι συντελεστές θα μπορούσαν να διαχωριστούν στο άψυχο και έμψυχο δυναμικό. Κατά την επιστημονική ορολογία όμως ο διαχωρισμός αυτός αναφέρεται ως κεφάλαιο και εργασία. Όταν λοιπόν μια παραγωγική μονάδα, ένας οργανισμός, για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα βασίζεται περισσότερο στο κεφάλαιο ταξινομείται ως εντάσεως κεφαλαίου. Αντίθετα, όταν κυρίαρχο ρόλο στην παραγωγή αποτελέσματος είναι το ανθρώπινο δυναμικό τότε ταξινομείται ως εντάσεως εργασίας. Το παραγόμενο προϊόν μπορεί φυσικά να είναι είτε κάποιο υλικό αγαθό είτε όμως και η παροχή κάποιας υπηρεσίας.<sup>1</sup>

Από την άποψη αυτή το Πυροσβεστικό Σώμα Ελλάδος, παρά τον πανάκριβο εξοπλισμό που διαθέτει, αναμφίβολα ταξινομείται ως ένας Δημόσιος Οργανισμός εντάσεως εργασίας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προς τους πολίτες απαιτούν συνεχώς την εγρήγορση του προσωπικού, τη λήψη πρωτοβουλιών, την επίδειξη θάρρους, ψυχραιμίας και αυταπάρνησης των υπαλλήλων. Επομένως για την ομαλή λειτουργία του και τη διαρκή αναβάθμισή του απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στον τομέα της διαχείρισης και διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού.

Ως διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού (Δ.Α.Δ.) ενός οργανισμού συνήθως εννοείται η διαχείριση του συνόλου των εργαζομένων ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του.<sup>2</sup> Άρα όλοι οι επιφορτισμένοι με διοικητικά καθήκοντα υπάλληλοι, στην περίπτωση του Πυροσβεστικού Σώματος οι αξιωματικοί και κάποιοι υπαξιωματικοί, οφείλουν να συμμετέχουν στις διαδικασίες Δ.Α.Δ.. Κάτι τέτοιο δεν μπορεί να αποφευχθεί αφού για να μπορέσουν να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους υποχρεωτικά πρέπει να εμπιστευθούν και να βασιστούν στο κατώτερο προσωπικό. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν ένα σημαντικό αριθμό προκλήσεων λόγω τεχνολογικής ανάπτυξης, εισαγωγής νέων κυβερνητικών κανονισμών, αλλαγής των εργασιακών

---

<sup>1</sup> Βιομηχανική Παραγωγή και Ενέργεια, Γ' Γενικού Λυκείου, Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών και Εκδόσεων Διόφαντος, 2009, παράγραφος 1.7

<sup>2</sup> Collings, D. G., & Wood, G. (2009). Human resource management: A critical approach. In D. G. Collings & G. Wood (Eds.), Human resource management: A critical approach (pp. 1-16). London: Routledge

σχέσεων αλλά και του οικονομικού στραγγαλισμού μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης.

Στη σύγχρονη εποχή διακρίνονται 5 κύριες λειτουργίες αναφορικά με τη Δ.Α.Δ. οι οποίες είναι:<sup>3</sup>

- Η στελέχωση του οργανισμού
- Η εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού
- Το σύστημα αμοιβών
- Η υγεία και ασφάλεια
- Οι εργασιακές σχέσεις

Είναι αξιοσημείωτο ότι ακόμα και στην πολύ πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία αλλά ιδιαίτερα προγενέστερα των 15 ετών και ειδικά στην ελληνική, ο τομέας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων δεν αναφερόταν καθόλου ακόμα και στα πιο ογκωδέστατα και αναλυτικά βιβλία. Δεδομένου ότι η παλαιότερη αναφορά σε επαγγελματικά νοσήματα αποδίδεται στον «Παράκελσο» (Theophrastus Bombastus von Hohenheim) λίγο μετά το 1500μ.Χ. θα μπορούσε αβίαστα να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων έχει καθυστερήσει πάρα πολύ να ληφθεί υπόψη. Το συμπέρασμα δεν διαφοροποιείται στο ελάχιστο ακόμα και αν θεωρηθεί ως σημείο έναρξης της ιατρικής της εργασίας το βιβλίο του Ιταλού Bernardino Ramazzini με τίτλο «De Morbis Artificum Diatriba» που εκδόθηκε το 1700.

Από την άλλη, οι παροχές για υγειονομική περίθαλψη αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της έμμεσης χρηματικής αμοιβής προς τους εργαζόμενους σήμερα, γεγονός που κάνει τους υπεύθυνους Δ.Α.Δ. στις μεγάλες πολυεθνικές επιχειρήσεις να προβληματίζονται όλο και περισσότερο. Ήδη εταιρίες όπως η Toyota, η Nissan, η Harrah's Entertainment και η Walt Disney Parks and Resorts Group έχουν ξεκινήσει να προσφέρουν εσωτερικού τύπου υγειονομική περίθαλψη στο προσωπικό, συγκροτώντας ουσιαστικά τη δική τους υγειονομική υπηρεσία. Με τον τρόπο αυτό όχι μόνο μειώνουν το κόστος αλλά αναβαθμίζουν και το ηθικό του προσωπικού με μια επιπλέον παροχή. Η εξοικονόμηση χρημάτων εκτιμάται ότι ξεκινά από 5% και

---

<sup>3</sup> Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, Mondy R. Wayne, Mondy Jundy-Bandy, 11<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Τζιόλα, 2017, σελ.7

φθάνει έως και το 20%.<sup>4</sup> Υπό αυτό το πρίσμα το Πυροσβεστικό Σώμα ήδη πρωτοπορεί.

Μέσα από την παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια μελέτης του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Πυροσβεστικού Σώματος έτσι ώστε ο συγκεκριμένος οργανισμός να είναι πρωτοπόρος και όχι ουραγός στις εξελίξεις πάνω σε θέματα Δ.Α.Δ.. Ως θετικό σημείο μπορεί να χαρακτηριστεί το γεγονός ότι ήδη η συγκεκριμένη υπηρεσία υφίσταται και λειτουργεί, οπότε δεν πρόκειται για ξένο και άγνωστο αντικείμενο. Από την άλλη υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης και αναβάθμισής της, με σκοπό την καλύτερη υποστήριξη των υπαλλήλων του Πυροσβεστικού Σώματος και την αύξηση της παραγωγικότητάς τους.

## **Ιστορική Αναδρομή**

Μελετώντας την ανθρώπινη ιστορία θα διαπιστώσει κανείς αρκετές καταστρεπτικές πυρκαγιές που ενδεχομένως να μην λάμβαναν μεγάλη έκταση αν υπήρχαν καλά οργανωμένες, με μέσα και εξοπλισμό, πυροσβεστικές υπηρεσίες. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η φωτιά ανέκαθεν ήταν το πλέον ωφέλιμο αγαθό για τον άνθρωπο όταν αυτός την εξουσίαζε και το πλέον καταστροφικό όταν ξέφευγε από τον έλεγχό του. Αυτό άλλωστε αποτυπώνεται ακόμα και σε λαϊκές παροιμίες.<sup>5</sup> Βέβαια από πολύ παλιά οι οργανωμένες ανθρώπινες κοινωνίες προσπαθούσαν να πάρουν τόσο προληπτικά όσο και κατασταλτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των καταστροφικών πυρκαγιών.

Στο ελληνικό κράτος η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για την αντιμετώπιση των πυρκαγιών έγινε με το βασιλικό διάταγμα υπ. αριθ. 17 που εκδόθηκε στις 4-5-1833, με το οποίο η αρμοδιότητα και η ευθύνη για τη λήψη μέτρων οργάνωσης της πυρασφάλειας της χώρας, μετά την ανακήρυξη της ανεξαρτησίας της, ανατέθηκε στους Νομάρχες. Κατά το διάταγμα αυτό οι νομάρχες μπορούσαν να κατεδαφίζουν καιόμενα κτήρια, να διενεργούν ελέγχους πυρασφάλειας αλλά και να επιτηρούν τη χρήση της πυρίτιδας, των πυροβόλων όπλων και άλλων εύφλεκτων υλικών

---

<sup>4</sup> Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Mondy R. Wayne, Mondy Jundy-Bandy, 11<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Τζιόλα, 2017, σελ.495-502

<sup>5</sup> «Η φωτιά είναι ο καλύτερος δούλος και ο χειρότερος αφέντης», κινέζικη παροιμία

προκειμένου να προστατεύουν τους πολίτες από τον κίνδυνο της πυρκαγιάς.<sup>6</sup> Επιπλέον οι νομάρχες διέτασαν προληπτικά μέτρα, ήταν υπεύθυνοι ώστε οι Δήμοι να προμηθευτούν τα απαραίτητα κατασβεστικά μέσα, βοηθούσαν τους πυρόπληκτους πολίτες αλλά και ανταμείβανε όσους βοήθησαν στη διάσωση ατόμων ή στην κατάσβεση των πυρκαγιών.<sup>7</sup>

Φυσικά οι Δήμοι μπορούσαν να εκδίδουν συμπληρωματικές αποφάσεις με τις οποίες καθόριζαν και τις αρμοδιότητες των Αστυνομικών Αρχών σε περιπτώσεις που χρειαζότανε να επέμβουν για την αντιμετώπιση μιας πυρκαγιάς. Έτσι οι Δήμοι ήταν αυτοί που διέθεταν τα αναγκαία μέσα αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό, τους ειρηνοφύλακες, οι οποίοι επιστράτευαν τους πλησιέστερους στην πυρκαγιά πολίτες για την κατάσβεσή της. Ωστόσο είναι αναμενόμενο ότι τα προβλήματα σχετικά με την πυροπροστασία παρέμεναν ουσιαστικά άλυτα αφού η αντιμετώπισή τους γινότανε από ανεκπαιδευτους και άπειρους πολίτες που είχαν επιστρατευθεί αναγκαστικά.

Σημείο καμπής στην πυροπροστασία της Ελλάδας υπήρξε η καταστροφή του αρχοντικού της Δούκισσας της Πλακεντίας στην Αττική. Το γεγονός αυτό απασχόλησε τους αριστοκρατικούς κύκλους της εποχής και σε συνδυασμό με την εμφάνιση και άλλων καταστροφικών πυρκαγιών εκείνο το χρονικό διάστημα, ο τότε υπουργός των Στρατιωτικών, Δημήτριος Καλλέργης, αποφάσισε τη συγκρότηση ειδικού στρατιωτικού τμήματος με αποκλειστικά πυροσβεστική αποστολή. Έτσι, στις 28 Οκτωβρίου 1854 υπέβαλε στο βασιλιά Όθωνα την ιστορική για τα πυροσβεστικά χρονικά έκθεση, «Περί σχηματισμού Λόχου Πυροσβεστών». Ο λόχος πυροσβεστών αντικαταστάθηκε στις 17 Ιουλίου 1861 από τη «Διλοχία Σκαπανέων και Πυροσβεστών» η οποία εγκαταστάθηκε στα κτίρια της οδού Μουρούζη όπου βρίσκεται σήμερα ο πρώτος πυροσβεστικός σταθμός Αθηνών και το αρχηγείο του Πυροσβεστικού Σώματος.

Όμως την παραμονή των Χριστουγέννων του 1909, εξερράγη μεγάλη πυρκαγιά στα Παλαιά Ανάκτορα, όπου διέμενε ο βασιλιάς Γεώργιος Α'. Το συμβάν αυτό προβλημάτισε σοβαρά τους αρμοδίους, που κατέληξαν στην απόφαση να συγκροτήσουν ανεξάρτητη πυροσβεστική υπηρεσία, από εθελοντές μόνιμους άνδρες

---

<sup>6</sup> Διάταγμα 17 / 4-5-1883, άρθρο 11 παρ.30: «επαγρυπνεί εις το να προφυλάττωνται οι διοικούμενοι από τας πυρκαϊάς, επ' αυτώ τούτω θέλει κατεδαφίζει οικοδομήματα υποκείμενα εις πυρκαϊάς, θέλει ενεργή πυρασφαλιστικές εξετάσεις και θέλει επιτηρή εις την χρήσιν του πυρός, των πυροβόλων, της πυρίτιδος και άλλων καυσίμων.»

<sup>7</sup> Διάταγμα 17 / 4-5-1883, άρθρο 11 παρ.31 και 32

που θα αμείβονταν μάλιστα πλουσιοπάροχα. Με το νόμο ΓΧΞΖ (3667) της 6 Απριλίου 1910 η Διλοχία Σκαπανέων και Πυροσβεστών καταργείται και τη θέση της παίρνει η «Πυροσβεστική Μοίρα» η οποία και πάλι αποτελούσε ένα στρατιωτικού τύπου σχήμα με εθελοντές τριετούς θητείας. Η Πυροσβεστική Μοίρα μετονομάστηκε το 1914 σε «Λόχο Πυροσβεστών» χωρίς ωστόσο να υπάρξει κάποια άλλη ουσιαστική αλλαγή. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο ότι στις περισσότερες ελληνικές πόλεις το πυροσβεστικό έργο διεκπεραιωνόταν από δημοτικές πυροσβεστικές υπηρεσίες με ιδιαίτερα απογοητευτικά αποτελέσματα.

Τελικά με διάταγμα στις 26 Απριλίου 1926, ο Λόχος Πυροσβεστών διαλύεται και ιδρύεται το «Πυροσβεστικό Σώμα», το οποίο είναι εντελώς ανεξάρτητο από το στρατό, έχει δική του διοίκηση και ανεξάρτητο τρόπο προαγωγής των αξιωματικών που υπηρετούν σε αυτό. Το γεγονός αυτό ακολούθησε μια επιδημία εμπρησμών, ιδιαίτερα τα έτη 1928-29, που προφανώς οφείλεται σε δράση οργανωμένων ομάδων εμπρηστών προκαλώντας μεγάλη ανησυχία στις ασφαλιστικές εταιρίες της εποχής. Έτσι, στις 12 Μαΐου 1930 δημοσιεύθηκε ο νόμος 4661 «Περί διοργάνωσης Πυροσβεστικής Υπηρεσίας εν τω Κράτει», θέτοντας τα θεμέλια του σύγχρονου Πυροσβεστικού Σώματος.<sup>8</sup> Με το άρθρο 1 του παραπάνω νόμου καθορίστηκε η διοργάνωση, ο προορισμός και η αποστολή του νεοσύστατου Πυροσβεστικού Σώματος με την παράλληλη διάλυση του Λόχου Πυροσβεστών. Τα επόμενα χρόνια ξεκίνησε η ίδρυση Πυροσβεστικών Υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα όπως ο Πειραιάς και η Θεσσαλονίκη και σιγά - σιγά σε όλη την Ελλάδα.

Το έτος 1975 αποτελεί σημαντικό σταθμό στην ιστορία του Π.Σ. για το λόγο ότι απέκτησε Αρχηγό από τα σπλάγχνα του. Επί 45 ολόκληρα χρόνια το Σώμα διοικούσαν αρχηγοί που προέρχονταν από άλλα Σώματα. Οι Αρχηγοί αυτοί παρά τις προσπάθειες και καλές τους προθέσεις δεν ήταν δυνατό να είναι ενήμεροι των θεμάτων και των αναγκών που απασχολούσαν το Σώμα με αποτέλεσμα οι δημιουργούμενες καταστάσεις να γίνονται σε αρκετές περιπτώσεις δυσμενείς. Η κατάσταση αυτή οδήγησε τους αρμόδιους στην απόφαση ώστε να εκλεγεί Αρχηγός από την ιεραρχία του Σώματος. Πρώτος ο τότε υπουργός Δημόσιας Τάξεως Σόλων Γκίκας κατανόησε την ωφελιμότητα και προώθησε για ψήφιση τις αναγκαίες διατάξεις. Ο Νόμος 220/1975 ΦΕΚ 263 Α' 22/11/1975 στο άρθρο 1 όριζε: «1. Ο Αρχηγός του Πυροσβεστικού Σώματος διορίζεται δια Προεδρικού Διατάγματος εκδιδομένου

---

<sup>8</sup> Ιστορία του Πυροσβεστικού Σώματος, εκδ. Α.Π.Σ. – Διεύθυνση Μελετών, Αθήνα 1980, σελ. 11-74

προτάσει του Υπουργού Δημόσιας Τάξεως, επιλεγόμενος υπό του Ανωτάτου Συμβουλίου Εθνικής Αμύνης, μεταξύ των εν ενεργεία Αρχιπυράρχου και Πυράρχων, ανεξαρτήτως χρόνου παραμονής εις τον κατεχόμενον βαθμόν. 2. Ο Υπαρχηγός του Πυροσβεστικού Σώματος επιλέγεται υπό του Ανωτάτου Συμβουλίου Πυροσβεστικού Σώματος μεταξύ των εν ενεργεία Πυράρχων, ανεξαρτήτως χρόνου παραμονής εις τον κατεχόμενον βαθμόν.» Μετά την δημοσίευση του νόμου αυτού εκδόθηκε στις 28 Νοεμβρίου 1975 το Π.Δ. (ΦΕΚ Γ 527) με το οποίο διορίσθηκε Αρχηγός του Π.Σ. ο μέχρι τότε υπαρχηγός αυτού Αρχιπύραρχος Κωνσταντίνος Γκίκας.

Περίπου 20 χρόνια αργότερα μια ακόμα σημαντική εξέλιξη παρατηρείται. Το 1998 με το νόμο 2612, ανατίθεται στο Πυροσβεστικό Σώμα η αποκλειστική ευθύνη για τη δασοπυρόσβεση. Ουσιαστικά με την παράγραφο 1 του άρθρου 1 ανατέθηκε σε αυτό η ευθύνη της καταστολής δασικών πυρκαγιών.<sup>9</sup> Ωστόσο κατά την παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου, μεγάλο κομμάτι της προληπτικής αντιμετώπισης των πυρκαγιών παρέμεινε στη αρμοδιότητα της Γενικής Γραμματείας Δασών και Φυσικού Περιβάλλοντος<sup>10</sup> γεγονός το οποίο ακόμα και σήμερα δημιουργεί αντικειμενικές δυσκολίες στην ολοκληρωμένη πυροπροστασία των δασών. Προκειμένου να ανταπεξέλθει το Σώμα στις νέες αυτές αρμοδιότητες η οργανική του δύναμη αυξήθηκε κατά 2.500 θέσεις με τον ίδιο νόμο.

Σήμερα το Πυροσβεστικό Σώμα έχει 12.489 οργανικές θέσεις<sup>11</sup> εκ των οποίων ελάχιστες είναι κενές με αποτέλεσμα ο οργανισμός να εμφανίζεται πλήρως στελεχωμένος. Από αυτές περίπου 4.000 αφορούν πυροσβέστες πενταετούς υποχρέωσης. Επιπλέον με την έναρξη κάθε αντιπυρικής περιόδου προσλαμβάνονται περίπου 1.300 εποχικοί πυροσβέστες οπότε η συνολική δύναμη διαμορφώνεται

---

<sup>9</sup> Ν. 2612/1998 άρ.1 παρ.1: «Η ευθύνη και ο επιχειρησιακός σχεδιασμός της καταστολής των πυρκαγιών στα δάση και στις δασικές εν γένει εκτάσεις ανατίθεται στο Πυροσβεστικό Σώμα. Η αρμοδιότητα αυτή ασκείται από τις κατά τόπο Πυροσβεστικές Υπηρεσίες, οι οποίες μπορούν να ζητούν, όταν κρίνεται αναγκαίο, τη συνδρομή άλλων αρχών και φορέων. Όλες οι αρχές, φορείς και πρόσωπα που παρέχουν τη συνδρομή τους ενεργούν υπό τις οδηγίες του επικεφαλής των πυροσβεστικών δυνάμεων.»

<sup>10</sup> Ν. 2612/1998 άρ.1 παρ.2: «Στην αρμοδιότητα της Γενικής Γραμματείας Δασών και Φυσικού Περιβάλλοντος ανήκει η πρόληψη των δασικών πυρκαγιών, εκτός από την έκδοση σχετικών πυροσβεστικών κανονισμών και διατάξεων, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα πυροπροστασίας του δάσους, την οργάνωση περιπόλων, όπου και όταν κρίνεται αναγκαίο, την επιτήρηση των δασών με επίγεια και εναέρια μέσα, την κατανομή των πυροσβεστικών δυνάμεων, τη συνεργασία με άλλες αρχές και φορείς, τη φύλαξη της περιοχής όπου εξεργάγη πυρκαγιά για τυχόν αναζωπυρώσεις, τα οποία ανήκουν στην αρμοδιότητα του Πυροσβεστικού Σώματος.»

<sup>11</sup> Η παράγραφος 1 του άρθρου 9 του ν. 3511/2006 όπως συμπληρώθηκε με την παράγραφο 1 του άρθρου 1 του Π.Δ. 194/08, την παράγραφο 2 του άρθρου 1 του Π.Δ. 96/09 και την παράγραφο 1 του άρθρου 1 του Π.Δ. 121/2010 αντικαθίσταται και έτσι προκύπτει ο συγκεκριμένος αριθμός θέσεων.

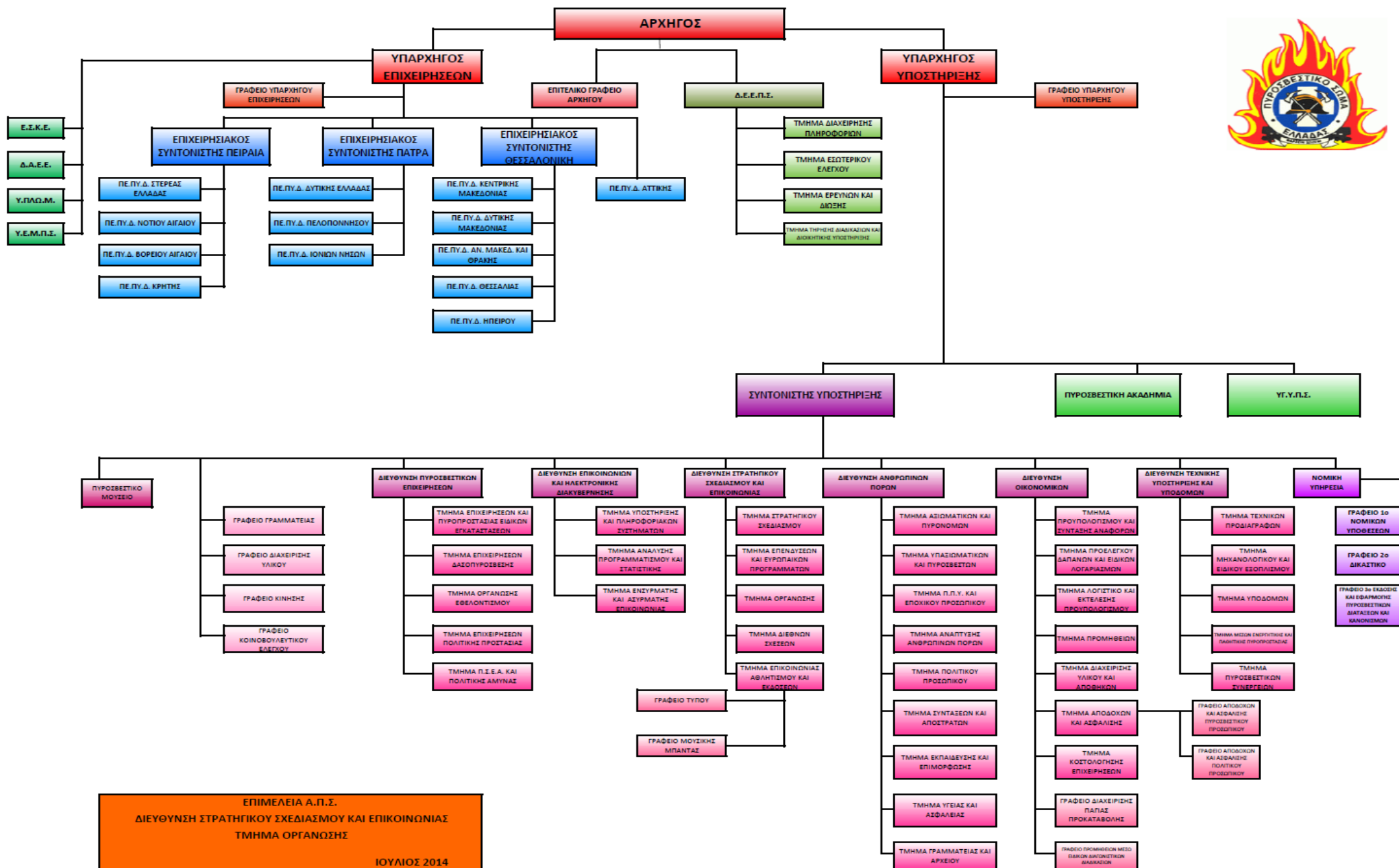
περίπου σε 13.800 άτομα.<sup>12</sup> Η δύναμη αυτή είναι κατανεμημένη σε 13 Διοικητικές περιφέρειες και 51 Διοικήσεις Πυροσβεστικών Υπηρεσιών Νομού, που αποτελούνται από σταθμούς και κλιμάκια.<sup>13</sup> Στην εικόνα που ακολουθεί αποτυπώνεται το οργανόγραμμα όπως είναι σήμερα.

---

<sup>12</sup> Από τους υπολογισμούς εξαιρέθηκαν περίπου 1700 εθελοντές πυροσβέστες διότι παρατηρείται μεγάλη ρευστότητα στη συχνότητα εκτέλεσης της υπηρεσίας τους, η οποία εξάλλου ορίζεται σε 3 8ωρα το μήνα.

<sup>13</sup> Βλ. Στρατηγικό Σχέδιο Π.Σ. 2015-2019 διαθέσιμο στο: [http://www.fireservice.gr/pyr/cms\\_files/dynamic/c270523/attach/sepal\\_2015-19\\_el\\_GR.pdf](http://www.fireservice.gr/pyr/cms_files/dynamic/c270523/attach/sepal_2015-19_el_GR.pdf), ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 27-11-2017

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ



Διάγραμμα 1. Οργανόγραμμα του Πυροσβεστικού Σώματος



Από τη σύσταση του ελληνικού κράτους μέχρι και σήμερα το Πυροσβεστικό Σώμα στις διάφορες μορφές του μετράει 57 νεκρούς στο βωμό του καθήκοντος και αρκετούς περισσότερους τραυματίες.<sup>14</sup> Πέρα λοιπόν από την κοινή λογική η ίδια η πράξη αποδεικνύει ότι το επάγγελμα του πυροσβέστη ήταν και παραμένει ίσως το πιο επικίνδυνο για τα ελληνικά δεδομένα.

## **Η δημιουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Π.Σ.**

Από τα πρώτα βήματα του Πυροσβεστικού Σώματος, η πολιτική ηγεσία αναγκάστηκε ενδόμυχα να αναγνωρίσει την επικινδυνότητα του επαγγέλματος των πυροσβεστών λόγω των νεκρών και τραυματισμένων υπαλλήλων. Οπότε εξασφάλισε ως ένα βαθμό την υγειονομική περίθαλψη των πυροσβεστών. Το διάταγμα της 26ης Απριλίου 1926 προέβλεπε μεταξύ άλλων για τους υπηρετούντες στο Πυροσβεστικό Σώμα, πλήρη νοσοκομειακή και υγειονομική περίθαλψη, συνταξιοδότηση των καταλαμβανόμενων από το όριο ηλικίας, όσων συμπληρώνουν 20ετή υπηρεσία και των απομακρυνόμενων για λόγους σωματικής ανικανότητας καθώς και αποζημίωση στους συνταξιοδοτούμενους εφ' άπαξ «εκ δραχμών 1.200 μεταλλικών» και για τους έγγαμους, 200 δραχμών για τη σύζυγο και το κάθε ένα παιδί επιπλέον.

Κατόπιν, το άρθρο 2 του νόμου 4661/1930 καθόρισε ότι η Πυροσβεστική Υπηρεσία αποτελείται από: 1) Την ειδική υπηρεσία στη Διεύθυνση Αστυνομίας του υπουργείου Εσωτερικών 2) τη Γενική Επιθεώρηση με έδρα την Αθήνα 3) τους Πυροσβεστικούς Σταθμούς με διάκριση σε Α', Β', Γ' τάξης 4) τους λιμενικούς πυροσβεστικούς σταθμούς με διάκριση σε Α' και Β' τάξης 5) των πυροσβεστικών συνεργειών 6) την αποθήκη υλικού με έδρα την Αθήνα και 7) την υγειονομική υπηρεσία. Το άρθρο 2 του νόμου 4661/1930 καθόριζε αφενός την ύπαρξη της Υγειονομικής Υπηρεσίας, έβδομη στον πίνακα υπηρεσιών, αφετέρου δε δεν γινότανε καμία αναφορά στη σύσταση κλάδου υγειονομικών αξιωματικών ή τον τρόπο διεξαγωγής της υπηρεσίας αυτής.

Αργότερα όμως με το διάταγμα της 14<sup>ης</sup> Αυγούστου 1932 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 273 Α' της 23-8-1932, ρυθμίστηκε ο τρόπος διεξαγωγής της Υγειονομικής

---

14

[http://www.fireservice.gr/pyr/site/home/LC+Primary+Menu/history/Pessodes\\_sto\\_Kathikon/Vomos+tu+Kathikontos\\*.csp?pagenum=1#top36](http://www.fireservice.gr/pyr/site/home/LC+Primary+Menu/history/Pessodes_sto_Kathikon/Vomos+tu+Kathikontos*.csp?pagenum=1#top36), ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 26-9-2017

Υπηρεσίας του Π.Σ. και καθορίστηκε να διεξάγεται από υγειονομικούς αξιωματικούς της αστυνομίας πόλεων στις πόλεις Αθηνών, Πειραιώς και Πατρών και από ιατρούς δημοσίους υπαλλήλους στις άλλες πόλεις, στις οποίες λειτουργούσαν πυροσβεστικές υπηρεσίες. Με το διάταγμα αυτό ορίστηκε ότι οι υπάλληλοι του Π.Σ. όλων των βαθμών και οι δόκιμοι θα νοσηλεύονται στα δημόσια ή δημοτικά ή άλλα νοσοκομεία ή σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης σε ιδιωτικές κλινικές.

Η νοσηλεία σε δημόσια ή δημοτικά νοσοκομεία των πυροσβεστικών υπαλλήλων ήταν δωρεάν ενώ για τη νοσηλεία σε άλλα νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές, πλήρωνε το 75% το Ταμείο Πυροσβεστικής Υπηρεσίας (Τ.Π.Υ.)<sup>15</sup> και το 25% ο υπάλληλος. Σε καμία όμως περίπτωση το Τ.Π.Υ. δεν πλήρωνε για νοσηλεία υπαλλήλων ποσό μεγαλύτερο των αποδοχών ενός μηνός εκτός της περίπτωσης κατά την οποία η ασθένεια οφείλονταν σε λόγους εκτελέσεως καθηκόντων. Στο ίδιο διάταγμα προβλεπόταν η χορήγηση αναρρωτικών αδειών και η διάρκεια τους καθώς και οι Υγειονομικές επιτροπές που θα γνωμοδοτούσαν για τη χορήγησή τους. Επειδή όμως οι Υγειονομικοί αξιωματικοί της αστυνομίας πόλεων, δεν ήταν δυνατό να ανταποκριθούν στις ανάγκες διεξαγωγής και της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Π.Σ., με το άρθρο 6 του διατάγματος της 29 Δεκεμβρίου 1933 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 4Α της 4-1-1934 έγινε επιτρεπτή με απόφαση του Υπουργού των εσωτερικών η πρόσληψη ενός ιατρού στην Π.Υ. Αθηνών για την ενίσχυση των αστυνομικών ιατρών που ασκούσαν την υγειονομική υπηρεσία της υπηρεσίας αυτής. Για ένα έτος, ο ιδιώτης αυτός ιατρός θα ήταν δόκιμος και μετά θα μονιμοποιούνταν με απόφαση του υπουργού Εσωτερικών.

Στη θέση αυτή διορίστηκε ο παθολόγος ιατρός Χρήστος Περάκης, που ήταν και ο πρώτος διοργανωτής της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Π.Σ.. Μέχρι το 1939 το Π.Σ. διέθετε και 6 οχήματα υγειονομικών αμερικάνικης κατασκευής Federal.

Ο νόμος 376/1943 που δημοσιεύθηκε την 26-7-1943 στο ΦΕΚ 227 Α', ρύθμισε πλήθος θεμάτων λειτουργίας του Π.Σ.. Με το άρθρο 5 του νόμου αυτού δημιουργήθηκε μια θέση ιατρού με βαθμό και αποδοχές Διοικητή Β' ή Α' τάξεως<sup>16</sup>, που «καταλαμβάνει ο υπηρετών ήδη μόνιμος ιατρός του Π.Σ.». Επίσης σε κάθε μία

---

<sup>15</sup> Το Τ.Π.Υ. συστάθηκε σύμφωνα με το άρ. 15 του νόμου 4661/1930 και η χρηματοδότησή του γινότανε από διάφορες πηγές μεταξύ των οποίων ασφαλιστικές εισφορές και οικονομικές συνδρομές των Δήμων. Σκοπός του ήτανε η διαχείριση των εσόδων και εξόδων της υπηρεσίας.

<sup>16</sup> Οι βαθμοί που προέβλεπε στο άρθρο 9 ο ιδρυτικός νόμος 4661/1930 ήτανε: 1) Πυροσβέστης β' τάξεως, 2) Πυροσβέστης α' τάξεως, 3) Αρχιπυροσβέστης, 4) Σταθμάρχης β' τάξεως, 5) Σταθμάρχης α' τάξεως 6) Υποδιοικητής β' τάξεως 7) Υποδιοικητής α' τάξεως, 8) Διοικητής β' τάξεως, 9) Διοικητή α' τάξεως και 10) Γενικός Επιθεωρητής.

από τις Διευθύνσεις Π.Υ. Πόλεων Αθηνών, Πειραιώς, Θεσσαλονίκης και Πατρών δημιουργήθηκε από μια θέση ιατρού με βαθμό και αποδοχές Υποδιοικητή Β' ή Α' τάξεως.

Όπως διαπιστώνει κανείς με τον ανωτέρω νόμο 376/1943, δημιουργήθηκε μια μόνο θέση ιατρού με βαθμό και αποδοχές Διοικητού Β' και Α' τάξεως. Αργότερα όμως, ο νομοθέτης με το άρθρο 22 του Α.Ν. 360/1968 καθόρισε ότι οι ιατροί – Υγειονομικοί αξιωματικοί – του Π.Σ. οι οποίοι υπάγονταν στην παράγραφο 2 του άρθρου 5 του Ν. 376/1943 προάγονται στην ίδια θέση τους (ιατροί των Δ.Π.Υ. Πόλεως Πειραιώς, Θεσσαλονίκης και Πατρών) μέχρι και του βαθμού του Διοικητού Α' τάξεως μετά από βετή ευδόκιμη υπηρεσία. Η διάταξη αυτή ήτανε σημαντική διότι εξομοίωσε τους Υγειονομικούς Αξιωματικούς του Πυροσβεστικού Σώματος με τους συναδέλφους τους στα άλλα Σώματα Ασφαλείας, προσδίδοντας μεγαλύτερο κύρος στο έργο τους και φυσικά απαιτούσε μεγαλύτερη υπευθυνότητα από αυτούς.

## Η Υγειονομική Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος σήμερα

Σήμερα η λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας Πυροσβεστικού Σώματος (ΥΓ.Υ.Π.Σ.) ρυθμίζεται αποκλειστικά από το νόμο 4249/2014 και το Π.Δ. 210/1992 (Κανονισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας Πυροσβεστικού Σώματος). Πρόκειται λοιπόν για μια αυτοτελή ειδική κεντρική υπηρεσία η οποία εδρεύει στην Αθήνα, υπάγεται στο Επιτελείο Πυροσβεστικού Σώματος και εποπτεύεται από τον Υπαρχηγό Υποστήριξης.<sup>17</sup> Ο νόμος 4249 στο άρθρο 83 ορίζει ότι «Με απόφαση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως καθορίζονται θέματα εσωτερικής οργάνωσης, διάρθρωσης, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για τη λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Πυροσβεστικού Σώματος.» Ωστόσο δεν έχει εκδοθεί κάποια σχετική απόφαση μεταγενέστερη του νόμου αυτού.

Επομένως το πλαίσιο λειτουργίας της υπηρεσίας είναι κατά κύριο λόγο αυτό που περιγράφεται στο Π.Δ. 210/1992. Σύμφωνα με αυτό η Υγειονομική Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος ασκείται από τους υγειονομικούς αξιωματικούς του Σώματος στις πόλεις όπου αυτοί υπηρετούν. Στις υπόλοιπες πόλεις η Υγειονομική Υπηρεσία ασκείται από τον ιατρό που εκτελεί την Υγειονομική Υπηρεσία της Ελληνικής Αστυνομίας και σε περίπτωση που αυτός δεν υπάρχει ή ο υπάρχων εδρεύει εκτός πόλεως, η Υγειονομική Υπηρεσία ασκείται από ιατρό που έχει τη δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα οριζόμενος από τον οικείο Νομάρχη ύστερα από πρόταση του Διοικητή της Υπηρεσίας.

Όπως είναι λογικό, Υγειονομικοί Αξιωματικοί του Πυροσβεστικού Σώματος διορίζονται ιατροί ενώ προβλέπονται συγκεκριμένες ειδικότητες αυτών.<sup>18</sup> Βέβαια αφήνεται ανοιχτό το ενδεχόμενο και για περισσότερες ειδικότητες πέρα από αυτές που ρητά προβλέπονται αφού οι απαιτούμενες ειδικότητες καθορίζονται στην εκάστοτε απόφαση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης για την πλήρωση θέσεων Υγειονομικών Αξιωματικών. Επιπλέον τα προσόντα που απαιτούνται για το διορισμό των Υγειονομικών Αξιωματικών, είναι όμοια με εκείνα που απαιτούνται για την κατάταξη Δοκίμων Πυροσβεστών, πλην του ανώτατου ορίου ηλικίας. Ο νομοθέτης

---

<sup>17</sup> Ν. 4249/2014 αρ.66 και 83

<sup>18</sup> Πρόκειται για τι ειδικότητες του Παθολόγου, Καρδιολόγου, Πνευμονολόγου, Χειρουργού, Ορθοπαιδικού, Γενικής Ιατρικής, Νευρολόγου-Ψυχίατρου, Οφθαλμίατρο και Οδοντίατρο, Γυναικολόγου και Δερματολόγου. Οι ειδικότητες αυτές προφανώς καθορίστηκαν προσπαθώντας να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των πυροσβεστικών υπαλλήλων κατά προτεραιότητα.

προφανώς θέλησε οι υγειονομικοί αξιωματικοί να μπορούν να έλθουν αντιμέτωποι με τις συνθήκες που αντιμετωπίζει ο Έλληνας πυροσβέστης και να είναι ικανοί να τον ακολουθήσουν και να τον υποστηρίξουν ανά πάσα στιγμή.

Ωστόσο οι υγειονομικοί αξιωματικοί είναι και ελεγκτές ιατροί που ελέγχουν τα βιβλιάρια ιατρο-φαρμακευτικής περίθαλψης των εν ενεργεία υπαλλήλων του Σώματος, των μελών οικογενείας τους, των συνταξιούχων πυροσβεστικών υπαλλήλων και των μελών των οικογενειών τους, που καλύπτονται ιατρο-φαρμακευτικά από το Δημόσιο. Γίνεται έτσι μια προσπάθεια να υποστηριχθεί ο πυροσβέστης όχι μόνο την ώρα του συμβάντος αλλά ακόμα και όταν βρίσκεται εκτός υπηρεσίας και φυσικά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του.

Τα κυριότερα καθήκοντα που απορρέουν για έναν υγειονομικό αξιωματικό είναι η Διεύθυνση της Υγειονομική Υπηρεσία της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας της πόλης όπου υπηρετεί και η υποδοχή των ασθενών πυροσβεστικών υπαλλήλων. Έπειτα αποφασίζει για το αν υπάρχει ανάγκη ο ασθενής να εισαχθεί σε Νοσοκομείο για νοσηλεία, οπότε εκδίδει και το σχετικό εισιτήριο ή αν πρέπει να αφεθεί ελεύθερος υπηρεσίας. Σημαντική για την υποστήριξη του προσωπικού είναι η υποχρέωση που έχει να επισκεφθεί τον ασθενή στο σπίτι του εφόσον εκείνος δεν είναι σε θέση να μετακινηθεί. Παράλληλα μπορούν να εξετάζονται σε έναν αξιωματικό-ιατρό υπάλληλοι άλλων πυροσβεστικών υπηρεσιών.<sup>19</sup>

Ως ένα βαθμό εκτελεί καθήκοντα και επιθεωρητή υγείας και ασφάλειας αφού οφείλει να επιθεωρεί υποχρεωτικά μία φορά την εβδομάδα ή όποτε άλλοτε του ζητηθεί από το Διοικητή της Υπηρεσίας τους θαλάμους των υπαλλήλων, το κέντρο ψυχαγωγίας, καθώς και όλους τους άλλους κοινόχρηστους χώρους της Υπηρεσίας και ελέγχει την καθαριότητά τους και αν σ' αυτούς τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, προτείνοντας σε αντίθετη περίπτωση τα αναγκαία μέτρα.

Παράλληλα υποστηρίζει τα καθήκοντα των πυροσβεστών με δύο ακόμα τρόπους. Αφενός μεριμνά για τη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των κατά τη κρίση του, κατάλληλων πυροσβεστικών υπαλλήλων για τα καθήκοντα του Νοσοκόμου<sup>20</sup> και διδάσκει στοιχεία Υγιεινής και Α' Βοηθειών στους υπαλλήλους, όταν αυτό ορίζεται στο πρόγραμμα εκπαίδευσης της Υπηρεσίας. Αφετέρου σε περιπτώσεις μεγάλων και

---

<sup>19</sup> Η δυνατότητα αυτή δεν προβλέπεται ρητά αλλά δίδεται έμμεσα εφόσον ο ασθενής υποστηρίζει ότι ασθένησε διερχόμενος από την περιοχή υγειονομικής ευθύνης του εκάστοτε ιατρού.

<sup>20</sup> Η ειδικότητα του Νοσοκόμου προβλέπεται κανονικά από το άρθρο 34 του Π.Δ. 210/1992. Δυστυχώς στην πράξη το άρθρο αυτό παραμένει ουσιαστικά ανεφάρμοστο μέχρι και σήμερα πλην ίσως ελαχίστων εξαιρέσεων.

επικίνδυνων συμβάντων (μεγάλων πυρκαγιών, διαρροών επικίνδυνων χημικών ουσιών, σεισμών, καταρρεύσεων κ.λπ.) μεταβαίνει στο χώρο του συμβάντος παρέχοντας τη συνδρομή του και τις Α' Βοήθειες σε Πυροσβέστες και πολίτες που κινδυνεύουν.<sup>21</sup>

Στην υγειονομική φροντίδα του προσωπικού όπως είναι αναμενόμενο έχει ρόλο και ο Διοικητής της εκάστοτε Υπηρεσίας, ο οποίος βέβαια είναι αρμόδιος για τη ρύθμιση ζητημάτων που δεν άπτονται της ιατρικής επιστήμης αλλά κυρίως της τήρησης των ορθών διαδικασιών. Πιο συγκεκριμένα, μεριμνά για την έγκαιρη ειδοποίηση του υπηρεσιακού ιατρού, όταν ο ασθενής της Υπηρεσίας τους δεν μπορεί να μεταβεί για εξέτασή του ή σε περίπτωση έκτακτης εισαγωγής σε νοσοκομείο ή ενημερώνει τον ιατρό για τις περιπτώσεις που δηλώθηκε ασθένεια ύστερα από διάθεση του προσωπικού σε υπηρεσία. Επίσης εισηγούνται στον ιατρό την παραπομπή ασθενούς σε νοσοκομείο, για κατ' επανάληψη δήλωση ασθένειας. Φυσικά είναι ο διοικητής αυτός που θα ελέγξει πειθαρχικά, ύστερα από έγγραφη ενημέρωσή του από τον υπηρεσιακό ιατρό, εκείνους από το προσωπικό που δηλώνουν ασθένεια προσποιούμενοι τον ασθενή.<sup>22</sup>

Το προσωπικό του Πυροσβεστικού Σώματος νοσηλεύεται κατά προτίμηση στα κατά τόπους στρατιωτικά νοσοκομεία αλλά δύναται να νοσηλευθεί και σε πολιτικά νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές. Για την εισαγωγή ασθενών σε νοσοκομεία γενικά ακολουθείται η εξής διαδικασία: Όταν πρόκειται να γίνει εισαγωγή σε στρατιωτικό νοσοκομείο, είτε αυτό βρίσκεται στην περιφέρεια της Υπηρεσίας ή του νομού όπου υπηρετεί ο ασθενής είτε εκτός αυτής, οι απαραίτητες ενέργειες ρυθμίζονται συγκεκριμένα από το άρθρο 118 του Π.Δ. 210/1992. Όταν όμως πρόκειται να γίνει εισαγωγή σε άλλα μη στρατιωτικά νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές της περιφέρειας ή του νομού όπου υπηρετεί ο ασθενής, εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τη νοσηλεία των δημοσίων υπαλλήλων διατάξεις. Τα έξοδα νοσηλείας των νοσηλευόμενων υπαλλήλων του Πυροσβεστικού Σώματος στα Νοσοκομεία ή Κλινικές όπως είναι λογικό βαρύνουν το Δημόσιο.

Για την εξέταση του πυροσβεστικού προσωπικού και τη γνωμάτευση για τη σωματική ικανότητα και την υγειονομική κατάσταση αυτού, συνιστάται, στο νομό Αττικής, Επιτροπή Αναρρωτικών Αδειών Πυροσβεστικού Σώματος που αποτελείται

---

<sup>21</sup> Τα αναφερθέντα αλλά και αρκετά ακόμα ήσσονος σημασίας καθήκοντα των υγειονομικών αξιωματικών προβλέπονται στο άρθρο 113 του Π.Δ. 210/1992

<sup>22</sup> Π.Δ. 210/1992 άρθρο 117

από ένα Πύραρχο ή Αντιπύραρχο Υγειονομικό, ως Πρόεδρο και μέλη δύο ακόμα Υγειονομικούς Αξιωματικούς του Σώματος που φέρουν το βαθμό του Πυραγού και άνω. Η συγκρότηση της επιτροπής γίνεται με απόφαση του Αρχηγού Πυροσβεστικού Σώματος. Η παραπάνω επιτροπή έχει ως αρμοδιότητα να χορηγεί στο προσωπικό του Πυροσβεστικού Σώματος που πάσχει από μία ή περισσότερες παθήσεις τις απαραίτητες αναρρωτικές άδειες που προβλέπονται από το νόμο. Εάν για την ίαση ή αποθεραπεία πάθησης ασθενούς δεν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αναρρωτικής άδειας, η επιτροπή έχει τη δυνατότητα να τον θέσει σε ελαφρά υπηρεσία. Επιπλέον η επιτροπή αναρρωτικών αδειών λειτουργεί και ως επιτροπή κατάταξης, όπου εξετάζει και αποφαινεται σε πρώτο και τελευταίο βαθμό για τη σωματική ικανότητα και καταλληλότητα από υγειονομικής πλευράς των υποψηφίων για κατάταξη στο Πυροσβεστικό Σώμα.

Δεδομένης της μικρής υπηρετούσας δύναμης στην υγειονομική υπηρεσία και τον περιορισμένων δυνατοτήτων της, προβλέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις όχι μόνο η συνδρομή του στρατού με τα νοσοκομεία που διαθέτει, όπως προαναφέρθηκε, αλλά και της Ελληνικής Αστυνομίας. Για παράδειγμα, όσον αφορά τους πυροσβεστικούς υπαλλήλους που υπηρετούν στους νομούς εκτός Αττικής αρμόδιες είναι οι επιτροπές αναρρωτικών αδειών της Ελληνικής Αστυνομίας που λειτουργούν στις έδρες των Αστυνομικών Διευθύνσεων κάθε νομού<sup>23</sup>, με τη διαφορά ότι τις περιπτώσεις αυτές αντί του Υποδιευθυντή της Αστυνομικής Διεύθυνσης συμμετέχει ο οικείος Διοικητής της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας ο οποίος εκτελεί τα καθήκοντα του Προέδρου. Είναι προφανές ότι στις πόλεις όπου υπηρετεί Υγειονομικός Αξιωματικός του Πυροσβεστικού Σώματος η συγκρότηση της Επιτροπής Αναρρωτικών Αδειών γίνεται από τον οικείο Περιφερειακό Διοικητή Πυροσβεστικών Υπηρεσιών και αποτελείται από τον Υγειονομικό Αξιωματικό του Πυροσβεστικού Σώματος και δύο ακόμα γιατρούς από τους συμμετέχοντες στην οικεία Αστυνομική Επιτροπή Αναρρωτικών Αδειών.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Στο σημείο αυτό θα πρέπει ίσως να ξεκαθαριστεί ότι παρόλο που με τη νέα διοικητική ανασυγκρότηση της Ελλάδας, η έννοια του νομού ως βαθμίδα της τοπικής αυτοδιοίκησης έχει καταργηθεί, εντούτοις παραμένει υπαρκτή στην διάρθρωση των υπηρεσιών του πυροσβεστικού Σώματος προφανώς για λόγους που εξυπηρετούν καλύτερα το επιχειρησιακό κομμάτι του οργανισμού. Αυτός ο τρόπος διάρθρωσης δεν είναι κάτι που αποτελεί κατάλοιπο κάποιας παλιάς νομοθετικής διάταξης αλλά προβλέπεται και στον αρκετά πρόσφατο νόμο 4249/2014 για την αναδιάρθρωση του Π.Σ.

<sup>24</sup> Π.Δ. 210/1992 άρθρο 122

Στα πλαίσια της υγειονομική υπηρεσίας λειτουργεί και η Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή (Α.Υ.Ε.). Η συγκρότησή της γίνεται από το Διευθυντή της Διεύθυνσης Υγειονομικού του Αρχηγείου ως Πρόεδρο και τέσσερις υγειονομικούς αξιωματικούς του Σώματος ως μέλη. Σκοπός της επιτροπής αυτής είναι να εξετάζει και να αποφαινεται για την σωματική ικανότητα και καταλληλότητα από υγειονομικής πλευράς του εν ενεργεία πυροσβεστικού προσωπικού. Επίσης είναι αρμόδια για να χορηγεί τις μακρές αναρρωτικές άδειες στο εν ενεργεία πυροσβεστικό προσωπικό αλλά και συνήθεις αναρρωτικές άδειες μέχρι δύο μήνες.

Όμως, το εν ενεργεία πυροσβεστικό προσωπικό παραπέμπεται στην Α.Υ.Ε. είτε όταν πάσχει από νόσους, παθήσεις ή βλάβες οι οποίες κατά την πρώτη διάγνωση χαρακτηρίστηκαν δυσίατες, είτε όταν ο ασθενής υπερβεί τους έξι μήνες αποχής συνέχεια ή διακεκομμένα από την υπηρεσία του κατά την τελευταία διετία. Στο παραπάνω εξάμηνο διάστημα υπολογίζονται όλες οι αποχές από την υπηρεσία για λόγους υγείας όπως νοσηλεία, αναρρωτική άδεια και χρόνος «ελεύθερου υπηρεσίας». Παρατηρείται δηλαδή ότι η Α.Υ.Ε. καλείται εκ των υστέρων να αποφανθεί αφού έχει ήδη εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα υγείας και όχι εκ των προτέρων μέσω περιοδικών ελέγχων υγείας που αφορούν το σύνολο του προσωπικού.<sup>25</sup>

Στην υγειονομική υπηρεσία υπηρετούν συνολικά 22 αξιωματικοί-ιατροί επικουρούμενοι από 2 νοσηλευτές<sup>26</sup> και ορισμένο αριθμό<sup>27</sup> πυροσβεστικών υπαλλήλων με διοικητικά καθήκοντα και καθήκοντα οδηγού οχημάτων. Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι με εξαίρεση τους ιατρούς, το υπόλοιπο ένστολο προσωπικό παραμένει υπό την ιδιότητα «Γενικών Καθηκόντων» που σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να μετακινείται διοικητικά από και προς την ΥΓ.Υ.Π.Σ. δυσκολεύοντας τόσο την καθημερινή της λειτουργία όσο και το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό της.

Στην Αττική η στέγαση του προσωπικού γίνεται προς το παρόν σε μη ιδιόκτητο κτήριο επί των οδών Κεφαλληνίας και Αχαρνών στην περιοχή Αγίου Παντελεήμωνος. Εκεί βρίσκεται και η έδρα της Υγειονομική Υπηρεσίας.

---

<sup>25</sup> Π.Δ. 210/1992 άρθρο 125

<sup>26</sup> Βλ. έγγραφο ΥΓ.Υ.Π.Σ. υπ.αριθμ. 3309 Φ.Α.20794 από 23-10-2017, το οποίο αποτελεί απάντηση σε σχετικό ερώτημα στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας

<sup>27</sup> Ο ακριβής αριθμός των υπολοίπων υπαλλήλων που υπηρετούν στην Υγειονομική Υπηρεσία αγνοείται. Δυσκολία για τον προσδιορισμό του συγκεκριμένου αριθμού συνιστά το γεγονός ότι το προσωπικό αυτό είναι γενικών καθηκόντων οπότε ανά περιόδους μπορεί να εκτελεί πυροσβεστικά καθήκοντα ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας και να μην προσμετράτε στη δύναμη της Υγειονομικής Υπηρεσίας.



## Η σημασία της υγείας και ασφάλειας του προσωπικού

Η υγεία και ασφάλεια του προσωπικού είναι εκφράσεις που συναντώνται σε αρκετά βιβλία, νομικά κείμενα αλλά ακόμα και στην καθημερινή ρητορική εργοδοτών και εκπροσώπων εργαζομένων. Έχει σημασία να δοθεί λοιπόν συγκεκριμένος ορισμός ώστε να γίνεται κατανοητό πότε κανείς χρησιμοποιεί τις εκφράσεις αυτές ουσιαστικά και πότε ως γενικές εύηχες αναφορές.

Με τον όρο «ασφάλεια» ορίζεται η προστασία των υπαλλήλων από τους τραυματισμούς που προκαλούνται από ατυχήματα στον εργασιακό χώρο. Με τον όρο «επαγγελματική υγεία» ορίζεται η προστασία των εργαζομένων από νοσηρές καταστάσεις που απειλούν τη φυσική, ψυχική ή συναισθηματική υγεία.<sup>28</sup>

Σε κάθε επάγγελμα, είναι αρκετοί οι λόγοι για τους οποίους η ασφάλεια του προσωπικού και η πρόληψη των διαφόρων εργατικών ατυχημάτων, απαιτείται να είναι η πρώτη προτεραιότητα. Σύμφωνα με τις ετήσιες εκθέσεις του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.), το **2013** αναγγέλθηκαν **5.126** εργατικά ατυχήματα στις υπηρεσίες Επιθεώρησης Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία (Ε.Α.Υ.Ε.) του Σ.ΕΠ.Ε. έναντι **4.858** του **2012** και **5.203** το **2011**. Τα **42** εκ των ανωτέρω ήταν θανατηφόρα μη οφειλόμενα σε παθολογικά αίτια, έναντι **45** και **39** που συνέβησαν κατά τα έτη **2012** και **2011** αντίστοιχα. Παρά την ελάττωση του εργαζόμενου δυναμικού και την πτώση της οικονομικής δραστηριότητας γενικότερα, το 2013 σημειώθηκε αντιστροφή της πτωτικής τάσης των τελευταίων ετών όσον αφορά τον αριθμό των αναγγελλομένων στο Σ.ΕΠ.Ε. εργατικών ατυχημάτων.<sup>29</sup> Στον πίνακα 1 που ακολουθεί καταγράφονται τα επίσημα στοιχεία για τα εργατικά ατυχήματα στην Ελλάδα.

---

<sup>28</sup> Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Mondy R. Wayne, Mondy Jundy-Bandy, 11<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Τζιόλα, 2017, σελ.12

<sup>29</sup> Ετήσια έκθεση Σ.ΕΠ.Ε. 2013, σελ. 19

Έτος	Σύνολο εργατικών ατυχημάτων	Θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα
2008	6.657	142
2009	6.381	113
2010	5.721	94
2011	5.203	70
2012	4.858	64
2013	5.126	67

Πίνακας 1. Εργατικά ατυχήματα στην Ελλάδα<sup>30</sup>

Σε δημοσκόπηση της Ε.Ε. για την υγεία και ασφάλεια στο χώρο εργασίας φάνηκε ότι η Ελλάδα είναι η δεύτερη χώρα μετά την Κύπρο όπου οι εργαζόμενοι νιώθουν ότι βιώνουν έντονα το εργασιακό άγχος είτε οι ίδιοι είτε συνάδελφοί τους. Μάλιστα οι Έλληνες εργαζόμενοι είναι μεταξύ των τριών πρώτων λαών που θεωρούν ότι δεν υπάρχουν μέτρα για τη διαχείριση και εκτόνωση αυτού του άγχους.<sup>31</sup> Η αντιστροφή στην τάση μείωσης που προαναφέρθηκε για το 2013 οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι λόγω της οικονομικής κρίσης οι εργοδότες προσπαθούν να περικόψουν χρήματα από όπου αυτό είναι εφικτό ακόμα και αν αυτό θέτει την υγεία και τη ζωή των υπαλλήλων σε κίνδυνο.<sup>32</sup>

Ωστόσο το γεγονός ότι τα εργατικά ατυχήματα είναι αρκετά στον αριθμό είναι ένας μόνο λόγος που αξίζει κανείς να ασχοληθεί με την υγεία και ασφάλεια στους χώρους εργασίας. Προφανώς ένα εργατικό ατύχημα είναι ικανό να διακόψει τη ροή της εργασίας. Κάτι τέτοιο για το πυροσβεστικό επάγγελμα συνεπάγεται τη διακοπή των ενεργειών διάσωσης ανθρώπινων ζώων και περιουσιών που κινδυνεύουν. Ως αποτέλεσμα θα επέλθουν σημαντικά μεγαλύτερες καταστροφές σε σύγκριση με ένα εργατικό ατύχημα σε κάποιο άλλο χώρο.

<sup>30</sup> Για την κατασκευή του πίνακα λήφθηκαν στοιχεία από τις ετήσιες εκθέσεις του Σ.ΕΠ.Ε. 2008-2013

<sup>31</sup> Πανευρωπαϊκή έρευνα γνώμης σχετικά με την ασφάλεια και την υγεία στο χώρο εργασίας 2013, διαθέσιμη στο <https://osha.europa.eu/el/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013>, τελευταία πρόσβαση 26-9-2017

<sup>32</sup> Η συμπεριφορά αυτή δεν προκαλεί καμία εντύπωση αν σκεφτεί κανείς ότι: «Το κεφάλαιο είναι ανελέητο απέναντι στην υγεία και στη διάρκεια ζωής του εργάτη, παντού όπου δεν το υποχρεώνει η κοινωνία να τις υπολογίζει. Στην κατηγορία για σωματικό και πνευματικό μαρασμό, για πρόωρο θάνατο και για το μαρτύριο της υπερβολικής εργασίας απαντάει: Μήπως θα 'πρεπε να μας βασανίζει αυτό το βάσανο μια και αυξάνει τις απολαύσεις (τα κέρδη) μας;» (Κ. Μαρξ: «Το Κεφάλαιο», τόμος 1ος, σελ. 282-283)

Οι τραυματισμοί λόγω ενός εργατικού ατυχήματος μπορεί να υποβαθμίσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του υπαλλήλου ακόμα και για το υπόλοιπο της ζωής του. Επιπλέον, οδηγούν συχνά σε υπέρογκες δαπάνες τόσο την οικογένεια του θύματος όσο και τον εργοδότη – κράτος. Φυσικά το πλέον δυσμενές γεγονός είναι ο θάνατος λόγω του ατυχήματος, οπου τίποτα δεν μπορεί να αναπληρώσει το συναισθηματικό κενό που δημιουργείται στους οικείους του θύματος. Αξιοσημείωτο είναι όμως ότι σύμφωνα με μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α., βρέθηκε ότι ποσοστό πλέον του 60% ανώτερων οικονομικών στελεχών διαφόρων εταιριών, υποστηρίζουν ότι για κάθε 1 δολάριο που δαπανάται για προγράμματα αποτροπής εργατικών ατυχημάτων, αποδίδονται πίσω 2 ή και παραπάνω δολάρια.<sup>33</sup>

Τα εργατικά ατυχήματα οφείλονται σε τρεις κυρίως αιτίες οι οποίες είναι: τα τυχαία περιστατικά, οι επισφαλείς συνθήκες εργασίας και οι επικίνδυνες συμπεριφορές των υπαλλήλων. Βέβαια τα τυχαία περιστατικά, όπως το να χτυπηθεί κάποιος από κεραυνό, αναμφίβολα προκαλούν εργατικά ατυχήματα όμως σπανίως μπορούν να ελεγχθούν, να προβλεφθούν και να αποφευχθούν από οποιονδήποτε προϊόντα των επιχειρήσεων των πυροσβεστών. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίον θα δοθεί βαρύτητα στις δυο άλλες αιτίες που προαναφέρθηκαν.<sup>34</sup>

## **Η υγεία και ασφάλεια στο Πυροσβεστικό Σώμα**

Παρόλο που οι έλεγχοι του Σ.ΕΠ.Ε. ποτέ δεν είχαν ως αντικείμενο το Πυροσβεστικό Σώμα αλλά κυρίως τον Ιδιωτικό Τομέα, θεωρείται ενδιαφέρον το γεγονός ότι ως οι πιο συχνές αιτίες εργατικών ατυχημάτων αναφέρονται η ολίσθηση ή πτώση από ύψος, απώλεια ελέγχου μηχανήματος ή εργαλείου, πτώσεις αντικειμένων και ηλεκτροπληξίες. Δηλαδή οι πιο συχνές αιτίες των εργατικών ατυχημάτων βρίσκονται σε αυτές τις συνθήκες εργασίας που ο Έλληνας πυροσβέστης συναντά ακόμα και στα πιο απλά καθημερινά συμβάντα.

Σχετικά με τα ζητήματα ασφάλειας η τάση που παρατηρείται πλέον απέχει πολύ από την αντίληψη ότι «οι εργαζόμενοι θα πρέπει να μεριμνήσουν για την ίδια τους την ασφάλεια και υγεία». Η ασφάλεια και η υγεία είναι αναγκαίο να ξεκινούν από την

---

<sup>33</sup> *Steep Price Tag for Workplace Injuries*, Occupational Hazards 67 (December 2005): 12

<sup>34</sup> Gary Dessler, *Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού Βασικές έννοιες και σύγχρονες τάσεις*, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Κριτική, 2015, σελ.522-523

κορυφή ενός οργανισμού. Άλλωστε οι περισσότεροι κίνδυνοι κατά την εκτέλεση της εργασίας δεν είναι ορατοί και προφανείς, όπως για παράδειγμα ένα ολισθηρό δάπεδο. Διάφοροι αφανείς κίνδυνοι είναι η αστοχία του μηχανολογικού εξοπλισμού, η έκθεση σε χημικές ή άλλες επικίνδυνες ουσίες, το εργασιακό άγχος, έκθεση σε βλαβερούς βιολογικούς παράγοντες αλλά και η υπερεργασία και η μη επαρκής ξεκούραση και αποκατάσταση του οργανισμού πριν την ανάληψη των καθηκόντων.<sup>35</sup>

Από τους παραπάνω κινδύνους η έκθεση σε χημικές και άλλες επικίνδυνες ουσίες θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι είναι αναπόφευκτο για το επάγγελμα του πυροσβέστη. Για τους υπόλοιπους παράγοντες όμως δεν ισχύει το ίδιο.

### **Έλεγχος μηχανολογικού εξοπλισμού και εγκαταστάσεων**

Δεν ανήκει στο μακρινό παρελθόν αλλά μόλις στο Δεκέμβρη του 2012, το περιστατικό κατά το οποίο Έλληνας πυροσβέστης έμεινε ανάπηρος μετά από χρήση αναπνευστικής συσκευής ανοιχτού κυκλώματος η οποία δεν είχε συντηρηθεί σωστά.<sup>36</sup> Επιπλέον, με αφορμή και αυτό το συμβάν, εκδόθηκε το Σεπτέμβριο του 2015 η εγκύκλιος 117 σχετικά με τη συντήρηση των μέσων ατομικής προστασίας (Μ.Α.Π.). Όμως αυτό δε σημαίνει ότι τα όποια κενά σχετικά με τη συντήρηση και έλεγχο του συνόλου των Μ.Α.Π., αλλά και του υπόλοιπου μηχανολογικού εξοπλισμού, έχουν καλυφθεί πλήρως. Το ενδιαφέρον του κάθε υπαλλήλου και του εκάστοτε αξιωματικού υπηρεσίας δεν αρκούν. Μια τρίτη δικλείδα ασφαλείας όπως η περιοδική επιθεώρηση από τον τεχνικό ασφαλείας μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη. Το συγκεκριμένο μέτρο εξάλλου προβλέπεται ήδη από τη σχετική νομοθεσία<sup>37</sup> και είναι υποχρέωση κάθε οργανισμού να το εφαρμόζει.

Στις επιχειρήσεις που απασχολούν λιγότερους από 50 εργαζομένους ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας. Ο τεχνικός ασφαλείας παρέχει στον εργοδότη υποδείξεις και συμβουλές, γραπτά ή προφορικά, σε θέματα σχετικά με την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων και την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων. Τις γραπτές υποδείξεις ο τεχνικός ασφαλείας καταχωρεί σε

---

<sup>35</sup> Puncocchar Paul, «The Science and Art to Identifying Workplace Hazards», Occupational Hazards (Σεπτέμβριος 2003), σελ. 50-54

<sup>36</sup> Ειδησεογραφικός ιστότοπος: <http://www.nantiareport.gr/anapiria-90-archipirosvestis-apo-ti-chrisi-mi-sintirimenis-anapnefstikis-siskevis/>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 12-11-2017

<sup>37</sup> Βλ. Ν. 3850/2010

ειδικό βιβλίο της επιχείρησης. Ο εργοδότης έχει υποχρέωση να λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο.

Ειδικότερα ο τεχνικός ασφάλειας συμβουλεύει σε θέματα σχεδιασμού, προγραμματισμού, κατασκευής και συντήρησης των εγκαταστάσεων, εισαγωγής νέων παραγωγικών διαδικασιών, προμήθειας μέσων και εξοπλισμού, επιλογής και ελέγχου της αποτελεσματικότητας των ατομικών μέσων προστασίας, καθώς και διαμόρφωσης και διευθέτησης των θέσεων και του περιβάλλοντος εργασίας και γενικά οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας. Επιπροσθέτως ελέγχει την ασφάλεια των εγκαταστάσεων και των τεχνικών μέσων, πριν από τη λειτουργία τους, καθώς και των παραγωγικών διαδικασιών και μεθόδων εργασίας πριν από την εφαρμογή τους και επιβλέπει την εφαρμογή των μέτρων υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και πρόληψης των ατυχημάτων, ενημερώνοντας σχετικά τους αρμόδιους προϊσταμένους των τμημάτων ή τη διεύθυνση της επιχείρησης.<sup>38</sup>

### **Το εργασιακό άγχος των πυροσβεστών**

Το εργασιακό άγχος στους πυροσβέστες δημιουργείται πρώτα από όλα από τις καταστροφικές και πολλές φορές μακάβριες εικόνες, στα συμβάντα που επεμβαίνουν. Η δημιουργία όμως εργασιακού άγχους μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους εξωγενείς παράγοντες όπως το ωράριο εργασίας και η ένταση αυτής, η εργασιακή ανασφάλεια, η διαδρομή από και προς την εργασία.<sup>39</sup> Επίσης η εργασιακή κόπωση τείνει να αυξάνεται τόσο εξαιτίας των περικοπών προσωπικού όσο και της ανάγκης για άσκηση δεύτερης εργασίας προκειμένου να ανταπεξέλθει ένας υπάλληλος στις οικογενειακές υποχρεώσεις του.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Ν.3850/2010 άρθρο 14

<sup>39</sup> «Stress: How to Cope with Life's Challenges», American Family Physician 74:8, 15-10-2006

<sup>40</sup> Το συμπέρασμα αυτό έχει εξαχθεί από στατιστική μελέτη απαντήσεων Διευθυντών Ανθρωπίνων Πόρων, μεγάλων αμερικανικών εταιριών η οποία δημοσιεύθηκε στο: «The Yawning of a New Era», Michelle Rafter, Workforce Magazine, 8 Δεκεμβρίου 2010.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο αναγνώστης του παραπάνω άρθρου να έχει υπόψη τις, πλέον αντιεπιστημονικές και επικίνδυνες για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, προτάσεις που γίνονται στη χώρα μας με το πρόσχημα της άσχημης οικονομικής κατάστασης των πολιτών. Μια αντίστοιχη πρόταση έγινε από συνδικαλιστική οργάνωση πυροσβεστικών υπαλλήλων στις 5 Απριλίου 2017 με τίτλο: «Νομιμοποίηση άσκησης δεύτερης εργασίας: Θέμα ταμπού ή μήπως ώριμο φρούτο;». Ιστότοπος: <http://epayps.blogspot.gr/2017/04/blog-post.html>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 7-10-2017

Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους μπορεί να είναι αρκετά σοβαρές. Σε αυτές περιλαμβάνονται αγχωτικές διαταραχές, κατάθλιψη, θυμός, καρδιαγγειακά προβλήματα, πονοκέφαλοι και εμφράγματα.<sup>41</sup> Φυσικά τα αρνητικά αποτελέσματα δεν αφορούν μόνο τους εργαζόμενους αλλά και την ίδια την υπηρεσία αφού οδηγούν σε μειωμένη απόδοση, περισσότερες καθημερινές απουσίες και διατύπωση συνεχών παραπόνων από τους υπαλλήλους. Υπολογίζεται ότι όταν οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό έχουν υψηλά επίπεδα άγχους το κόστος της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης μπορεί να είναι μέχρι και 46% υψηλότερο.<sup>42</sup> Βεβαίως δεν είναι όλες οι μορφές άγχους αρνητικές αφού αρκετοί άνθρωποι γίνονται πιο παραγωγικοί όταν χρειάζεται να προλάβουν μια προθεσμία.

Για τους παραπάνω λόγους έχει ιδρυθεί με την υπ' αριθμ. 11933 Φ.109.1 από 20-03-2017 Απόφαση Αρχηγού Π.Σ. «Σύσταση Γραφείου Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας στη Διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων του Επιτελείου Πυροσβεστικού Σώματος» και λειτουργεί το Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας (Γ.Ψ.Μ.). Βασική αποστολή του Γ.Ψ.Μ. είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας, δηλαδή ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλευτική και ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας, κοινωνικού ενδιαφέροντος και καθημερινότητας προς τους υπαλλήλους του Πυροσβεστικού Σώματος, σε ατομικό, εργασιακό και οικογενειακό επίπεδο που βιώνουν συναισθηματική κρίση ή οποιουδήποτε είδους ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Επίσης, η συνδρομή σε αρμόδιες Αρχές και δημόσιες Υπηρεσίες για την παροχή κάθε σχετικής δυνατής βοήθειας στα πληγέντα άτομα ή στους συγγενείς των θυμάτων καθώς και η επιτόπια παροχή βραχείας ψυχοκοινωνικής στήριξης στο προσωπικό σε περιπτώσεις φυσικών, τεχνολογικών και λοιπών καταστροφών που επεμβαίνει το Π.Σ. .

Για την εκπλήρωση της παραπάνω αποστολής, ενδεικτικά αναφέρεται η παρακάτω παροχή υπηρεσιών:

- Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσλειτουργικών εκδηλώσεων της συμπεριφοράς στο εργασιακό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.
- Ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα, ομάδες και οικογένεια.

---

<sup>41</sup> C.L. Cooper, J. Marshall - From Stress to Wellbeing, Volume 1, 2013 – Springer και επίσης Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions., *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41

<sup>42</sup> Gary Dessler, Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού Βασικές έννοιες και σύγχρονες τάσεις, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Κριτική, 2015, σελ.543

- Υποστήριξη ψυχολογικής προσαρμογής των νεοκατατασσόμενων στο Π.Σ.
- Πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού, επιχειρησιακού και μετατραυματικού στρες.
- Μελέτη, ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλων ψυχομετρικών και ψυχοτεχνικών δοκιμασιών.
- Έρευνα σε θέματα ψυχοκοινωνικής φύσεως, με στόχο τον εντοπισμό των ιδιαίτερων προβλημάτων που εμφανίζονται στους υπαλλήλους του Π.Σ. και υποβολή προτάσεων για την πρόληψη, βελτίωση και αντιμετώπισή τους.
- Διοργάνωση διαλέξεων, ημερίδων και λοιπών εκπαιδευτικών – ενημερωτικών δράσεων για τους υπαλλήλους του Π.Σ., με στόχο την ευαισθητοποίηση, πρόληψη και προαγωγή στα θέματα ψυχικής υγείας.
- Συνεργασία με την Υγειονομική Υπηρεσία Πυροσβεστικού Σώματος, σε θέματα ειδικότητάς τους.
- Επικοινωνία και συνεργασία με συναφείς υπηρεσίες των Ενόπλων Δυνάμεων και Σωμάτων Ασφαλείας, για την ανταλλαγή εμπειριών, καλών πρακτικών, εκπαιδύσεων και από κοινού δράσεων. Επίσης, συνεργασία με λοιπές συναφείς Δομές και Φορείς που παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κοινωνικές Υπηρεσίες, κ.α.) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Στο Γραφείο μπορεί να απευθύνεται όλο το εν ενεργεία ένστολο και πολιτικό προσωπικό του Π.Σ. από όλη την επικράτεια, καθώς και οι συνταξιούχοι, είτε τηλεφωνικά, είτε με ηλεκτρονική επικοινωνία, είτε με φυσική παρουσία. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα απογευματινών συνεδριών.

Παρόλο που το συγκεκριμένο εγχείρημα είναι αρκετά πρόσφατο και δε μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα από τη δραστηριότητά του, αναμφίβολα πρόκειται για θετική εξέλιξη. Παραμένει όμως αδύναμο σημείο το γεγονός ότι η λειτουργία του ανήκει στον τομέα ευθύνης της Διεύθυνσης Ανθρώπινων Πόρων. Από τις πρώτες γραμμές της συγκεκριμένης εργασίας υποστηρίχθηκε ότι η υγεία και ασφάλεια του προσωπικού ανήκει στις 5 βασικές δραστηριότητες της Δ.Α.Δ.. Όμως κάτι τέτοιο ισχύει γενικότερα για τους διάφορους οργανισμούς και επιχειρήσεις. Στην περίπτωση του Πυροσβεστικού Σώματος όπου υπάρχει ήδη οργανωμένη Υγειονομική Υπηρεσία, το συγκεκριμένο γραφείο θα έπρεπε να αποτελεί τμήμα της, ώστε να υπάρχει στενότερη συνεργασία με τους αξιωματικούς-ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και ιδιαίτερα με ψυχιάτρους.

## Υπερεργασία και επαρκής ξεκούραση των πυροσβεστικών υπαλλήλων

Οι αρνητικές επιπτώσεις της υπερβολικής εργασίας έχουν παρατηρηθεί εμπειρικά από τον ελληνικό λαό σε σημείο που αποτυπώθηκε ως συμπέρασμα στη λαϊκή παροιμία: «Η πολύ δουλειά τρώει τον αφέντη». Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα που διανύουμε βέβαια υπάρχει πληθώρα επιστημονικών δεδομένων που υποστηρίζουν τη συγκεκριμένη άποψη.

Από τις πρώτες επιπτώσεις που έχει σε έναν υπάλληλο η υπερεργασία και η μη επαρκής ξεκούραση, μπορεί να είναι η επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Αν και στην κατάσταση αυτή σπανίως παρατηρούνται θανατηφόρα περιστατικά είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς το άτομο μεταπίπτει σε μια φάση ανικανότητας κατά την οποία υπάρχει έντονη απογοήτευση και απώλεια της αίσθησης σκοπού και επίτευξης στην εργασία. Η εξάντληση μπορεί να είναι τόσο σωματική όσο και ψυχική.<sup>43</sup> Στην κατάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης δίδεται η εντύπωση ότι το σώμα και το μυαλό του υπαλλήλου είναι ανίκανα να διαχειριστούν τις υπέρογκες απαιτήσεις της εργασίας τους.<sup>44</sup>

Πρόκειται για κάτι διαφορετικό από το εργασιακό άγχος διότι άτομα που στο παρελθόν επιδείκνυαν ιδιαίτερο ζήλο και πάθος για την εργασία τους πλέον οδηγούνται στην απογοήτευση και την πλήρη απώλεια ενδιαφέροντος για ότι κάνουν. Μάλιστα πολλές φορές παρατηρείται σε ηλικίες 35-45 ετών με συνέπεια την αναθεώρηση της καριέρας οδηγώντας σε προσωρινές οικειοθελείς αποχωρήσεις από την εργασία. Αν και ορισμένα άτομα είναι περισσότερο ευάλωτα λόγω της ανατροφής και του χαρακτήρα τους, το σύνδρομο αυτό μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε. Ιδιαίτερα αρνητική συνέπεια του συνδρόμου αυτού είναι το γεγονός ότι είναι μεταδοτικό και μπορεί να επηρεάσει ολόκληρη την ομάδα στην οποία συμμετέχει ο υπάλληλος.

Πέρα από τις επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο, η επαγγελματική εξουθένωση εκτιμάται ότι έχει αρκετά υψηλό οικονομικό κόστος και για τον οργανισμό/υπηρεσία αφού προκαλεί μείωση παραγωγικότητας, αυξημένο αριθμό εθελούσιων εξόδων και γενικά μείωση της αποδοτικότητας του προσωπικού. Για παράδειγμα το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Διαχείρισης Άγχους, εκτιμά το κόστος του συγκεκριμένου συνδρόμου

<sup>43</sup> Kristen LeClair, "Burn Out!", RDH 27 (June 2007): 36/104

<sup>44</sup> Amit Mukherjee, "Beat the Burnout Blues", Bussiness Today 16 (December 30, 2007): 170-172



στην οικονομία των Η.Π.Α., σε ένα ποσό περίπου 300 εκατομμυρίων δολαρίων κάθε χρόνο.<sup>45</sup>

Δυστυχώς όμως η υπερεργασία και η μη επαρκής ανάπαυση των υπαλλήλων μπορεί να οδηγήσει και σε πιο σοβαρές καταστάσεις για την υγεία ή ακόμα και την ίδια τη ζωή.

Σε έρευνα<sup>46</sup> που διήρκησε για 32 χρόνια από το Πανεπιστημίου του Οχάιο, μελετήθηκαν στοιχεία που αφορούσαν τις εργασιακές συνήθειες 7.492 ανδρών και γυναικών. Οι περισσότεροι από τους εργαζόμενους ήταν άνω των 50 ετών κατά το πέρας της έρευνας. Το 28% των συμμετεχόντων εργάζονταν 30-40 ώρες την εβδομάδα. Το 56% εργάζονταν 41-50 ώρες, το 13% 51-60 ώρες την εβδομάδα, ενώ το 3% πάνω από 60 ώρες. Όταν συγκρίθηκαν οι άνδρες οι οποίοι εργάζονταν πάνω από 60 ώρες την εβδομάδα με εκείνους που εργάζονταν 30-40 ώρες, οι πρώτοι είχαν υπερδιπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης οστεοαρθρίτιδας ή ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Ο κίνδυνος των ανδρών να εκδηλώσουν άλλες χρόνιες παθήσεις δεν αυξανόταν ουσιαστικά. Μάλιστα, όσοι εργάζονταν 41-50 ώρες την εβδομάδα είχαν μικρότερο κίνδυνο καρδιακής νόσου, πνευμονοπάθειας και κατάθλιψης.

Από τα πιο σημαντικά ευρήματα ήταν εκείνο που προέκυψε από τη σύγκριση των γυναικών που εργάζονταν 30-40 ώρες την εβδομάδα με όσες εργάζονταν πάνω από 60 ώρες. Φάνηκε ότι οι τελευταίες είχαν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας. Για την ακρίβεια, είχαν τριπλάσιο κίνδυνο καρδιακής νόσου, μη δερματολογικού καρκίνου και διαβήτη, επίσης σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο άσθματος και σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες αρθρίτιδας. Ο κίνδυνος για τις γυναίκες άρχιζε να αυξάνεται όταν εργάζονταν πάνω από 40 ώρες την εβδομάδα και ξεπερνούσαν τις 50.

Ακόμα πιο συγκλονιστικά και αποκαλυπτικά είναι τα στοιχεία που προέρχονται από την Ιαπωνία όπου ο ειδικός όρος «*karoshi*» χρησιμοποιείται για τους θανάτους που οφείλονται σε υπερεργασία. Έτσι σε έρευνα<sup>47</sup> που είναι γνωστή από τις αρχές τις δεκαετίας του 1990, φάνηκε ότι οι θάνατοι 203 τέτοιων εργαζομένων οφειλότανε σε καρδιακή ανακοπή κατά προσέγγιση 61%, κολπική μαρμαρυγή 22% έμφραγμα 15%, ή ανεύρυσμα αορτής περίπου 2%. Πρόκειται για 196 άνδρες και 7 γυναίκες μέσης ηλικίας από τους οποίους το 66% εργαζότανε για περισσότερο από 60 ώρες την

<sup>45</sup> Steven Elwell, "Addicted to the Job?", *Sales and Marketing Management* 159 (March 2007): 45

<sup>46</sup> Dembe AE, Yao X., *Chronic Disease Risks From Exposure to Long-Hour Work Schedules Over a 32-Year Period*, *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2016 Sep. 58(9):861-7

<sup>47</sup> Tetsunojo UEHATA, *Long Working Hours And Occupational Stress-Related Cardiovascular Attacks Among Middle-Aged Workers In Japan*, *Journal of Human Ergology* Vol. 20 (1991) No. 2 P 147-153

εβδομάδα ή 50 ώρες πέραν του κανονικού ωραρίου μηνιαίως. Μάλιστα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι περίπου το 44% των θυμάτων βίωσε 24 ώρες πριν το θάνατο είτε έντονη συναισθηματική φόρτιση στο χώρο εργασίας είτε απότομη αύξηση του εργασιακού φόρτου είτε απότομες αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον.

Με βάση τα παραπάνω επιστημονικά δεδομένα μπορούν να εξηγηθούν ίσως και μια σειρά ατυχών περιστατικών στα πλαίσια του Πυροσβεστικού Σώματος Ελλάδας. Τον Αύγουστο του 2011 ο Αρχιπύραρχος Παναγιώτης Νίκας πεθαίνει από έμφραγμα με δημοσιεύματα της εποχής να κάνουν λόγο για υπερεργασία δίχως όριο τις τελευταίες ημέρες της ζωής του. Παρόμοια προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν και ο διοικητής της Π.Υ. Σκοπέλου, Αθανάσιος Λυμπέρης, τον Ιούλιο του 2011 κατά τη διάρκεια πυρκαγιάς στο νησί, όπως και ο υποδιοικητής της Π.Υ. Κομοτηνής, Δημήτρης Δημητρακόπουλος, στα τέλη Φεβρουαρίου του 2011.<sup>48</sup> Πέντε χρόνια αργότερα τον Αύγουστο του 2016 ο Υποστράτηγος Νίκος Νικολακόπουλος παθαίνει εγκεφαλικό κάτω από παρόμοιες συνθήκες εργασίας με τους προηγούμενους υπαλλήλους.<sup>49</sup> Τον Αύγουστο του 2017, ο Υποστράτηγος Κωνσταντίνος Γιόβας αισθάνεται αδιαθεσία και μεταφέρεται στο στρατιωτικό νοσοκομείο 251-ΓΝΑ όντας επικεφαλής των πυροσβεστικών επιχειρήσεων σε μεγάλη πυρκαγιά στην Αττική.<sup>50</sup>

Σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο για το χρόνο εργασίας ισχύει ότι απαιτείται χρόνος ανάπαυσης μεταξύ εργασίας τουλάχιστον 11 ώρες και ο μέγιστος χρόνος εργασίας ανά εβδομάδα είναι οι 48 ώρες.<sup>51</sup> Πιο συγκεκριμένα Με την περίπτωση 2 της υποπαραγράφου ΙΑ.14 του άρθρου 1 του ν.4093/2012, καθιερώνεται για κάθε περίοδο είκοσι τεσσάρων (24) ωρών, ελάχιστη ημερήσια ανάπαυση έντεκα (11) συνεχών ωρών αντί των δώδεκα (12) ωρών που ίσχυε πριν.<sup>52</sup> Η περίοδος αυτή των είκοσι τεσσάρων (24) ωρών έχει ως έναρξη την 00.01' και λήξη την 24.00' ώρα. Η ελάχιστη ημερήσια αυτή ανάπαυση ισχύει και για τις περιπτώσεις των βαρδιών έτσι όπως αυτές προβλέπονται ως σύστημα εργασίας στο ΠΔ 88/99. Ως εκ τούτου, σε εργαζόμενο που απασχολείται με σύστημα βαρδιών θα πρέπει από τη λήξη της μιας βάρδιας μέχρι την έναρξη της επόμενης, να μεσολαβεί ημερήσια ανάπαυση 11

---

<sup>48</sup> [http://kaythpena2011.blogspot.gr/2011/08/blog-post\\_4319.html](http://kaythpena2011.blogspot.gr/2011/08/blog-post_4319.html), ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 13-11-2017

<sup>49</sup> <http://www.iefimerida.gr/news/285094/ypostratigos-tis-pyrosvestikis-stin-patra-epathe-egkefaliko-tin-ora-toy-kathikontos>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 13-11-2017

<sup>50</sup> <http://www.mag24.gr/pyrini-kolasi-ston-kalamo-kai-gontai-spitia-travmatistike-o-stratigos-giovas-tis-pyrosvestikis/>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 13-11-2017

<sup>51</sup> Ν. 4093/2012 υποπάργραφος ΙΑ.14, περίπτωση 2

<sup>52</sup> Η συγκεκριμένη νομοθετική αλλαγή ήταν αυτή με την οποία αντικαταστάθηκε το άρθρο 3 του ΠΔ 88/1999

συνεχών ωρών, χωρίς να περιορίζεται από την περίοδο των είκοσι τεσσάρων (24) ωρών που έχει ως έναρξη την 00.01' και λήξη την 24.00' ώρα.

Βέβαια ένα καταστροφικό συμβάν μεγάλης έκτασης μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερο και απρόβλεπτο περιστατικό η αντιμετώπιση του οποίου απαιτεί αποκλίσεις από τα συγκεκριμένα χρονικά όρια που έθεσε ο νομοθέτης. Στην περίπτωση αυτή και γενικότερα για κάθε εργασία ανάλογα με το πόσο βαριά είναι και τι είδος απαιτήσεων έχει, η διασφάλιση όλων των αναγκαίων μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των πολιτών πρέπει να είναι ενιαία. Κάθε ανθρώπινη ζωή έχει την ίδια ανεκτίμητη αξία. Άρα με την ταυτόχρονη διασφάλιση ότι θα αντιμετωπιστεί η φυσική ή η τεχνολογική καταστροφή και κάθε άλλο συμβάν στο οποίο εμπλέκεται η Πυροσβεστική Υπηρεσία ώστε να προστατευθούν και οι κάτοικοι και το περιβάλλον, απαιτείται η ύπαρξη του αναγκαίου προσωπικού σε αριθμό με κατάλληλη εκπαίδευση που θα πρέπει να παρακολουθείται από ιατρό εργασίας. Ο τελευταίος θα πρέπει να είναι τοποθετημένος στην κατάλληλη θέση και να έχει την επάρκεια κατάλληλων τεχνικών μέσων. Σε κάθε περίπτωση, δεν μπορεί να καταστρατηγείται η πρόβλεψη για 11 ώρες ανάπαυση μεταξύ εργασίας και ανώτατο όριο εβδομαδιαίως 48 ώρες που υπάρχει σήμερα στη νομοθεσία.

Στην περίπτωση μάλιστα που αποδειχθεί μέσα από τις έρευνες και παρατηρήσεις της Υγειονομικής Υπηρεσίας το προφανές του βαρέως και ανθυγιεινού χαρακτήρα του πυροσβεστικού επαγγέλματος, τότε μέσω της ίδιας οδού θα πρέπει υποχρεωτικά να εξεταστεί η ακόμα μεγαλύτερη μείωση του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας με ταυτόχρονη αύξηση των ενδιάμεσων διαστημάτων ανάπαυσης. Έχοντας ως παράδειγμα το ωράριο εργασίας που υιοθετήθηκε σε ανεπτυγμένες δυτικές αλλά και άλλες χώρες τις προηγούμενες δεκαετίες<sup>53</sup> είναι πιθανή η ανάγκη για θέσπιση ενός ωραρίου δωρης εργασίας για 5 ημέρες την εβδομάδα.

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων ως το πλέον καταστροφικό μέτρο χαρακτηρίζεται η ευέλικτη απασχόληση χωρίς συγκεκριμένο ωράριο με την καθιέρωση του «ενεργού» κι «ανενεργού» χρόνου

---

<sup>53</sup> Στη Γαλλία το Φεβρουάριο του 2000 επί πρωθυπουργίας του Lionel Jospin υιοθετήθηκε το 35ωρο εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας ως γενική κατεύθυνση και όχι απλά για επαγγέλματα που ήταν χαρακτηρισμένα ως Βαρέα και Ανθυγιεινά. Η παραμονή στην εργασία πέραν αυτού του ωραρίου θεωρείται υπερωριακή απασχόληση.

Σύμφωνα με το βιβλίο «Working Time Around The World» των Shangeon Lee, Deirdre McCann, John C. Messenger, (εκδ. Routledge 2007) το 35-ωρο εβδομαδιαίο ωράριο υιοθετήθηκε το 2005 από το Βέλγιο αλλά και το Αφρικανικό κράτος του Τσαντ. Επίσης το ίδιο ωράριο ίσχυε για ορισμένα επαγγέλματα στη Σιγκαπούρη από το 1967.

εργασίας αφού κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει σε πλήθος υγειονομικών προβλημάτων όπως στεφανιαία νόσος, έλκος στομάχου και άλλες.<sup>54</sup>

### **Βασικές εργοδοτικές υποχρεώσεις με βάση το σύγχρονο νομικό πλαίσιο**

Σήμερα υπάρχουν αρκετά νομικά κείμενα και υπουργικές αποφάσεις που ρυθμίζουν ζητήματα υγείας και ασφάλειας στους εργασιακούς χώρους. Το σημαντικότερο από αυτά είναι ο νόμος 3850/2010 με τίτλο «Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων». Οι διατάξεις του συγκεκριμένου κώδικα εφαρμόζονται σε όλες τις επιχειρήσεις, εκμεταλλεύσεις και εργασίες του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα<sup>55</sup> και ρητά αναφέρεται ότι αφορούν και το ένστολο προσωπικό των ενόπλων δυνάμεων και των σωμάτων ασφαλείας με εξαίρεση ορισμένες δραστηριότητες του προσωπικού αυτού που παρουσιάζουν εγγενείς ιδιαιτερότητες.

Στην περίπτωση των εγγενών αυτών ιδιαιτεροτήτων για το ένστολο προσωπικό των σωμάτων ασφαλείας έχουν εφαρμογή οι διατάξεις του άρθρου 73 παρ. 1.<sup>56</sup> Στο άρθρο 73 αναφέρεται ότι *«με προεδρικά διατάγματα που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώμη του Σ.Υ.Α.Ε., καθορίζονται τα μέτρα υγιεινής, ασφάλειας και προστασίας της υγείας των εργαζομένων, που πρέπει να λαμβάνονται για την αποτροπή του επαγγελματικού κινδύνου κατά ειδικές εργασίες, είδη εργασιών ή δραστηριότητες»*. Επίσης, στο Ν. 4249/2014 αναφέρεται<sup>57</sup> ότι *«με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη, ρυθμίζονται θέματα προστασίας της υγείας και ασφάλειας του προσωπικού του Πυροσβεστικού Σώματος»*.

Παρόλα αυτά μέχρι σήμερα δεν έχει εκδοθεί κάποιο Προεδρικό Διάταγμα που να αφορά την υγεία και ασφάλεια των πυροσβεστικών υπαλλήλων. Αυτό σημαίνει ότι οι υποχρεώσεις για τον εργοδότη-κράτος παραμένουν απλά αυτές που ορίζονται από το γενικότερο νόμο 3850/2010. Όμως η αναφορά για τις «εγγενείς ιδιαιτερότητες» είναι

---

<sup>54</sup> Burgard, Sarah A., and Katherine Y. Lin. "Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities." *The American behavioral scientist* 57.8 (2013)

<sup>55</sup> Ν. 3850/2010 άρθρο 1

<sup>56</sup> Ν. 3850/2010 άρθρο 2

<sup>57</sup> Άρθρο 100 παράγραφος 3

γενική, χωρίς συγκεκριμένη τεκμηρίωση. Άλλωστε η επικινδυνότητα κάθε εργασίας καθορίζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και από το βαθμό εφαρμογής μέτρων πρόληψης. Ο στατικός διαχωρισμός εργασιών μόνο με βάση το είδος τους, όπως επιχειρείται στο συγκεκριμένο νόμο δεν επαρκεί για την εκτίμηση της επικινδυνότητας.

Κατά τον ίδιο νόμο, οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από πενήντα άτομα έχουν δικαίωμα να συνιστούν Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων (Ε.Υ.Α.Ε.), αποτελούμενη από εκλεγμένους εκπροσώπους τους στην επιχείρηση. Παραρτήματα, υποκαταστήματα, χωριστές εγκαταστάσεις ή αυτοτελείς εκμεταλλεύσεις, εξαρτημένες από την κύρια επιχείρηση, θεωρούνται αυτοτελείς επιχειρήσεις. Επομένως με βάση το γεγονός ότι αρκετοί πυροσβεστικοί σταθμοί απασχολούν συνολικά περισσότερους από 50 υπαλλήλους εξάγεται το συμπέρασμα ότι τέτοιες επιτροπές θα μπορούσαν και θα έπρεπε να υπάρχουν σε κάθε σταθμό. Η Ε.Υ.Α.Ε. είναι όργανο συμβουλευτικό και έχει αρμοδιότητες όπως να:<sup>58</sup>

- μελετά τις συνθήκες εργασίας στην επιχείρηση, προτείνει μέτρα για τη βελτίωση τους
- επισημαίνει τον επαγγελματικό κίνδυνο στους χώρους ή θέσεις εργασίας
- ενημερώνεται από τη διοίκηση της επιχείρησης για τα στοιχεία των εργατικών ατυχημάτων
- μπορεί να ζητεί τη συνδρομή εμπειρογνομόνων για θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του εργοδότη.

Επιπλέον, στις επιχειρήσεις που απασχολούν 50 και άνω εργαζομένους, ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφάλειας και ιατρού εργασίας.<sup>59</sup> Σχετικά με τις απαιτήσεις για την απασχόληση των παραπάνω ειδικών το άρθρο 10 του νόμου κατατάσσει τις διάφορες επιχειρήσεις και οργανισμούς ανά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας σε 3 κατηγορίες. Η κατάταξη αυτή ωστόσο είναι αρκετά γενική και σε ορισμένες περιπτώσεις ασαφής, ενισχύοντας το κενό που αναφέρθηκε για τις «εγγενείς ιδιαιτερότητες» ορισμένων δραστηριοτήτων στα πλαίσια του πυροσβεστικού επαγγέλματος. Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή το επάγγελμα του πυροσβέστη εντάσσεται εντελώς αυθαίρετα στη Β' κατηγορία τα χαρακτηριστικά της οποίας αγνοούνται. Στην πραγματικότητα αν

---

<sup>58</sup> Ν. 3850/2010 άρθρα 4-5

<sup>59</sup> Ν. 3850/2010 άρθρο 8

προσπαθήσει κανείς να συγκρίνει το συγκεκριμένο επάγγελμα, μόνο με αυτά της Α' κατηγορίας θα μπορούσε να βρει παρόμοιες δυσμενείς εργασιακές συνθήκες.

Πλεονέκτημα για το Πυροσβεστικό Σώμα αποτελεί το γεγονός ότι σήμερα έχει στις τάξεις του πλήθος πτυχιούχων υπαλλήλων που πληρούν τα οριζόμενα από το νόμο προσόντα και μπορούν να οριστούν ως τεχνικοί ασφαλείας στις κατά τόπους υπηρεσίες. Ενδεικτικά αναφέρονται ως κατάλληλα τα πτυχία των μηχανολόγων, ηλεκτρολόγων και πολιτικών μηχανικών από πολυτεχνικές σχολές καθώς και χημικών. Οι τεχνικοί ασφαλείας παρέχουν στον εργοδότη υποδείξεις και συμβουλές, γραπτά ή προφορικά, σε θέματα σχετικά με την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων και την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων. Ουσιαστικά έχουν ευθύνη για την επίβλεψη και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στην επιχείρηση. Η άσκηση του έργου του τεχνικού ασφαλείας δεν αποκλείει την ανάθεση σε αυτόν από τον εργοδότη και άλλων καθηκόντων, πέρα από το ελάχιστο όριο ωρών απασχόλησής του ως τεχνικού ασφαλείας. Άρα ένας υπάλληλος δε χρειάζεται να αποκοπεί εντελώς από τα συνήθη πυροσβεστικά του καθήκοντα εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν.<sup>60</sup>

Κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 21 του νόμου 3850/2010 σχετικά με την απασχόληση τεχνικών ασφαλείας μπορούν να γίνουν οι ακόλουθοι υπολογισμοί:

Κατηγορία Π.Σ. ως οικονομικού οργανισμού	<b>B</b>
Κατάταξη με βάση τον αριθμό εργαζομένων	5.001 και άνω
Ώρες ετήσιας απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας ανά εργαζόμενο	1
Σύνολο εργαζομένων	13.800
8ωρα ετήσιας απασχόλησης πυροσβεστικών υπαλλήλων	288
Σύνολο απαιτούμενων ωρών απασχόλησης	$13.800 \times 1 = \mathbf{13.800 \text{ ώρες}}$
Απαιτούμενα	$13.800 \text{ ώρες} / 8 = \mathbf{1.725 \text{ 8ωρα}}$
8ωρα ετήσιας απασχόλησης	
Συνολικός αριθμός τεχνικών ασφαλείας (προσεγγιστικά)	$1.725 / 288 = 5,98 \text{ άρα } \mathbf{6 \text{ τεχνικοί ασφαλείας}}$

Αν ωστόσο επικρατήσει η ορθότερη ταξινόμηση του Πυροσβεστικού Σώματος στην κατηγορία Α τότε οι παραπάνω υπολογισμοί διαμορφώνονται ως εξής:

<sup>60</sup> Ν. 3850/2010 άρθρο 11-15

Κατηγορία Π.Σ. ως οικονομικού οργανισμού	<b>A</b>
Κατάταξη με βάση τον αριθμό εργαζομένων	5.001 και άνω
Ώρες ετήσιας απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας ανά εργαζόμενο	2
Σύνολο εργαζομένων	13.800
8ωρα ετήσιας απασχόλησης πυροσβεστικών υπαλλήλων	288
Σύνολο απαιτούμενων ωρών απασχόλησης	$13.800 \times 2 = \mathbf{27.600 \text{ ώρες}}$
Απαιτούμενα 8ωρα ετήσιας απασχόλησης	$27.600 \text{ ώρες} / 8 = \mathbf{3.450 \text{ 8ωρα}}$
Συνολικός αριθμός τεχνικών ασφαλείας (προσεγγιστικά)	$3.450 / 288 = 11,98 \text{ άρα } \mathbf{12 \text{ τεχνικοί ασφαλείας}}$

Σχετικά με τους ιατρούς εργασίας αυτοί θα πρέπει να κατέχουν και να ασκούν την ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας, όπως πιστοποιείται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο. Κατ' εξαίρεση και υπό προϋποθέσεις, τα καθήκοντα του ιατρού εργασίας έχουν δικαίωμα να ασκούν οι ιατροί με οποιαδήποτε άλλη ή και καμία ειδικότητα, οι οποίοι στις 15-5-2009 είχαν συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ιατρού εργασίας. Επιπλέον ως βοηθητικό προσωπικό του ιατρού εργασίας μπορούν να προσλαμβάνονται νοσηλευτές με τα προσόντα που ορίζει ο νόμος.

Τα καθήκοντά του ιατρού εργασίας είναι να παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζομένους και στους εκπροσώπους τους, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Σε καμία περίπτωση ο ιατρός εργασίας δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για να επαληθεύει το δικαιολογημένο ή μη, λόγω νόσου, απουσίας εργαζομένου. Σημαντικό για την απασχόληση των ιατρών εργασίας είναι το γεγονός ότι επιτρέπεται η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην περιφέρεια άλλων ιατρικών συλλόγων χωρίς άδεια των συλλόγων αυτών.<sup>61</sup> Άρα ένας ιατρός εργασίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για περισσότερες περιφέρειες μέχρις ότου συμπληρωθεί το ωράριο εργασίας του.

Κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 21 του νόμου 3850/2010 σχετικά με την απασχόληση ιατρών εργασίας και αφού ληφθεί υπόψη ότι οι αξιωματικοί-ιατροί του

<sup>61</sup> Ν. 3996/2011 άρθρο 29 παράγραφος 1

Πυροσβεστικού Σώματος ακολουθούν το ίδιο ωράριο εργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό, μπορούν να γίνουν οι ακόλουθοι υπολογισμοί:

Κατηγορία Π.Σ. ως οικονομικού οργανισμού	<b>B</b>
Κατάταξη με βάση τον αριθμό εργαζομένων	5.001 και άνω
Ώρες ετήσιας απασχόλησης ιατρού εργασίας ανά εργαζόμενο	0,6
Σύνολο εργαζομένων	13.800
8ωρα ετήσιας απασχόλησης αξιωματικών υγειονομικού (ιατρών)	288
Σύνολο απαιτούμενων ωρών απασχόλησης	$13.800 \times 0,6 = \mathbf{8.280 \text{ ώρες}}$
Απαιτούμενα 8ωρα ετήσιας απασχόλησης	$8.280 \text{ ώρες} / 8 = \mathbf{1.035 \text{ 8ωρα}}$
Συνολικός αριθμός ιατρών εργασίας (προσεγγιστικά)	$1.035 / 288 = 3,6 \text{ άρα } \mathbf{4 \text{ ιατροί}}$

Αν ωστόσο επικρατήσει η ορθότερη ταξινόμηση του Πυροσβεστικού Σώματος στην κατηγορία Α τότε οι παραπάνω υπολογισμοί διαμορφώνονται ως εξής:

Κατηγορία Π.Σ. ως οικονομικού οργανισμού	<b>A</b>
Κατάταξη με βάση τον αριθμό εργαζομένων	5.001 και άνω
Ώρες ετήσιας απασχόλησης ιατρού εργασίας ανά εργαζόμενο	0,8
Σύνολο εργαζομένων	13.800
8ωρα ετήσιας απασχόλησης αξιωματικών υγειονομικού (ιατρών)	288
Σύνολο απαιτούμενων ωρών απασχόλησης	$13.800 \times 0,8 = \mathbf{11.040 \text{ ώρες}}$
Απαιτούμενα 8ωρα ετήσιας απασχόλησης	$11.040 \text{ ώρες} / 8 = \mathbf{1.380 \text{ 8ωρα}}$
Συνολικός αριθμός ιατρών εργασίας (προσεγγιστικά)	$1.380 / 288 = 4,8 \text{ άρα } \mathbf{5 \text{ ιατροί}}$

Κατά την παράγραφο 4 του άρθρου 16 του νόμου 3850/2010, «Ο ιατρός εργασίας υπάγεται απευθείας στη διοίκηση της επιχείρησης». Η διάταξη αυτή προφανώς εξυπηρετεί τη λογική της γρηγορότερης και αρτιότερης επικοινωνίας σχετικά με παράγοντες και καταστάσεις, που θέτουν το προσωπικό σε κίνδυνο.



Ωστόσο, ίσως να μην είναι και η πιο αποτελεσματική τακτική σε οργανισμούς που έχουν ήδη συγκροτημένο υγειονομικό τομέα στο οργανόγραμμά τους όπως το Πυροσβεστικό Σώμα. Άλλωστε όπως υπονοείται και από το Π.Δ. 210/1992 η συγκρότηση της Υγειονομικής Υπηρεσίας έγινε προς εξυπηρέτηση πρωτίστως αυτού του σκοπού, δηλαδή της υγείας και ασφάλειας των πυροσβεστών. Οι ιατροί μιας ειδικότητας επομένως δε μπορεί να είναι αποκομμένοι από το υπόλοιπο της Υγειονομικής Υπηρεσίας, γεγονός που φαίνεται να έχει αναγνωρίσει ο Ελληνικός Στρατός ο οποίος από την πρώτη στιγμή εντάσσει τους ιατρούς εργασίας στα πλαίσια του Υγειονομικού Σώματός του. Το καλύτερο ίσως να είναι η δημιουργία ενός τμήματος υγείας το οποίο θα περιλαμβάνει τους ιατρούς εργασίας και θα υπάγεται στη Διεύθυνση Υγειονομικού και ένα ξεχωριστό τμήμα ασφάλειας το οποίο θα περιλαμβάνει τους τεχνικούς ασφαλείας και θα υπάγεται στη Διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων. Έτσι επιτυγχάνεται καλύτερη επικοινωνία και συντονισμός μεταξύ του συνόλου των ιατρών. Μια τέτοια παρόμοια τακτική εφαρμόζεται σήμερα από την Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού (Δ.Ε.Η.) σύμφωνα με το οργανόγραμμά της.<sup>62</sup>

Στην περίπτωση όπου δεν υπάρχουν ιατροί εργασίας στη δύναμη του Πυροσβεστικού Σώματος, όπως συμβαίνει σήμερα, η νομοθεσία παρέχει τη δυνατότητα για υπογραφή σύμβασης παροχής τέτοιων υπηρεσιών από ιδιώτες ιατρούς ή εταιρίες. Το κόστος σε αυτή την περίπτωση ίσως να είναι ελαφρώς μειωμένο, όμως αντίστοιχα μειωμένη είναι κατά κανόνα και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Έτσι η στόχευση του οργανισμού πρέπει να είναι η εκπαίδευση και ανάδειξη ιατρών εργασίας μέσα από το υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό του με τα κατάλληλα κίνητρα και προσανατολισμό ή η στρατολόγηση ιατρών εργασίας στις γραμμές του.

---

<sup>62</sup> <https://www.dei.gr/el/i-dei/i-etairia/organwtiki-domi>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 13/12/2017

## Κατάρτιση και εκπόνηση σχεδίων πρόληψης αναφορικά με την υγεία του πυροσβεστικού προσωπικού

Το πυροσβεστικό επάγγελμα λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών προκαλεί ιδιαίτερη καταπόνηση στον οργανισμό και την ψυχολογία εκείνου που το ασκεί. Η ξαφνική έντονη δραστηριότητα, η ανεπαρκής τεχνική, η κόπωση, πτώσεις και ολισθήσεις, ανήκουν στις βασικές αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν περιστασιακά ή και χρόνια προβλήματα στην υγεία των πυροσβεστών. Επίσης σύμφωνα με έρευνες στην ελληνική επικράτεια, σημαντικές συσχετίσεις καταδείχθηκαν μεταξύ τραυματισμών και ηλικίας, εργασιακής εμπειρίας, φυσικής κατάστασης, μειωμένης όρασης, δυσκολίας στην αναπνοή λόγω καπνού και τοξικών αερίων, αιφνίδιας ανύψωσης βάρους, ανεπαρκούς τεχνικής και έλλειψης προσωπικού και εξοπλισμού.<sup>63</sup>

Από την άλλη πλευρά οι ψυχολογικές επιπτώσεις μειώνουν την ποιότητα της καθημερινής ζωής και επηρεάζουν της διαπροσωπικές σχέσεις του υπαλλήλου. Επίσης, μελέτη 3.289 Ελλήνων πυροσβεστών, έδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τραυματισμών σχετιζόμενων με την εργασία, του συνδρόμου εργασιακής εξουθένωσης (burnout syndrome), των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, της ηλικίας, της εργασιακής εμπειρίας και της φυσικής κατάστασης. Μάλιστα, ως το πιο τραυματικό γεγονός αναφέρεται η «αντιμετώπιση του θανάτου ή της διάσωσης ενός παιδιού» και ο κορυφαίος παράγοντας άγχους ήταν η «κατάθλιψη για την ευθύνη αναφορικά με την ποιότητα της ζωής των θυμάτων».<sup>64</sup> Η άποψη του Ιπποκράτη περίπου 2.500 χρόνια πριν ότι: «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν» σήμερα έχει επιβεβαιωθεί από χιλιάδες ιατρικές μελέτες. Επομένως, είναι σημαντική η κατάρτιση και εκπόνηση σχεδίων πρόληψης αναφορικά με την υγεία του πυροσβεστικού προσωπικού με ευθύνη φυσικά της Υγειονομικής Υπηρεσίας.

---

<sup>63</sup> Katsavouni, F., Bebetos E., Malliou P., Beneka A, *The type and causes of injuries in firefighters.*, Archives of Hellenic Medicine 2014, Vol. 31 Issue 4, p446-451. 6p

<sup>64</sup> F. Katsavouni E. Bebetos P. Malliou A. Beneka, *The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters*, Occupational Medicine, Volume 66, Issue 1, 1 January 2016, Pages 32–37

## Διαδικασίες υγειονομικών εξετάσεων

Η διαδικασία πρόληψης όπως είναι λογικό δεν μπορεί παρά να ξεκινάει με την κατάταξη ενός πολίτη στο Πυροσβεστικό Σώμα. Σύμφωνα με τον Κανονισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας του Πυροσβεστικού Σώματος (Κ.Ε.Υ.Π.Σ.), η επιτροπή αναρρωτικών αδειών του νομού Αττικής λειτουργεί και ως επιτροπή κατάταξης, όπου εξετάζει και αποφαινεται σε πρώτο και τελευταίο βαθμό για τη σωματική ικανότητα και καταλληλότητα από υγειονομικής πλευράς των υποψηφίων για κατάταξη στο Πυροσβεστικό Σώμα. Η επιτροπή γνωματεύει με βάση τους πίνακες νοσημάτων, παθήσεων και βλαβών που ισχύουν κάθε φορά για την κατάταξη σε στρατιωτικές σχολές<sup>65</sup> και σε περιπτώσεις που οι πίνακες δεν καλύπτουν πλήρως την κρινόμενη υπόθεση η επιτροπή γνωματεύει σύμφωνα με τις επικρατούσες ιατρικές αντιλήψεις.

Κάθε υποψήφιος με βάση το Π.Δ. 11/2014 εξετάζεται από Αξιωματικούς του Υγειονομικού της ειδικότητας των Ιατρών.<sup>66</sup> Οι υποψήφιοι για τα μόνιμα στελέχη Αξιωματικών και Υπαξιωματικών, οι μαθητές των Στρατιωτικών Σχολών (ΑΣΕΙ, ΑΣΣΥ), όπως και οι υποψήφιοι εθελοντές των Ενόπλων Δυνάμεων κρίνονται:

(1)Κατάλληλοι.

(2)Ακατάλληλοι.<sup>67</sup>

Με τον προσδιορισμό «Κατάλληλοι» κρίνονται όσοι ανήκουν στην Πρώτη κατηγορία Σωματικής Ικανότητας (I/1).

Από την πρώτη λοιπόν μέρα ένας ατομικός φάκελος για κάθε υπάλληλο με όλα τα στοιχεία υγειονομικού ενδιαφέροντος θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τον καθορισμό όλων των προληπτικών ενεργειών που πρέπει να γίνονται κάθε στιγμή. Ο φάκελος αυτός θα πρέπει να τηρείται από την υγειονομική υπηρεσία και να ενημερώνεται συνεχώς με τα αποτελέσματα οποιασδήποτε επίσκεψης σε ιατρό. Η διαδικασία αυτή αποτελεί υποχρέωση για την υγειονομική υπηρεσία αλλά και από τη μεριά του υπαλλήλου χρειάζεται η απαραίτητη ευαισθητοποίηση σε ένα θέμα που αφορά την προσωπική του υγεία.

Κατά τη διάρκεια της καριέρας τους βέβαια θα πρέπει να γίνεται περιοδικός υγειονομικός έλεγχος των υπαλλήλων. Δυστυχώς μέχρι και σήμερα δεν προβλέπεται

---

<sup>65</sup> Οι σχετικοί πίνακες αναφέρονται στο Π.Δ. 11/2014 «Κρίση Σωματικής Ικανότητας των στρατευσίμων, αυτών που κατατάσσονται στις Ένοπλες Δυνάμεις, καθώς και του στρατιωτικού προσωπικού γενικά» όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ΦΕΚ 3513Β'/29-12-2014

<sup>66</sup> Π.Δ. 11/2014, άρθρο 1, παράγραφος 2β.

<sup>67</sup> Π.Δ. 11/2014, άρθρο 2, παράγραφος 1β.

κάποια τέτοια διαδικασία για τους πυροσβεστικούς υπαλλήλους. Αντιθέτως, οργανισμοί όπως ο Στρατός Ξηράς, η Πολεμική Αεροπορία και το Πολεμικό Ναυτικό έχουν ένα αρκετά ικανοποιητικό σύστημα διενέργειας προληπτικών εξετάσεων για το προσωπικό τους. Ακόμα και η Ελληνική Αστυνομία καλύπτεται ως ένα βαθμό θεσμικά αφού προβλέπεται, το ένστολο προσωπικό της να υποβάλλεται σε ιατρικό έλεγχο, ο οποίος διακρίνεται σε τακτικό και έκτακτο.<sup>68</sup> Ο ιατρός εργασίας προβαίνει στον σχετικό με την κατά περίπτωση θέση εργασίας τακτικό ιατρικό έλεγχο του ένστολου προσωπικού, σύμφωνα με πρόγραμμα που καθορίζεται από τη Διεύθυνση Υγειονομικού του Αρχηγείου Ελληνικής Αστυνομίας. Ο ίδιος ιατρός μεριμνά για τη διενέργεια των απαιτούμενων ιατρικών εξετάσεων, την αξιολόγηση και τήρηση των αποτελεσμάτων. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι ενώ για το προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας που συμμετέχει σε υπηρεσίες ρυθμίσεις τροχαίας κυκλοφορίας προβλέπεται σπιρομετρικός έλεγχος,<sup>69</sup> κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται για τους πυροσβέστες οι οποίοι αποδεδειγμένα εκτίθενται σε πολύ υψηλότερες συγκεντρώσεις τοξικών καυσαερίων.

Δεδομένης λοιπόν και της συνεργασίας μεταξύ Πυροσβεστικού Σώματος και στρατιωτικών νοσοκομείων η τεχνογνωσία για ένα τέτοιο ζήτημα δεν βρίσκεται και πολύ μακριά.

Ο νόμος 3850/2010 με τίτλο «Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων» εισάγει, αν και πολύ γενικά την ανάγκη της πρόληψης όσο αφορά την υγεία των εργαζομένων. Πιο συγκεκριμένα ορίζει ότι ο ιατρός εργασίας οφείλει να παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζομένους και στους εκπροσώπους τους, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Μάλιστα, τις γραπτές υποδείξεις ο ιατρός εργασίας προβλέπεται να τις καταχωρεί σε ειδικό βιβλίο και ο εργοδότης λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο.

Τα θέματα για τα οποία συμβουλεύει ο ιατρός εργασίας είναι:

α) σχεδιασμού, προγραμματισμού, τροποποίησης της παραγωγικής διαδικασίας, κατασκευής και συντήρησης εγκαταστάσεων, σύμφωνα με τους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων,

---

<sup>68</sup> Π.Δ. 45/2008 «Μέτρα υγιεινής και ασφάλειας ένστολου προσωπικού της Ελληνικής Αστυνομίας»

<sup>69</sup> Π.Δ. 45/2008 άρθρο 2, παράγραφος 3β

β) λήψης μέτρων προστασίας κατά την εισαγωγή και χρήση υλών και προμήθειας μέσων εξοπλισμού,

γ) φυσιολογίας και ψυχολογίας της εργασίας, εργονομίας και υγιεινής της εργασίας, της διευθέτησης και διαμόρφωσης των θέσεων και του περιβάλλοντος της εργασίας και της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας

δ) οργάνωσης υπηρεσίας παροχής πρώτων βοθηθιών

ε) αρχικής τοποθέτησης και αλλαγής θέσης εργασίας για λόγους υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, καθώς και ένταξης ή επανένταξης μειονεκτούντων ατόμων στην παραγωγική διαδικασία, ακόμη και με υπόδειξη αναμόρφωσης της θέσης εργασίας.

Ωστόσο, ο ιατρός εργασίας δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για να επαληθεύει το δικαιολογημένο ή μη, λόγω νόσου, απουσίας εργαζομένου κάτι φυσικά που δεν έχει και καμία σχέση με το γενικότερο σκοπό της προληπτικής ιατρικής.<sup>70</sup>

Βέβαια για το Πυροσβεστικό Σώμα ως παραγωγική διαδικασία μπορεί να εννοηθεί η υλοποίηση των σχεδίων επέμβασης και των πρωτοκόλλων χρήσης και λειτουργίας του εξοπλισμού.

Όμως ο ρόλος του ιατρού εργασίας δεν μπορεί να είναι απλά συμβουλευτικός. Ο ιατρός εργασίας κατά το νόμο<sup>71</sup> προβαίνει σε ιατρικό έλεγχο των εργαζομένων σχετικό με τη θέση εργασίας τους, μετά την πρόσληψη τους ή την αλλαγή θέσης εργασίας, καθώς και σε περιοδικό ιατρικό έλεγχο κατά την κρίση του επιθεωρητή εργασίας ύστερα από αίτημα της Επιτροπής Υγείας και Ασφάλειας Εργαζομένων. Μερικά για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και μετρήσεων παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος σε εφαρμογή των διατάξεων που ισχύουν κάθε φορά. Εκτιμά την καταλληλότητα των εργαζομένων για τη συγκεκριμένη εργασία, αξιολογεί και καταχωρεί τα αποτελέσματα των εξετάσεων, εκδίδει βεβαίωση των παραπάνω εκτιμήσεων και την κοινοποιεί στον εργοδότη. Θεωρείται δεδομένο ότι, το περιεχόμενο της βεβαίωσης πρέπει να εξασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο υπέρ του εργαζομένου και μπορεί να ελεγχθεί από τους υγειονομικούς επιθεωρητές του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, για την κατοχύρωση του εργαζομένου και του εργοδότη.

Επιπλέον καθήκοντα του ιατρού εργασίας είναι να επιβλέπει την εφαρμογή των μέτρων προστασίας της υγείας των εργαζομένων και πρόληψης των ατυχημάτων. Για το σκοπό αυτό:

---

<sup>70</sup> Ν.3850/2010 άρθρο 17

<sup>71</sup> Ν.3850/2010 άρθρο 18

- α) επιθεωρεί τακτικά τις θέσεις εργασίας και αναφέρει οποιαδήποτε παράλειψη, προτείνει μέτρα αντιμετώπισης των παραλείψεων και επιβλέπει την εφαρμογή τους,
- β) επεξηγεί την αναγκαιότητα της σωστής χρήσης των ατομικών μέτρων προστασίας,
- γ) ερευνά τις αιτίες των ασθενειών που οφείλονται στην εργασία, αναλύει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών και προτείνει μέτρα για την πρόληψη των ασθενειών αυτών,
- δ) επιβλέπει τη συμμόρφωση των εργαζομένων στους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, ενημερώνει τους εργαζομένους για τους κινδύνους που προέρχονται από την εργασία τους, καθώς και για τους τρόπους πρόληψής τους,
- ε) παρέχει επείγουσα θεραπεία σε περίπτωση ατυχήματος ή αιφνίδιας νόσου. Εκτελεί προγράμματα εμβολιασμού των εργαζομένων με εντολή της αρμόδιας διεύθυνσης υγιεινής της νομαρχίας, όπου εδρεύει η επιχείρηση.

Από τις παραπάνω διαδικασίες μπορούν να εξαχθούν αρκετά χρήσιμα συμπεράσματα για ασθένειες και παθήσεις που οφείλονται στην εκτέλεση του πυροσβεστικού επαγγέλματος. Ο ιατρός εργασίας αναγγέλλει, μέσω του οργανισμού στον οποίο πρόσφερε τις υπηρεσίες του, προς την Επιθεώρηση Εργασίας ασθένειες των εργαζομένων που οφείλονται στην εργασία.

Ο ιατρός εργασίας πρέπει να ενημερώνεται από τον εργοδότη και τους εργαζομένους για οποιοδήποτε παράγοντα στο χώρο εργασίας που έχει επίπτωση στην υγεία. Εφόσον η επιχείρηση δεν διαθέτει την κατάλληλη υποδομή, έχει υποχρέωση να παραπέμπει τους εργαζομένους για συγκεκριμένες συμπληρωματικές ιατρικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές διενεργούνται σε κατάλληλες υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα ή σε προσδιοριζόμενες από τους Υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αρμόδιες μονάδες των ασφαλιστικών οργανισμών ή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Στη συνέχεια ο ιατρός εργασίας λαμβάνει γνώση και αξιολογεί τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων. Οι δαπάνες που προκύπτουν βαρύνουν τον εργοδότη.

Για κάθε εργαζόμενο ο ιατρός εργασίας της επιχείρησης τηρεί σχετικό ιατρικό φάκελο. Επιπλέον καθιερώνεται και περιλαμβάνεται στον ιατρικό φάκελο, ατομικό βιβλιάριο επαγγελματικού κινδύνου, όπου αναγράφονται τα αποτελέσματα των ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων, κάθε φορά που εργαζόμενος υποβάλλεται σε αντίστοιχες εξετάσεις. Δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση του φακέλου και του ατομικού βιβλιαρίου του εργαζομένου οι υγειονομικοί επιθεωρητές της αρμόδιας Επιθεώρησης Εργασίας και οι ιατροί του ασφαλιστικού οργανισμού, στον οποίο

ανήκει ο εργαζόμενος, καθώς και ο ίδιος ο εργαζόμενος. Σε κάθε περίπτωση παύσης της σχέσης εργασίας, το βιβλιάριο παραδίδεται στον εργαζόμενο που αφορά.

Η αναγραφή και επεξεργασία στο ατομικό βιβλιάριο επαγγελματικού κινδύνου του εργαζομένου, στοιχείων ή δεδομένων άλλων πέραν των αποτελεσμάτων των ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων στις οποίες αυτός υποβάλλεται κάθε φορά, κατά το νόμο απαγορεύεται. Επιπλέον ιατρικά δεδομένα επιτρέπεται να συλλέγουν, με επιμέλεια του ίδιου του εργαζομένου προκειμένου να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας, μόνο εφόσον αυτό είναι απολύτως απαραίτητο: α) για την αξιολόγηση της καταλληλότητάς του για μια συγκεκριμένη θέση ή εργασία, β) για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων του εργοδότη για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων και γ) για τη θεμελίωση δικαιωμάτων του εργαζομένου και αντίστοιχη απόδοση κοινωνικών παροχών.

Επιπλέον ο εργοδότης οφείλει να παίρνει μέτρα, ώστε να αποφεύγεται ή να ελαχιστοποιείται η έκθεση των εργαζομένων σε παράγοντες φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς, που ενυπάρχουν κατά την εργασία και μπορεί να είναι επιβλαβής στην υγεία των εργαζομένων, όσο είναι πρακτικά δυνατό.<sup>72</sup> Βέβαια για το πυροσβεστικό επάγγελμα κάτι τέτοιο είναι ουσιαστικά ανέφικτο. Επομένως, Ο εργοδότης υποχρεούται να παραπέμπει σε ιατρικό έλεγχο κάθε εργαζόμενο:

α) μετά την πρόσληψή του και στη συνέχεια σε τακτά χρονικά διαστήματα και  
β) κατά την αλλαγή θέσης εργασίας και πριν από την τοποθέτησή του σε εργασία που συνεπάγεται έκθεση σε τέτοιους παράγοντες. Παράλληλα μεριμνά ώστε να τηρούνται και να ενημερώνονται:

i) βιβλίο καταχώρησης των συλλογικών ανώνυμων αποτελεσμάτων των βιολογικών εξετάσεων ενδεικτικών της έκθεσης, όταν προβλέπονται τέτοιες εξετάσεις και

ii) ατομικός ιατρικός φάκελος των εργαζομένων που εκτίθενται στους παράγοντες. Ο φάκελος τηρείται από τον ιατρό εργασίας που είναι υπεύθυνος για τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου.

Από όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα συνάγεται ότι η ιδιαίτερη αξία της πρόληψης απαιτεί ξεχωριστό Τμήμα Περιοδικής Υγειονομικής Εξέτασης (Τ.Π.Υ.Ε.). Ένα τέτοιο τμήμα θα πρέπει να στεγάζεται και να λειτουργεί μαζί με τη Διεύθυνση της Υγειονομικής Υπηρεσίας με ενδεχόμενη επικουρική λειτουργία παραρτημάτων σε έδρες περιφερειακών διοικήσεων. Αναμφίβολα, τουλάχιστον ο προϊστάμενος του

---

<sup>72</sup> Ν.3850/2010 άρθρο 36-38

τμήματος αυτού θα πρέπει να είναι ιατρός εργασίας αλλά και ενδεχομένως η πλειοψηφία των υγειονομικών αξιωματικών που το στελεχώνουν. Οι εξετάσεις για τις οποίες παραπέμπει ένα τέτοιο τμήμα αφορούν όλο το προσωπικό με σκοπό:

A) τον έλεγχο καταλληλότητας για εκτέλεση μάχιμης υπηρεσίας

B) την επισήμανση κινδύνων

Γ) την δυνητικά έγκαιρη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων.

Εκτός από τις τακτικές περιοδικές εξετάσεις δεν αποκλείεται και η ανάγκη έκτακτων ελέγχων για διοικητικούς ή προληπτικούς λόγους. Για παράδειγμα η τοποθέτηση σε Ειδικές Μονάδες Αντιμετώπισης Καταστροφών (Ε.Μ.Α.Κ.), η προαγωγή σε βαθμούς ανωτάτων αξιωματικών, η συμμετοχή σε αποστολές του εξωτερικού, θα μπορούσαν να είναι λόγοι έκτακτων περιοδικών ελέγχων. Ομοίως και η συμμετοχή στην αντιμετώπιση κάποιου ιδιαίτερα καταστροφικού και επικίνδυνου συμβάντος ή η μακρά νοσηλεία σε νοσοκομείο. Η συνήθης περιοδικότητα τέτοιων εξετάσεων σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι 1, 2 ή και 5 έτη, ανάλογα με την ειδικότητα και τις συνθήκες εργασίας. Σε κάθε περίπτωση οι ιατροί του αρμόδιου Τ.Π.Υ.Ε είναι αυτοί που θα αποφασίσουν για το θέμα αυτό λαμβάνοντας υπόψη επιπλέον παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία του υπαλλήλου. Είναι αυτονόητο ότι οι έκτακτοι έλεγχοι από τη διενέργειά τους και έπειτα θα λογίζονται ως τακτικοί για τον υπολογισμό της ημερομηνίας επανελέγχου.

Για την πραγματοποίηση της διαδικασίας, οι υπάλληλοι κάθε περιφέρειας χρειάζεται να παραπέμπονται από το τοπικό παράρτημα της Υγειονομικής Υπηρεσίας αφού πρώτα συμπληρωθεί δελτίο με τα αποτελέσματα ενός πρώτου ελέγχου το οποίο θα βοηθήσει στην εξατομίκευση του τύπου εξετάσεων ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός. Παθήσεις όπως:

- Αρρυθμίες
- αλλεργίες σε φάρμακα ή άλλους παράγοντες
- διαβήτη
- βρογχικό άσθμα
- έλλειψη ενζύμου G-6PD
- Θυρεοειδοπάθειες
- Καρδιοπάθειες
- Λήψη φαρμάκων
- Λόγοι νοσηλείας ή χειρουργείων



μπορούν να δώσουν πολύτιμες πληροφορίες στο αρχικό στάδιο και να μειώσουν το φορτίο εργασίας που θα απαιτηθεί στο νοσοκομείο για την ολοκλήρωση των εξετάσεων. Από το πρώτο αυτό στάδιο δε γίνεται να απουσιάζει η λήψη του οικογενειακού ιστορικού αλλά ούτε και η καταγραφή των ατομικών συνηθειών. Οι υγεία των γονέων και των αδελφών, η ηλικία και ο λόγος θανάτου κάποιου από αυτούς, κληρονομικές ασθένειες, η ομάδα αίματος, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα μπορούν να δώσουν πολύτιμες πληροφορίες για το σχεδιασμό του ελέγχου στον οποίο πρέπει να υποβληθεί ο υπάλληλος. Κατόπιν ο υπάλληλος παραπέμπεται στα κατάλληλα στρατιωτικά νοσοκομεία.

Ορισμένες από τις βασικές εξετάσεις που αναφέρονται στα πρωτόκολλα<sup>73</sup> των υπόλοιπων οργανισμών που απασχολούν ενστόλους στην Ελλάδα είναι:

- Γενική Κλινική Εξέταση
- Ακτινογραφία Θώρακος
- Γενική Αίματος και ούρων
- Σάκχαρο αίματος και λιπιδαιμικός έλεγχος
- Γυναικολογικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου για το θήλυ προσωπικό.

Περεταίρω εξετάσεις προβλέπονται εφόσον ο υπάλληλος έχει συμπληρώσει ορισμένη ηλικία, όπως εξέταση οστικής πυκνότητας, εξέταση προστάτη, μαστογραφία, κ.τ.λ.. Επίσης προβλέπονται εξειδικευμένες εξετάσεις, κυρίως οφθαλμιατρικού, ψυχιατρικού και οδοντιατρικού περιεχομένου ανάλογα με την ειδικότητα του υπαλλήλου.

Το διαδικαστικό μέρος των προληπτικών εξετάσεων μπορεί να χωριστεί σε 4 στάδια.

Στο πρώτο στάδιο γίνεται η υποδοχή, η καταγραφή και ο έλεγχος για εκκρεμότητες προηγούμενων εξετάσεων των ασθενών. Ακολουθεί ο έλεγχος των παραπεμπτικών εγγράφων και οι ιδιαίτερες εξετάσεις που αναφέρονται σε αυτά. Έπειτα δίδεται στον ασθενή Δελτίο Υγειονομικής Εξέτασης (Δ.Υ.Ε.) στο οποίο θα αναγραφούν οι γνωματεύσεις των ιατρών που πρέπει να επισκεφθεί ο υπάλληλος.

Στο δεύτερο στάδιο διενεργούνται οι βασικές εξετάσεις που αναφέρθηκαν με παράλληλη αναστημομέτρηση και μέτρηση βάρους. Εφόσον κριθεί από τους ιατρούς που συμμετέχουν στο στάδιο αυτό είναι δυνατό να προστεθούν επιπλέον εξετάσεις από αυτές που αρχικά προβλέφθηκαν.

---

<sup>73</sup> Μόνιμη Διαταγή 0-12/2017 του 251 – Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

Κατά το τρίτο στάδιο περιλαμβάνονται όλες οι ειδικότερες εξετάσεις που έχουν αποφασιστεί προσωπικά για κάθε υπάλληλο. Εναλλακτικά και στις περιπτώσεις που κάτι τέτοιο δεν απαιτείται τότε ο υπάλληλος απλά επιστρέφει το Δ.Υ.Ε στο Τ.Π.Υ.Ε. .

Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο αφορά την ενημέρωση του υπαλλήλου για τα αποτελέσματα και την παροχή ολοκληρωμένων συμβουλών και κατευθύνσεων. Σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο ο υπάλληλος παραπέμπεται στην Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή ή στο κατάλληλο νοσοκομείο για νοσηλεία.

### **Διαδικασίες αθλητικών εξετάσεων**

Για την κατάταξη των νέων υπαλλήλων στο Πυροσβεστικό Σώμα, ανέκαθεν απαιτούνταν η διενέργεια αθλητικών δοκιμασιών. Μάλιστα κατά κοινή ομολογία, για αρκετά χρόνια οι δοκιμασίες αυτές ήταν οι πιο δύσκολες συγκριτικά τόσο με το στρατό όσο και με τα άλλα Σώματα Ασφαλείας. Σήμερα προβλέπονται<sup>74</sup> στα πλαίσια των προκαταρκτικών εξετάσεων κάποιες σχετικά ήπιες αθλητικές δοκιμασίες οι οποίες είναι:

- α. Δρόμος 100 μ. σε χρόνο 16'' (μια προσπάθεια).
- β. Δρόμος 1.000 μ. σε χρόνο 4' και 20'' (μια προσπάθεια).
- γ. Άλμα σε ύψος με φόρα τουλάχιστον 1,05 μ. (τρεις προσπάθειες).
- δ. Άλμα σε μήκος με φόρα τουλάχιστον 3,60 μ. (τρεις προσπάθειες).
- ε. Ρίψη σφαίρας (7,275 χιλ.) σε απόσταση τουλάχιστον 4,50 μ., ως μέσο όρο ρίψης με το δεξί και το αριστερό χέρι ανά προσπάθεια (τρεις προσπάθειες ανά χέρι).

Ο σκοπός των δοκιμασιών αυτών ουσιαστικά δεν είναι άλλος από την πιστοποίηση ενός ελαχίστου επιπέδου σωματικής ικανότητας, το οποίο διαθέτει ένα υγιές νεαρό άτομο χωρίς κάποια ιδιαίτερα συστηματική αθλητική ενασχόληση. Αυτό το επίπεδο σωματικής ικανότητας δεν αποδεικνύει τόσο την άριστη επαγγελματική του απόδοση στο μέλλον όσο την υγιή κατάσταση του μυο-σκελετικού του συστήματος. Όμως η υγιής αυτή κατάσταση θα πρέπει να ελέγχεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και όχι απλά κατά την πρόσληψη του υπαλλήλου και ο έλεγχος να αποτελεί προέκταση των υγειονομικών εξετάσεων.

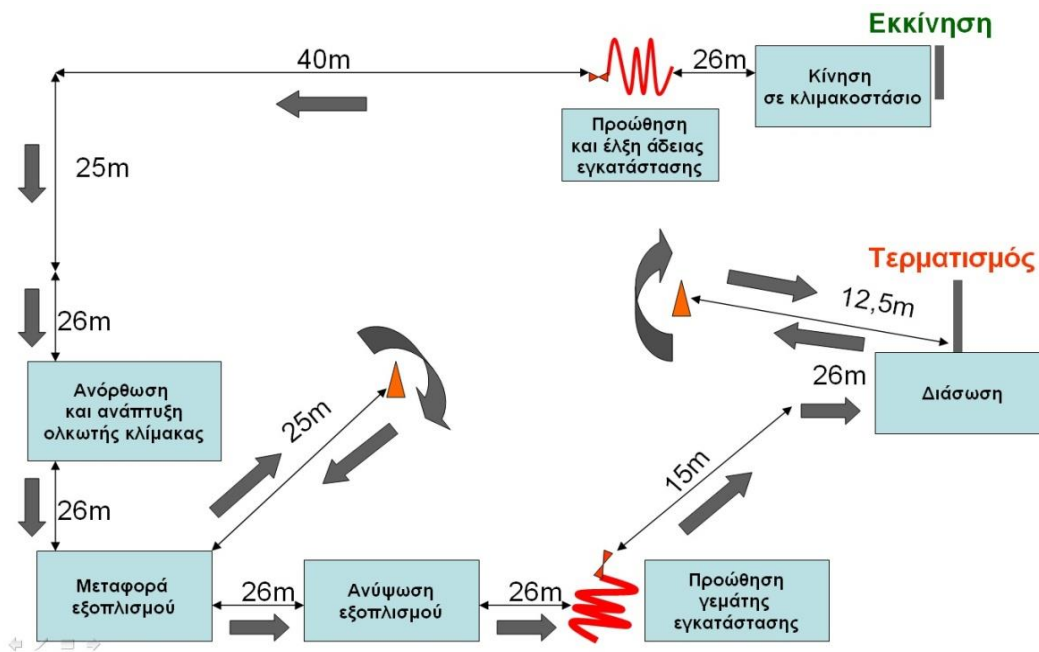
---

<sup>74</sup> Π.Δ. 44/2016, άρθρο 6, παράγραφος 5

Σε έρευνα που έγινε το 2015 στην Ελλάδα μελετήθηκε ένα μοντέλο αθλητικών δοκιμασιών που μπορεί να βοηθήσει τόσο στον έλεγχο της υγείας των πυροσβεστών όσο και στην αξιολόγηση της ικανότητας του για άσκηση πυροσβεστικού έργου. Σύμφωνα με αυτή τη δοκιμασία προσομοίωσης εργασιών πυρόσβεσης-διάσωσης ο υπάλληλος οφείλει να ανταποκριθεί επιτυχώς σε:

- Κίνηση σε κλιμακοστάσιο
- Προώθηση και έλξη άδειας πυροσβεστικής εγκατάστασης
- Ανόρθωση και ανάπτυξη ογκωτής κλίμακας
- Μεταφορά εξοπλισμού
- Ανύψωση εξοπλισμού
- Προώθηση γεμάτης πυροσβεστικής εγκατάστασης
- Διάσωση/μεταφορά ατόμου

Οι παραπάνω δοκιμασίες εξετάζονται ως σύνολο και για τη μέτρηση του συνολικού χρόνου. Το χρονόμετρο ξεκινά με την έναρξη της πρώτης δοκιμασίας από τον υπάλληλο και σταματά όταν ο δοκιμαζόμενος πυροσβέστης, ολοκληρώνει την τελευταία. Η αφετηρία της κάθε δοκιμασίας, απέχει από το σημείο τερματισμού της προηγούμενης 26 μέτρα τα οποία οι δοκιμαζόμενοι καλύπτουν χωρίς να τρέχουν. Φυσικά κατά τη διάρκεια αυτής της εξέτασης οι υπάλληλοι φοράνε όλο τον πραγματικό προστατευτικό τους εξοπλισμό καθώς και αναπνευστική συσκευή ανοιχτού κυκλώματος που συνήθως χρησιμοποιούν στα συμβάντα πυρκαγιάς. Ουσιαστικά δηλαδή φέρουν ένα επιπρόσθετο φορτίο 25 κιλών, ανεξάρτητα από το σωματικό τους βάρος. Η συνολική διαδρομή απεικονίζεται ως ακολούθως:



Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση αθλητικών δοκιμασιών πυροσβεστικών υπαλλήλων.<sup>75</sup>

Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε την ύπαρξη αναντιστοιχίας της φυσικής κατάστασης ενός Πυροσβέστη με τις φυσιολογικές απαιτήσεις των εργασιών πυρόσβεσης-διάσωσης κυρίως σε ηλικίες μεγαλύτερες των 30 ετών. Η δοκιμασία που εφαρμόστηκε με τα αποτελέσματά της δεν απέχει πολύ από άλλες στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι αρκετά αξιόπιστη. Θα μπορούσε επομένως να αποτελέσει ένα μέσο αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης των Ελλήνων πυροσβεστών. Μάλιστα ένα από τα πλεονεκτήματά της είναι ότι δεν απαιτεί εξειδικευμένες εγκαταστάσεις και εξοπλισμό οπότε είναι δυνατό να αναπαραχθεί εύκολα στους πυροσβεστικούς σταθμούς κάθε πόλης. Η ικανότητα ολοκλήρωσης τέτοιων διαδικασιών μπορεί όχι μόνο να καταδείξει υγειονομικά προβλήματα αλλά και το πόσο αποτελεσματικά μπορεί να ανταποκριθεί ένας υπάλληλος σε ένα δύσκολο συμβάν. Έτσι μπορούν στη συνέχεια να ληφθούν επιπλέον μέτρα για την υγεία του.

Η συγκεκριμένη έρευνα δεν αποτελεί δημιούργημα εκ του μηδενός αλλά είναι σημαντική γιατί σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε με βάση τα ελληνικά δεδομένα. Στις Η.Π.Α. έχουν ήδη δημιουργηθεί αντίστοιχα πρωτόκολλα με σημαντικότερο αυτό της εθνικής ένωσης αντιπυρικής προστασίας, NFPA-1583. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το

<sup>75</sup> Κωνσταντίνος Ι. Παυλάκης. Φυσική Κατάσταση Πυροσβεστών: Έλεγχος Προσομοίωσης Εργασιών. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Αθήνα 2015.

πανεπιστήμιο του Bath, κατόπιν παραγγελίας της Ένωση Αξιωματικών της αντίστοιχης πυροσβεστικής υπηρεσίας, έχει επίσης εκδώσει αντίστοιχα πρωτόκολλα ενταγμένα στις γενικότερες κατευθύνσεις για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.<sup>76</sup>

Ο χρόνος ολοκλήρωσης των δοκιμασιών προσομοίωσης μπορεί να αναδείξει τη συνεισφορά διαφόρων παραμέτρων όπως η αερόβια ισχύς ανά κιλό σωματικού βάρους, η αντοχή των δικέφαλων βραχιονίων μυών και η ευλυγισία, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά το σχεδιασμό προγραμμάτων εκγύμνασης. Επομένως στο συγκεκριμένο τομέα απαιτείται στενή συνεργασία του Τμήματος Αθλητισμού του Πυροσβεστικού Σώματος με την υγειονομική υπηρεσία για το σχεδιασμό προγραμμάτων εκγύμνασης και αξιολόγησης. Άλλωστε υπάρχουν αρκετοί πυροσβέστες-απόφοιτοι Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ή προσληφθέντες με την ιδιότητα του αθλητή<sup>77</sup>, οι οποίοι παρόλο που το πτυχίο τους θεωρήθηκε προσόν κατάταξης αρχικά, ποτέ δεν αξιοποιήθηκαν ουσιαστικά.

---

<sup>76</sup> Dr AG Siddall, Dr M Standage, Dr KA Stokes and Dr JLJ Bilzon, Development of Occupational Fitness Standards for the UK Fire and Rescue Services (FRS), October 2014

<sup>77</sup> Απόφαση Αρχηγού Πυροσβεστικού Σώματος υπ' αριθ. 71085 Φ.300.2 από 14-12-2007 με θέμα «Προκήρυξη διαγωνισμού για την κατάταξη στο Πυροσβεστικό Σώμα χιλίων διακοσίων εξήντα (1.260) Δοκίμων Πυροσβεστών Γενικών Υπηρεσιών»

## **Κατάρτιση προτύπων επιχειρησιακών διαδικασιών υγειονομικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των διαφόρων επιχειρήσεων των πυροσβεστών**

Η εμπειρία αποδεικνύει ότι όσο περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια πυρκαγιά ή κατάσταση έκτακτης ανάγκης γενικότερα, διαθέτει το πυροσβεστικό προσωπικό τόσο καλύτερα μπορεί να δράσει στον τόπο του συμβάντος. Η κατοχή αυτών των πληροφοριών πριν από την άφιξη επιτρέπει να μελετηθούν και να σχεδιασθούν καλύτερα οι ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν κατά την άφιξη. Αυτός είναι και ο λόγος που κάθε υπηρεσία διαθέτει Πρότυπα Επιχειρησιακά Πρωτόκολλα (Standard Operation Protocols) για διάφορους σημαντικούς χώρους του γεωγραφικού τομέα ευθύνης της. Πολλά από αυτά τα επιχειρησιακά σχέδια ενδεχομένως να χρειάζονται επικαιροποίηση και φυσικά δεν παύουν να αναπροσαρμόζονται με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν κατά την εξέλιξη του εκάστοτε περιστατικού. Παρόλα αυτά συμβάλλουν σημαντικά ώστε ο επικεφαλής της πυροσβεστικής επιχείρησης να σκεφτεί πιο γρήγορα και να κερδίσει πολύτιμο χρόνο.

Κατά παρόμοιο τρόπο λοιπόν κρίνεται σκόπιμη η ύπαρξη αναλόγων Π.Ε.Π. σχετικά με την συνδρομή της Υγειονομικής Υπηρεσίας στην υποστήριξη των πυροσβεστικών επιχειρήσεων. Δυστυχώς μέχρι σήμερα τέτοια πρωτόκολλα δεν έχουν δημιουργηθεί. Όπως έχει ήδη αναφερθεί το άρθρο 113 του Π.Δ. 210/1992 ορίζει ότι σε περιπτώσεις μεγάλων και επικίνδυνων συμβάντων (μεγάλων πυρκαγιών, διαρροών επικίνδυνων χημικών ουσιών, σεισμών, καταρρεύσεων κ.λπ.) ο υγειονομικός αξιωματικός μεταβαίνει στο χώρο του συμβάντος παρέχοντας τη συνδρομή του και τις Α' Βοήθειες σε Πυροσβέστες και πολίτες που κινδυνεύουν. Όμως δεν υπάρχει κανένα πλαίσιο που να προσδιορίζει μέχρι τώρα τον τρόπο και τα μέσα που θα κάνουν αυτή την υποχρέωση πράξη.

Στην Ελλάδα, έχει εγκριθεί από τον Απρίλιο του 2003 το σχέδιο «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ»<sup>78</sup>. Σκοπός του σχεδίου είναι η διαμόρφωση ενός συστήματος αποτελεσματικής αντιμετώπισης καταστροφικών φαινομένων και ως εκ τούτου, στα πλαίσια του δυνατού, της προστασίας της ζωής, της υγείας και της παρουσίας των πολιτών και προστασία του φυσικού περιβάλλοντος. Ωστόσο τα Π.Ε.Π. τα οποία αναφέρονται εδώ ουδεμία σχέση έχουν και δεν πρέπει να συγχέονται με τους

---

<sup>78</sup> ΦΕΚ 423 Β', 10/04/2003

σχεδιασμούς των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) για την αντιμετώπιση καταστροφών. Τα πρωτόκολλα αυτά αφορούν εσωτερικές διαδικασίες της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας και έχουν σκοπό να διασφαλίσουν την υγεία και σωματική ακεραιότητα των πυροσβεστών ώστε να μπορούν όχι μόνο να συνεχίσουν το έργο τους αλλά και να επιστρέψουν από οποιοδήποτε περιστατικό χωρίς η υγεία τους να έχει θιχτεί στο παραμικρό.

Τα Π.Ε.Π. αφορούν όλες τις απαραίτητες διαδικασίες από τη στιγμή ειδοποίησης της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας μέχρι την επιστροφή του προσωπικού στο σταθμό. Αρχικά λοιπόν θα πρέπει να εκτιμηθεί το είδος του συμβάντος, η έκταση της καταστροφής και ο αριθμός των υπαλλήλων που θα επέμβουν. Η αναγνώριση του είδους του συμβάντος είναι αυτή που θα βοηθήσει στην αναγνώριση των πιθανών επιβλαβών παραγόντων που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας υπάλληλος. Μια πιθανή κατάταξη των συμβάντων θα μπορούσε να είναι σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα.

Γενική κατηγορία	Ομάδα καταστροφών	Κύριο είδος καταστροφής
Φυσικές	Γεωφυσικές	Σεισμός
		Ηφαιστειακή έκρηξη
		Μετακίνηση ξηρών μαζών (κατολισθήσεις, καθιζήσεις, κ.τ.λ.)
	Μετεωρολογικές	Καταιγίδες
	Υδρολογικές	Πλημμύρα
	Κλιματολογικές	Μετακίνηση υγρών μαζών (λάσπη, φερτά υλικά, κ.τ.λ.)
		Ξηρασία
Ανθρωπογενείς	Τεχνολογικές	Ακραίες θερμοκρασίες
		Δασικές Πυρκαγιές
		Βλάβη εγκαταστάσεων
		Ατυχήματα μεταφορικών μέσων
		Οικολογικές παρεμβάσεις
	Κοινωνιολογικές	Πολεμικές συρράξεις
		Τρομοκρατικά χτυπήματα

Πίνακας 2. Ταξινόμηση καταστροφών ανά είδος<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Φυσικές & Τεχνολογικές Καταστροφές, Ευθ. Λ. Λέκκας, β' έκδοση, 2000, εκδ. ACCESS και Blaikie, Piers, Terry Cannon, Ian Davis & Ben Wisner. *At Risk – Natural hazards, people's vulnerability and disasters*, Wiltshire: Routledge, 2003, ISBN 0-415-25216-4

Η έκταση της καταστροφής έχει να κάνει κυρίως με τη γεωγραφική έκταση η οποία θα καθορίσει και την ενδεχόμενη ανάγκη για διασπορά υγειονομικών δυνάμεων. Για παράδειγμα σε μια δασική πυρκαγιά την καλοκαιρινή περίοδο, οι πυροσβέστες θα έρθουν αντιμέτωποι με τους ίδιους επιβλαβείς παράγοντες ανεξάρτητα αν το συμβάν εξαπλώνεται σε μικρή ή μεγάλη έκταση. Ωστόσο, η μεγάλη έκταση θα απαιτεί τη διασπορά πυροσβεστικών δυνάμεων σε μεγάλες αποστάσεις και ενδεχομένως και τη διασπορά των υγειονομικών δυνάμεων που τις υποστηρίζουν. Ενδεικτικά θα μπορούσε να προταθεί η ανάγκη διασποράς δυνάμεων ανά πέντε χιλιόμετρα.

Ο αριθμός των υπαλλήλων που θα χρειαστεί να επέμβουν σε ένα συμβάν ίσως είναι και ο πιο σημαντικός. Από αυτόν θα καθοριστεί και ο αριθμός των υγειονομικών υπαλλήλων που θα υποστηρίξει την επιχείρηση. Μάλιστα σε συνδυασμό με το είδος της καταστροφής μπορεί να εξειδικευτεί ακόμα περισσότερο και η σύνθεση της υγειονομικής ομάδας υποστήριξης. Στα νομικά κείμενα διαφόρων χωρών μπορεί να συναντήσει κανείς θεσμοθετημένες διάφορες αναλογίες μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών<sup>80</sup> ενώ στη βιβλιογραφία απαντάται συχνά ως ικανοποιητική αναλογία ιατρών-νοσηλευτών η 1:5.<sup>81</sup> Στην πραγματικότητα όμως ο αναμενόμενος όγκος εργασίας, τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα, αλλά και το είδος της μονάδας υγείας καθορίζουν το συγκεκριμένο αριθμό του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του λοιπού προσωπικού.

Στη συνέχεια είναι αναγκαίο να αποφασιστεί ο τρόπος με τον οποίο η ομάδα υγειονομικής υποστήριξης, αποτελούμενη από δύο ή περισσότερα άτομα, θα μεταβεί στον τόπο του συμβάντος αλλά και ο εξοπλισμός που θα είναι διαθέσιμος. Ανατρέχοντας στην ιστορία του Πυροσβεστικού Σώματος διαπιστώνει κανείς ότι από το 1939 υπήρχαν διαθέσιμα 6 οχήματα υγειονομικού τύπου αμερικάνικης κατασκευής Federal. Στην πιο σύγχρονη εποχή, και συγκεκριμένα το 2009 το Κοινοφελές Ίδρυμα Ιωάννη Σ. Λάτση και η Ένωση Ελλήνων Εφοπλιστών προχώρησαν σε δωρεά δώδεκα ασθενοφόρων τα οποία έφεραν πλήρη ιατρικό εξοπλισμό. Ο αριθμός αυτός κρίνεται ίσως ανεπαρκής αν αναλογιστεί κάποιος ότι με βάση το άρθρο 66 του νόμου 4249/2014 οι διοικητικές περιφέρειες του Πυροσβεστικού Σώματος ορίζονται σε 13.

---

<sup>80</sup> Μαλλιαρού Μαρία, Κραθανάση Κωνσταντινιά, Σαράφης Παύλος. «Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: Μια συστηματική ανασκόπηση», ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης, τόμος 1, τεύχος 1, Οκτώβριος 2008

<sup>81</sup> Μ. Θεοδώρου – Μ. Σαρρής – Σ. Σούλης, Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήση, 2001, σελ.130-137



Επιπροσθέτως, λίγα χρόνια μετά και συγκεκριμένα στις 23 Ιανουαρίου 2016, τα εννέα ασθενοφόρα μεταβιβάστηκαν στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).<sup>82</sup> Έτσι παρατηρείται το παράδοξο γεγονός, η δυνατότητα υγειονομικής υποστήριξης των πυροσβεστικών υπαλλήλων να είναι χειρότερη συγκριτικά με την πριν από 65 έτη περίπου χρονική περίοδο όπου ο οργανισμός βρισκόταν ακόμα σε «παιδική ηλικία». Φυσικά τίποτα δεν μπορεί να αποκλείσει τη μεταφορά της υγειονομικής υποστήριξης με οποιοδήποτε μέσο. Όμως τα εξειδικευμένα για το σκοπό αυτό οχήματα μπορούν να προσδώσουν ισχυρό πλεονέκτημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες ιδιαίτερα όταν πρόκειται για σοβαρά περιστατικά όπως για παράδειγμα καρδιακές ανακοπές.<sup>83</sup> Ιδιαίτερα για καταστροφές εκτός αστικού ιστού θα πρέπει να εξετάζεται με μεγαλύτερη ευαισθησία η συνδρομή της ομάδας υγειονομικής υποστήριξης με τουλάχιστον ένα ασθενοφόρο πλήρως εξοπλισμένο και επανδρωμένο.

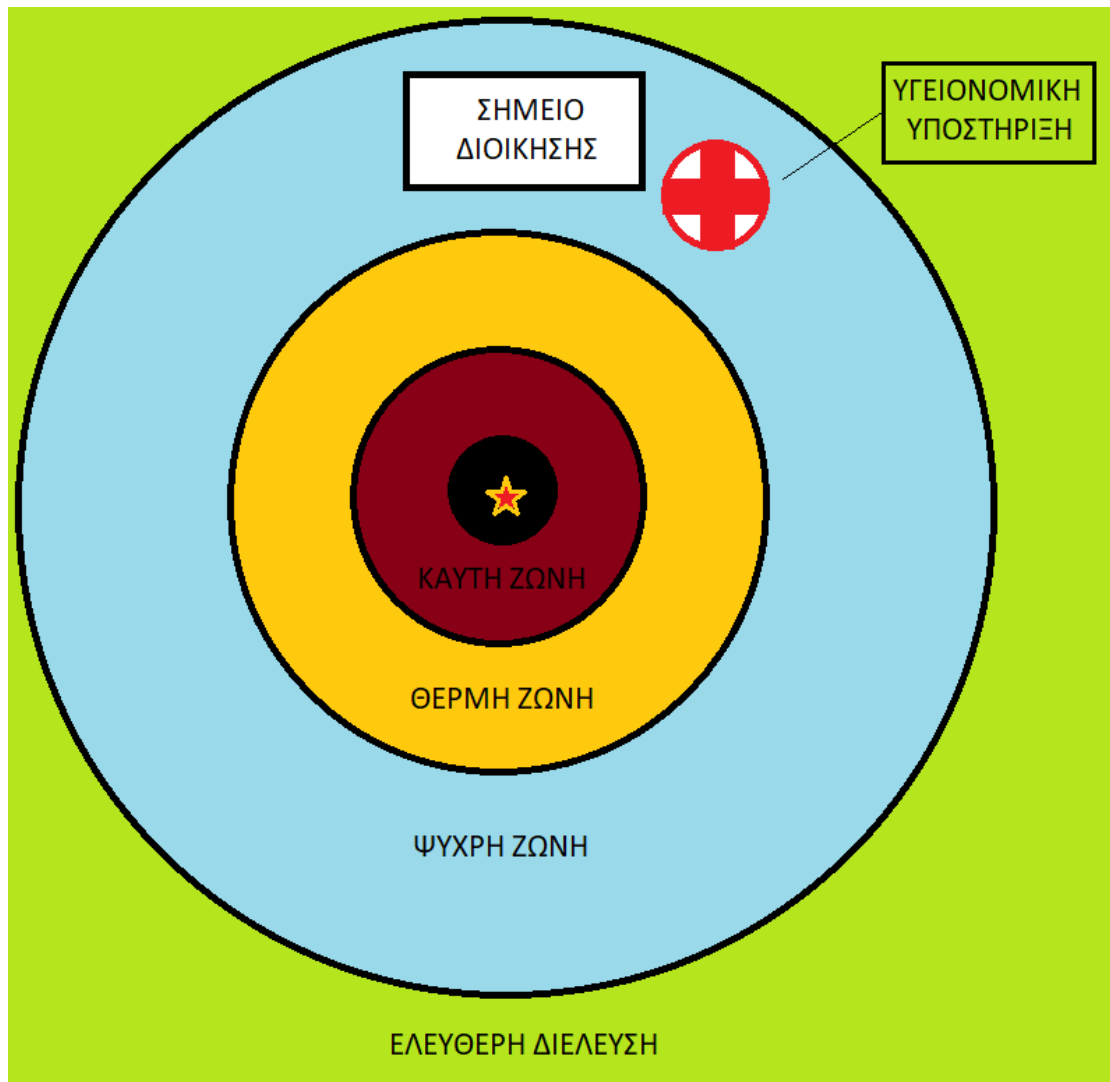
Κατά την άφιξη στο χώρο του συμβάντος, η ομάδα υγειονομικής υποστήριξης οφείλει να τοποθετηθεί στη δική της ξεχωριστή θέση όπως άλλωστε ισχύει και για κάθε άλλο πυροσβεστικό υπάλληλο και πυροσβεστικό όχημα. Λόγω του επικουρικού της ρόλου η θέση της θα πρέπει να μην είναι υπερβολικά απομακρυσμένη από το συμβάν αλλά ούτε και εντός της καυτής ζώνης.<sup>84</sup> Η τοποθέτηση και δράση της οφείλει να γίνεται στα πλαίσια της ψυχρής ζώνης και κατά κανόνα δίπλα στο σημείο διοίκησης για ταχύτερη και καλύτερη επικοινωνία.

---

<sup>82</sup> Ιστότοπος: <http://www.kathimerini.gr/846895/article/epikairothta/ellada/dwrea-as8enoforwn-apo-thn-pyrosvestikh-sto-ekav>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 23/10/2017

<sup>83</sup> Vaillancourt C , Stiel IG «*Cardiac arrest care and emergency medical services in Canada.*», The Canadian Journal of Cardiology [01 Sep. 2004, 20(11):1081-1090]

<sup>84</sup> Για το διαχωρισμό της γεωγραφικής περιοχής ενός συμβάντος σε ζώνες κινδύνου υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες: Η καυτή ζώνη (hot zone) περιλαμβάνει το καυτό σημείο (hot spot) δηλαδή το σημείο πυρκαγιάς-διαρροής-διαφυγής-ατυχήματος. Η θερμή ζώνη (warm zone) ονομάζεται και ζώνη περιορισμένης πρόσβασης. Η ψυχρή ζώνη (cold zone) ονομάζεται και ζώνη επιτελείου, υποστήριξης, ασφαλής περιοχή, πράσινη ζώνη. Η ελεύθερη ζώνη (free zone) ονομάζεται και ζώνη ουδέτερη, λευκή, ζώνη για το κοινό. Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε: Εγχειρίδιο Αντιμετώπισης Ατυχημάτων Με Επικίνδυνα Υλικά, Π.Ε.13, Αθήνα 2010, σελ.36-42



*Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση της περιοχής ενός συμβάντος με διαχωρισμό ζωνών επικινδυνότητας*

Ταυτόχρονα λοιπόν με την πυροσβεστική επιχείρηση μια εξίσου σημαντική επιχείρηση υποστήριξης πρέπει να ξεκινά. Ο επικεφαλής της υγειονομικής ομάδας συλλέγει στοιχεία και λαμβάνει υπόψη τη γεωγραφική έκταση του συμβάντος, την κατάσταση του οδικού δικτύου και φυσικά τον τρόπο διασποράς του πυροσβεστικού προσωπικού. Μόνο έτσι θα μπορεί να είναι σε θέση ώστε να προτείνει τα σημεία όπου θα στηθούν σταθμοί υγειονομικής φροντίδας και την κατανομή του προσωπικού σε αυτές. Ακόμα θα πρέπει να μεριμνά ώστε οι σταθμοί αυτοί να είναι ευέλικτοι και να μπορούν να ακολουθούν το προσωπικό σε περίπτωση ανασύνταξης και ανακατανομής δυνάμεων.

Πρώτη προτεραιότητα της υγειονομικής ομάδας σε ένα συμβάν είναι η εκτίμηση των καιρικών συνθηκών όπως η θερμοκρασία, η ένταση του ανέμου και της ηλιακής

ακτινοβολίας, η σχετική υγρασία, κ.λπ.. Έπειτα μελετώνται οι επικίνδυνοι χημικοί, βιολογικοί ή άλλοι παράγοντες υπό την επήρεια των οποίων θα κληθεί να εργαστεί το προσωπικό. Σε καμιά περίπτωση δε θα πρέπει να αγνοούνται επιβαρυντικοί για την ψυχολογία παράγοντες, όταν για παράδειγμα το συμβάν είναι κάποιο πολύνεκρο δυστύχημα. Με βάση τα δεδομένα αυτά θα πρέπει να αποφασιστεί και να προταθεί στον επικεφαλής επιχειρησιακό αξιωματικό, η περιοδικότητα και η διάρκεια των απαραίτητων διαλειμμάτων για τους υπαλλήλους. Σύμφωνα με εγχειρίδια των Η.Π.Α. για την υγεία και ασφάλεια πυροσβεστών επιβάλλεται ένα μικρό διάλειμμα ανά 45 λεπτά εργασίας.<sup>85</sup>

Επίσης θα μπορούσε να κρίνεται κατά περίπτωση, ειδικά όταν πρόκειται για συμβάντα μεγάλης έκτασης, το ενδεχόμενο η μεταξύ της ομάδας ασύρματη επικοινωνία να γίνεται σε ξεχωριστή συχνότητα έτσι ώστε να μην δέχεται ή προκαλεί επιρροές στο συντονισμό των ομάδων που επιχειρούν εντός της καυτής ζώνης. Η παρακολούθηση όμως της κύριας συχνότητας μέσω της οποίας συντονίζεται η κύρια επιχείρηση δε θα πρέπει να διακόπτεται.

Στην περίπτωση δε που υπάρχει σοβαρός τραυματισμός ή εγκλωβισμός υπαλλήλων ή πολιτών, τότε και μόνο τότε θα πρέπει να δίνεται η εντολή σιγής ασυρμάτων επικοινωνιών. Οι χρήζοντες βοήθεια θα πρέπει να παραμένουν συντονισμένη στη συχνότητα που ήτανε και πριν έως ότου τα πάντα να επανέλθουν στην πρότερη ομαλή κατάσταση. Όλο το υπόλοιπο προσωπικό που επιχειρεί, δεδομένης της μεγαλύτερης ψυχραιμίας του, θα πρέπει να παραπέμπεται σε εφεδρική συχνότητα για όσο αυτό χρειαστεί. Έτσι δεν παρακωλύεται το έργο του υπόλοιπου προσωπικού αλλά ούτε και το έργο της υγειονομικής ομάδας.

Από τη στιγμή που το έργο των πυροσβεστών έχει ξεκινήσει και η πρώτες βασικές κατευθύνσεις έχουν δοθεί από την υγειονομική ομάδα για θέματα της αρμοδιότητάς της η προσοχή της θα πρέπει να στρέφεται στις μελλοντικές εξελίξεις προετοιμάζοντας τις ανάλογες αντιδράσεις.

Σύμφωνα με το σχέδιο «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ» όλα τα υπουργεία οφείλουν να αξιολογούν τους κινδύνους από φυσικές, τεχνολογικές και λοιπές καταστροφές που απειλούν τις διάφορες περιοχές της χώρας. Προσδιορίζουν τους επιδιωκόμενους αντικειμενικούς σκοπούς κατά περίπτωση επικίνδυνων φαινομένων. Καταρτίζουν

---

<sup>85</sup> Ένα τέτοιο εγχειρίδιο μπορεί να λάβει υπόψη του ο αναγνώστης από την ιστοσελίδα της Διεύθυνσης Υγείας & Ασφάλειας της πολιτείας του Wisconsin: <https://dsps.wi.gov/Documents/Programs/FireDeptSafetyHealth/SOGs.pdf>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 13/12/2017

ειδικά σχέδια της αρμοδιότητάς τους και τα διαβιβάζουν μέσω του υπουργείου εσωτερικών στη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας για την τελική έγκριση. Έπειτα, διαβιβάζουν τα εγκεκριμένα σχέδια στους Ο.Τ.Α προκειμένου να καταρτίσουν επιπλέον πιο εξειδικευμένα σχέδια.

Αρα όσον αφορά το υπουργείο υγείας, συντάσσει σχέδια αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών και παροχής αρωγής στους πληγέντες. Στα συντασσόμενα σχέδια γίνεται ιδιαίτερη πρόβλεψη για αντιμετώπιση κινδύνων που προκαλούνται από ΠΡΒΧ απειλές. Μεταξύ άλλων, μεριμνά για την ύπαρξη και σε περίπτωση ανάγκης την διάθεση και προώθηση στον τόπο των καταστροφών των αναγκαίων ποσοτήτων φαρμάκων, σκηνών, κλινοσκεπασμάτων και άλλων αναγκαίων εφοδίων. Κινητοποιεί τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του και τα εποπτευόμενα απ' αυτό ιδρύματα και οργανισμούς για την πρόληψη και αντιμετώπιση κινδύνων ως και την παροχή αρωγής στους πληγέντες, τόσο στους χώρους των καταστροφών, όσο και στους χώρους νοσηλείας. Διαθέτει και προωθεί στον τόπο της καταστροφής το αναγκαίο επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Μεριμνά για την αυξημένη και επαρκή λειτουργία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (εφημερία) όταν αυτό επιβάλλουν καταστάσεις εκτάκτων αναγκών. Προβλέπει εναλλακτικές θέσεις και τρόπους λειτουργίας των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων σε περίπτωση απειλής ή βλάβης από φυσικές ή άλλες καταστροφές.

Με βάση τα παραπάνω η Υγειονομική Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος μπορεί και πρέπει εκ των προτέρων να έχει στη διάθεσή της τα αντίστοιχα σχέδια του υπουργείου υγείας. Τα σχέδια αυτά μέσω των προβλεπόμενων διαδικασιών εκπαίδευσης τίθενται σε γνώση όλου του προσωπικού της υπηρεσίας και ιδιαιτέρως των υγειονομικών αξιωματικών. Μόνο έτσι θα είναι σε θέση οι ανάλογες ομάδες υποστήριξης, αφού εγκατασταθούν στο χώρο του συμβάντος, να έρθουν σε επαφή με τα αντίστοιχα νοσηλευτικά ιδρύματα και να έχουν έτοιμο τουλάχιστον ένα σχέδιο βέλτιστης διακομιδής πυροσβεστικού υπαλλήλου στο καταλληλότερο και κοντινότερο ίδρυμα χωρίς να χάνεται πολύτιμος χρόνος ή να επωμίζονται το βάρος της απόφασης αναρμόδιοι και χωρίς το απαραίτητο επιστημονικό υπόβαθρο, επιχειρησιακοί αξιωματικοί.

Στα πλαίσια της ξεκούρασης και της αποκατάστασης του πυροσβέστη δεν ανήκουν μόνο οι ορθές εναλλαγές εργασίας και διαλειμμάτων. Μια άλλη ιδιαίτερα βασική παράμετρος είναι η διατροφή και η σωστή ενυδάτωση. Ευθύνη των αξιωματικών-ιατρών που παρευρίσκονται στο συμβάν είναι να εισηγηθούν το είδος,

την ποσότητα και το ρυθμό παροχής φαγητού και υγρών στο προσωπικό. Στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία εύκολα μπορεί να βρει κανείς προτεινόμενες ποσότητες των θρεπτικών στοιχείων που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός. Είναι από επιστημονικής άποψης απαράδεκτο η διατροφή των πυροσβεστικών υπαλλήλων να αφήνεται ουσιαστικά στο έλεος της ικανότητας των ΟΤΑ.

Ιδιαίτερα κρίσιμη είναι και η ενυδάτωση του προσωπικού. Απαιτείται περίπου μισό λίτρο νερού μετά από την χρήση μιας φιάλης αέρα στην αναπνευστική συσκευή ενώ χρήσιμη είναι και η σωστή ενυδάτωση ακόμα και στην αναμονή ενός συμβάντος κατά τη διάρκεια που ο υπάλληλος βρίσκεται απλά σε ετοιμότητα εντός του σταθμού. Στις περιπτώσεις παρατεταμένης έκθεσης σε υψηλές θερμοκρασίες (πάνω από 37 °C) όπως συνήθως συμβαίνει σε δασικές πυρκαγιές, είναι αναγκαίο σχεδόν 1 λίτρο νερού κάθε ώρα. Κατ' επέκταση θα πρέπει να μελετηθεί και η χορήγηση ποτών ηλεκτρολυτών.<sup>86</sup> Εξάλλου αρκετοί πυροσβέστες χρησιμοποιούν τέτοια ποτά κατά τη διάρκεια δασικών πυρκαγιών κάτι το οποίο όμως γίνεται με δική τους πρωτοβουλία και όχι πάνω σε επιστημονική αλλά εμπειρική βάση.

Εκπληρώνοντας τα παραπάνω βήματα και εφόσον δεν απαιτείται η παροχή βοήθειας σε υπαλλήλους η ομάδα υγειονομικής υποστήριξης έχει ακόμα ένα πολύ σοβαρό καθήκον. Πρόκειται για την παρατήρηση της μεταβολής των συνθηκών εργασίας και τη μεταβολή της σωματικής και ψυχικής κατάστασης των πυροσβεστών. Ουσιαστικά ο λόγος γίνεται για την προσπάθεια μια συστηματικής καταγραφής δεδομένων που μπορεί να επηρεάσουν την παρούσα ή και μελλοντική κατάσταση της υγείας. Απλές μετρήσεις καρδιακών σφυγμών σε πυροσβέστες που κάνουν το διάλλειμά τους, η παρατήρηση της ζωηράδας με την οποία εργάζεται το προσωπικό αλλά και του ύφους που γίνονται οι ασύρματες επικοινωνίες μεταξύ του προσωπικού μπορούν να δώσουν εικόνα για τη σωματική και ψυχική κατάσταση του προσωπικού. Σε κάθε περίπτωση τα δεδομένα που θα πρέπει να συλλεχθούν σε κάθε τύπο συμβάντος ορθότερο είναι να ορίζονται εκ των προτέρων από τον Διευθυντή της Υγειονομικής Υπηρεσίας. Ανώτερος σκοπός είναι η στατιστική ανάλυση αυτών για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για τη διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με τη λήξη του συμβάντος, η ομάδα υγειονομικής υποστήριξης κλείνει τον κύκλο αρμοδιοτήτων της, με την παροχή οδηγιών και συμβουλών για την καλύτερη και

---

<sup>86</sup> Wild Fire Response Orientation, U.S.A. National Institute for Environmental Health and Safety: <https://www.osha.gov/dts/wildfires/response.html>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 13/12/2017

ταχύτερη αποκατάσταση των υπαλλήλων που εργαστήκαν στο συμβάν. Οι οδηγίες αυτές δε μπορεί παρά να βασίζονται στην επιστημονική βιβλιογραφία, σε προηγούμενες στατιστικές αναλύσεις αντίστοιχων συμβάντων αλλά και σε παρατηρήσεις που γίνανε στο συγκεκριμένο συμβάν. Όπου κρίνεται απαραίτητο θα πρέπει να εισηγείται προς τη Διοίκηση την παραπομπή υπαλλήλων σε προληπτικές εξετάσεις ή στο γραφείο ψυχολογικής υποστήριξης, αιτιολογημένα.

## Σύστημα αρχειοθέτησης στατιστικών στοιχείων για κάθε πυροσβεστικό υπάλληλο

Όλες οι διαδικασίες που αναλύθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια δεν μπορούν να είναι περιστασιακές και αποκομμένες. Απώτερος στόχος ολόκληρου του οργανισμού που καλείται «Πυροσβεστικό Σώμα Ελλάδος» είναι η εκπλήρωση της αποστολής του, που προβλέπεται από τα θεσμικά κείμενα του κράτους, με τη μικρότερη επίπτωση στην υγεία των υπαλλήλων του. Επομένως στα πλαίσια της αποστολής της Υγειονομικής Υπηρεσίας είναι η σύνδεση όλων των διαδικασιών και η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, για την κατάσταση της υγείας του προσωπικού και τη διαρκή βελτίωση της λειτουργίας της.

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία δύσκολα θα βρει κανείς ένα σαφή και καθολικά αποδεκτό ορισμό για το τι είναι υγεία, ώστε να προσδιοριστεί τι ακριβώς θα αξιολογείται στον πληθυσμό των πυροσβεστών. Αυτό συμβαίνει διότι με το πέρασμα των ετών οι πολίτες ανά τον κόσμο διαφοροποιούν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την έννοια της υγείας. Οι επιστημονικές γνώσεις πάνω σε θέματα υγείας αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς οδηγώντας σε ταυτόχρονη αύξηση των απαιτήσεων των πολιτών. Η υγεία θα μπορούσε σύμφωνα με τον Jeremy Bentham, που έζησε το 18<sup>ο</sup> αιώνα, να οριστεί αρνητικά ως: «Η απουσία νόσου».<sup>87</sup> Όμως είναι πλέον φανερό ότι μπορεί να υπάρχουν αλλοιώσεις στον οργανισμό χωρίς να προκαλούν ενοχλήματα ή αντικειμενικές λειτουργικές διαταραχές (π.χ. μεταβολικές ανεπάρκειες).

Στην σημερινή εποχή έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι η έννοια της υγείας περιλαμβάνει και διαστάσεις που μπορούν να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας και όχι απλώς να την προφυλάξουν. Ο αρνητικός ορισμός της υγείας εγκαταλείπεται όλο και περισσότερο και τη θέση του καταλαμβάνει μια θετική προσέγγιση η οποία δίνει έμφαση στο πλήρες δυναμικό του ατόμου ως προς την κατάσταση της υγείας του. Σε αυτή την κατεύθυνση ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) από το 1946 έως και σήμερα υιοθετεί τον ορισμό ότι «υγεία είναι όχι

---

<sup>87</sup> J.H. Burns, H.L.A. Hart, *The Collected Works of Jeremy Bentham: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Clarendon press – Oxford, σελ.53

απλώς η έλλειψη ασθένειας αλλά η πλήρης σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου».<sup>88</sup>

Ο ευρύτερος θετικός ορισμός είναι σαφώς πιο «επιθετικός» και επαρκέστερος. Ανεβάζει τον πήχη των απαιτήσεων υψηλότερα καθώς αναγνωρίζεται ότι το μέγιστο δυνατό επίπεδο υγείας ενός ανθρώπου είναι εκείνο που του επιτρέπει να αναπτύξει και να εκμεταλλευτεί πλήρως τις δυνατότητές του. Μάλιστα με τον ορισμό αυτό θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι θίγεται και η έννοια του «ομαλού» αφού ο προσδιορισμός της κατάστασης της υγείας αφορά και την υποκειμενική κρίση του ίδιου του ατόμου. Έτσι ένας υπερβολικά ψηλός άνθρωπος (μη ομαλή κατάσταση) δεν είναι απαραίτητα ασθενής εφόσον η κατάσταση αυτή είναι επιθυμητή και το βοηθά να αποδώσει στην εργασία του, π.χ. αθλητής καλαθοσφαίρισης. Σε κάθε περίπτωση και ανεξαρτήτως του δοθέντος ορισμού μια υγειονομική υπηρεσία θα πρέπει να διαχωρίζει κατά τη διαδικασία αξιολόγησης τις έννοιες «κατάσταση» και «αποτέλεσμα» υγείας.

Η κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, όπως οι πυροσβέστες, προσδιορίζεται από μια σειρά βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν συνολικά την «πλήρη σωματική και ψυχική ευεξία». Έτσι το πόσο επιτυγχάνεται αυτή η ευεξία προσδιορίζει την κατάσταση υγείας. Άρα λαμβάνοντας υπόψη διάφορους δείκτες ουσιαστικά προσδιορίζεται ένα στιγμιαίο μέγεθος. Το μέγεθος αυτό μάλιστα θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες του καθημερινού περιβάλλοντος (εργασιακό, οικογενειακό, κ.τ.λ.), που δεν έχουν να κάνουν τόσο με τη λειτουργία της υγειονομικής υπηρεσίας.

Από την άλλη πλευρά το αποτέλεσμα της υγείας έχει την έννοια ενός μεταβλητού παράγοντα. Δηλαδή θα μπορούσε να υπολογιστεί ως η διαφορά μεταξύ δυο καταστάσεων υγείας. Η διαφορά αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα των εκούσιων υγειονομικών παρεμβάσεων αλλά και της ακούσιας έκθεσης στου επιβαρυντικούς παράγοντες μιας πυροσβεστικής επιχείρησης. Δηλαδή η έννοια του αποτελέσματος υγείας μετράει τη μεταβολή μιας κατάστασης σε σχέση με το ρυθμό εφαρμογής κάποιας παρέμβασης. Παρόλο που όπως αναφέρθηκε το αποτέλεσμα επηρεάζεται και από ανεξάρτητους παράγοντες είναι προφανές ότι η Υγειονομική Υπηρεσία θα πρέπει να επικεντρωθεί στη συλλογή δεδομένων που προκύπτουν από τη λειτουργία της.

---

<sup>88</sup> Προοίμιο του Συντάγματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 1946. Ο συγκεκριμένος ορισμός παραμένει μέχρι και την 45<sup>η</sup> έκδοση (2006) του Συντάγματος η οποία ισχύει σήμερα



## Μέτρηση του επιπέδου υγείας

Ο τρόπος με τον οποίο τελικά θα προσδιορίζεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού των πυροσβεστών έχει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία στη διαμόρφωση κατευθύνσεων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της Υγειονομικής Υπηρεσίας. Σήμερα υπάρχει πληθώρα δεικτών ώστε να μπορέσει κανείς να μετρήσει τη λειτουργική ικανότητα, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής, τον πόνο και γενικότερα αυτό που πριν προσδιορίστηκε ως «κατάσταση υγείας».<sup>89</sup> Στο σύνολό τους οι δείκτες αυτοί έχουν ως σκοπό να προσδιορίσουν:

- Τις προτεραιότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας
- Τις προτεραιότητες σχετικά με την έρευνα σε θέματα υγείας
- Τις ομάδες ατόμων με υψηλές ανάγκες καθορίζοντας ταυτόχρονα και τους τρόπους παρέμβασης
- Ένα συγκρίσιμο μέγεθος του προϊόντος που λέγεται «υγεία» ώστε να είναι ευκολότερος ο μελλοντικός προγραμματισμός, σχεδιασμός και αξιολόγηση.

Γενικότερα οι διάφοροι δείκτες υγείας που χρησιμοποιούνται παρουσιάζουν κάποια σημαντικά προβλήματα όπως η απαίτηση για ισχυρές υποθέσεις, η δυσκολία γενίκευσης σε διαφορετικούς πληθυσμούς, εποχές και χώρες και το κόστος διαρκούς ενημέρωσής τους. Οι συνηθέστεροι από αυτούς είναι:<sup>90</sup>

1. Η θνησιμότητα (mortality) η οποία δεν αποτυπώνει την κατάσταση υγείας αλλά τα αίτια που οδηγούν στο θάνατο τα μέλη ενός πληθυσμού. Συνήθως η ταξινόμηση γίνεται ανάλογα με το φύλο και την ηλικία και προσδιορίζει τη συχνότητα θανάτου μελών του πληθυσμού από ένα νόσημα κατά τη διάρκεια μια χρονικής περιόδου.
2. Η θνητότητα (fatality) εκφράζει την πιθανότητα θανάτου των μελών του πληθυσμού που έχουν προσβληθεί ήδη από κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.
3. Η νοσηρότητα (morbidity) με την οποία υπολογίζεται ο αριθμός των διαπιστωμένων κρουσμάτων ενός νοσήματος στον υπό μελέτη πληθυσμό.

<sup>89</sup> Thacker, S. B., Stroup, D. F., Carande-Kulis, V., Marks, J. S., Roy, K., & Gerberding, J. L. (2006). Measuring the Public's Health. *Public Health Reports*, 121(1), 14–22.

<sup>90</sup> Λιαρόπουλος Α. Λυκούργος, Οργάνωση υπηρεσιών & Συστημάτων υγείας, Α' τόμος, εκδ. ΒΗΤΑ medical arts, 2014, σελ. 33

Ενδιαφέρον είναι ότι ο δείκτης αυτός μπορεί να προσδιοριστεί και με αυτοδιάγνωση ή από μη ιατρικό προσωπικό (π.χ. χρήση απλών ερωτηματολογίων, ή γραπτή αναφορά από το διοικητή της υπηρεσίας για το προσωπικό υπό την ευθύνη του).

4. Η απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας (absence of work because of illness) είναι ακόμα ένας σημαντικός δείκτης διότι αφενός η συμπεριφορά του ατόμου αλλάζει κατά τις ημέρες ασθένειας και αφετέρου επηρεάζει το λειτουργικό κόστος του οργανισμού.
5. Οι Στατιστικές χρόνιων νοσημάτων (chronic disease) και περιπτώσεις ανικανότητας (disability) είναι ένας δείκτης πιο πολύ ενδεικτικός της ψυχοκοινωνικής παθολογίας και της πολιτικής στάσης που έχει η χώρα στο θέμα αυτό.

Φυσικά οι παραπάνω δείκτες για να μπορούν να αξιολογηθούν στατιστικά θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία, ακρίβεια, αλήθεια, πληρότητα, συνέπεια, επικαιρότητα και τέλος ομοιογένεια, δηλαδή να παραμένουν διαχρονικά σταθερές οι γεωγραφικές περιοχές ή οι υπηρεσίες από τις οποίες θα συλλέγονται. Αυτές οι κατηγορίες δεικτών από μόνες τους δεν είναι αρκετές. Είναι ωφέλιμο μέσω των διαφόρων δεικτών να αποτυπώνεται μια συνολική βαθμολογία με τα διάφορα χαρακτηριστικά της κατάστασης και του αποτελέσματος υγείας η οποία θα περιλαμβάνει και τις προτιμήσεις των υπαλλήλων. Έτσι μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση κόστους-οφέλους.

Πέρα, δηλαδή από τους δείκτες που θα αφορούν το συνολικό πληθυσμό των πυροσβεστών ή επιμέρους τμήματα αυτού, θα πρέπει να μετρούνται και κάποιοι ατομικοί δείκτες. Οι δείκτες αυτοί μπορεί να προκύπτουν από μια αντικειμενική ή μια υποκειμενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας. Στην πρώτη κατηγορία χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα των κλινικών εξετάσεων και της έρευνας. Έτσι οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις για την κατάλληλη φροντίδα. Στην κατηγορία της υποκειμενικής αντίληψης οι ίδιοι οι ασθενείς εκτιμούν το επίπεδο υγείας και της ποιότητας ζωής τους και τα στοιχεία συλλέγονται μέσω ερευνών-ερωτηματολογίων που επαναλαμβάνονται με κάποια

περιοδικότητα. Ένα τέτοιο πρωτόκολλο είναι η Εικόνα των Συνεπειών της Ασθένειας (Sickness Impact Profile, SIP).<sup>91</sup>

Το πρωτόκολλο SIP αναπτύχθηκε στην Αμερική τη δεκαετία του 1970 και αποτυπώνει τη κατάσταση της υγείας όχι με βάση το πώς νιώθει ο ασθενής αλλά ούτε και με βάση τα κλινικά συμπτώματα. Κεντρική του ιδέα είναι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα καταγράφεται σε βάθος χρόνου όχι το τι «μπορεί ή δεν μπορεί να κάνει» ο ασθενής αλλά τι «κάνει ή δεν κάνει» συνήθως στην καθημερινή του ζωή. Επομένως παρέχει ενδείξεις για τις λειτουργικές ανωμαλίες στη συμπεριφορά οι οποίες οφείλονται σε κάποια ασθένεια ή πάθηση. Τα αποτελέσματα προκύπτουν από τη βαθμολογία σε 12 κατηγορίες καθημερινής δραστηριότητας:

1. Περπάτημα
2. Κινητικότητα
3. Ευκινησία
4. Κοινωνική Συναναστροφή
5. Μνήμη και Αντανακλαστικά
6. Συναισθηματική Συμπεριφορά
7. Επικοινωνία
8. Ύπνος και ανάπαυση
9. Λήψη τροφής
10. Εργασία
11. Διαχείριση του νοικοκυριού
12. Διασκέδαση

Η δοκιμασία αυτή αν και εκ πρώτης όψεως μοιάζει εμπειρική αποδεικνύεται πως έχει υψηλή εγκυρότητα και εσωτερική συνέπεια. Η πιο αποτελεσματική λύση βέβαια είναι η συγκεκριμένη μέθοδος να χρησιμοποιηθεί συνεργατικά με τους υπόλοιπους δείκτες που προαναφέρθηκαν.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να υπάρχει μια κατηγοριοποίηση και ταξινόμηση των ασθενειών που πλήττουν τους πυροσβέστες. Ο Π.Ο.Υ. έχει καθιερώσει ένα σύστημα Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας που ουσιαστικά υπάρχει από το 1893 και σήμερα βρίσκεται στη δέκατη

---

<sup>91</sup> Bergner, Marilyn, Ruth A. Bobbitt, William B. Carter, and Betty S. Gilson. "The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure." *Medical Care* 19, no. 8 (1981): 787-805.

αναθεωρημένη έκδοσή του. Η ταξινόμηση γίνεται σε 22 κατηγορίες και αφορά 14.400 παθολογικές καταστάσεις καθεμία από τις οποίες έχει το δικό της ξεχωριστό κωδικό. Χρησιμοποιώντας λοιπόν αυτό το σύστημα που φέρει την ονομασία ICD<sub>10</sub>, μπορεί να γίνει εύκολη καταγραφή, σύγκριση και στατιστική μελέτη των υγειονομικών προβλημάτων των πυροσβεστών. Παράλληλα χρήσιμη είναι και η μέτρηση των εμβολιασμένων πυροσβεστών για διάφορα νοσήματα.

Επιπλέον δείκτες οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην αξιολόγηση της λειτουργίας της Υγειονομικής Υπηρεσίας και του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι:

- Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (φύλλο, ηλικία, σταθμός ή κλιμάκιο που υπηρετεί, κ.τ.λ.)
- Ο χρόνος αναμονής για εξυπηρέτηση
- Ποσοστό των ραντεβού που ακυρώνονται
- Χρόνος «εκκαθάρισης» λίστας των ραντεβού
- Οι νεκροί χρόνοι λειτουργίας των ιατρείων

### **Μέτρηση του κόστους ασθένειας**

Σε κάθε περίπτωση η αξία της ανθρώπινης ζωής είναι ανεκτίμητη και η πρώτη προτεραιότητα των στατιστικών μελετών της υγειονομικής υπηρεσίας θα πρέπει να είναι η αποτύπωση του αποτελέσματος υγείας δηλαδή η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών της. Όμως σε ένα δεύτερο στάδιο θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο για το γενικότερο στρατηγικό σχεδιασμό του Πυροσβεστικού Σώματος η εκτίμηση του κόστους των ασθενειών. Το κίνητρο για αυτή τη διαδικασία φυσικά δεν είναι η απαξίωση της φροντίδας για ορισμένα νοσήματα «χαμηλού κόστους» ως προς τη λειτουργία του οργανισμού, αλλά η εξεύρεση τρόπων για την καλύτερη διάταξη και οργάνωση της υγειονομικής υπηρεσίας μέσα στο γενικότερο πλαίσιο του οργανισμού.

Το κόστος των ασθενειών μπορεί να διακριθεί σε άμεσο και έμμεσο. Το πρώτο περιλαμβάνει τα χρήματα που δαπανούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τελικά τη θεραπεία της ασθένειας. Συνήθως ο υπολογισμός του άμεσου κόστους δεν είναι δύσκολος και δύσκολα μπορεί να αμφισβητηθεί από τις διάφορες ενδιαφερόμενες πλευρές. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και έξοδα διοίκησης, καθαριότητας, ένδυσης

του προσωπικού και μίσθωσης ή συντήρησης των κτηριακών υποδομών. Σύμφωνα με διεθνή μελέτη<sup>92</sup> το άμεσο κόστος είναι σταθερά μικρότερο από το έμμεσο. Αυτό είναι ίσως και η πιο ισχυρή απόδειξη ότι η πρόληψη, η θεραπεία και γενικότερα η ύπαρξη υγειονομικής υποστήριξης σε ένα επικίνδυνο επάγγελμα όπως του πυροσβέστη είναι επιβεβλημένη.

Το έμμεσο κόστος αφορά την απώλεια παραγωγικότητας που επιφέρει η ασθένεια. Σύμφωνα με μελέτες το έμμεσο κόστος μπορεί να κυμαίνεται από 18% έως και 60%<sup>93</sup> ενώ ένας γενικότερος μέσος όρος ανέρχεται στο 52%.<sup>94</sup> Η απώλεια της παραγωγικότητας μπορεί να οφείλεται σε απουσία από την υπηρεσία, την ανικανότητα για ανάληψη υπηρεσίας ή ακόμα χειρότερα από το θάνατο του υπαλλήλου. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τον υπολογισμό του κόστους από την απώλεια παραγωγικότητας. Για παράδειγμα η μέθοδος που στηρίζεται στη θεωρία του T. Schultz για το «ανθρώπινο κεφάλαιο»<sup>95</sup> μετράει τη δυνητική απώλεια παραγωγικότητας. Δηλαδή το κόστος εκτιμάται από το γινόμενο των ημερών απουσίας επί του κέρδους που θα επέφερε στην υπηρεσία κάθε ημέρα. Φυσικά μια τέτοια προσέγγιση υπερεκτιμά το κόστος και δεν είναι και ιδιαίτερα χρήσιμη για οργανισμούς όπως το Πυροσβεστικό Σώμα που δεν είναι κερδοσκοπική επιχείρηση.

Προτείνεται λοιπόν το κόστος του χαμένου χρόνου εργασίας να υπολογιστεί με την πιο απλή και ρεαλιστική μέθοδο του καταβαλλόμενου ημερομισθίου. Δηλαδή ένα απλό γινόμενο του ημερομισθίου του υπαλλήλου επί των ημερών απουσίας. Χρήσιμο θα είναι μάλιστα το κόστος να υπολογίζεται ανά φύλο, ηλικία και κατηγορία ασθένειας ώστε να είναι δυνατή και η ανατροφοδότηση του σχεδιασμού των διαδικασιών πρόληψης. Επίσης θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια για εκτίμηση του όποιου κόστους προκύπτει από την εκτέλεση ελαφράς υπηρεσίας λόγω ασθένειας.

---

<sup>92</sup> Leona van Roijen, Marc A. Koopmanschap, Frans F.H. Rutten, Paul J. van der Maas, Indirect costs of disease; an international comparison, In Health Policy, Volume 33, Issue 1, 1995, Pages 15-29

<sup>93</sup> Goetzel Ron Z., Long Stacey R., Ozminkowski Ronald J., Hawkins Kevin, Wang Shaohung, Lynch Wendy, «Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers», Journal of Occupational & Environmental Medicine: April 2004 - Volume 46 - Issue 4 - pp 398-412

<sup>94</sup> Λιαρόπουλος Α. Λυκούργος, Οργάνωση υπηρεσιών & Συστημάτων υγείας, Α' τόμος, εκδ. BHTA medical arts, 2014, σελ. 37

<sup>95</sup> Claudia Goldin, Department of Economics Harvard University and National Bureau of Economic Research. "Human Capital"

## Ο εκπαιδευτικός ρόλος της Υγειονομικής Υπηρεσίας

Με το ισχύον νομικό πλαίσιο, ανάμεσα στα άλλα καθήκοντα των Υγειονομικών αξιωματικών είναι η μέριμνα για τη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των κατά τη κρίση του, κατάλληλων πυροσβεστικών υπαλλήλων για τα καθήκοντα του νοσοκόμου και η διδασκαλία στοιχείων Υγιεινής και Α' Βοηθειών στους υπαλλήλους, όταν αυτό ορίζεται στο πρόγραμμα εκπαίδευσης της Υπηρεσίας.<sup>96</sup> Τα συγκεκριμένα καθήκοντα όμως θα ήταν καλό να εξειδικευθούν και να αναλυθούν περισσότερο.

Η εκπόνηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων ίσως θα ήταν μια καλή αρχή. Το κάπνισμα βρίσκεται ανάμεσα στις πιο επιβλαβείς συνήθειες για την υγεία αφού σε αυτό οφείλεται μέχρι και το 20% των θανάτων<sup>97</sup> προκαλώντας αυξημένη νοσηρότητα στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα. Ο πληθυσμός των πυροσβεστών είναι ιδιαίτερα ευάλωτος αφού από τη φύση της εργασίας είναι αναγκασμένος να εκτίθεται σε τοξικούς και καρκινογόνους αέριους ρύπους. Οι σχετιζόμενοι με το κάπνισμα θάνατοι είναι δυνητικώς αποφεύξιμοι για αυτό έχουν αναπτυχθεί από τον Π.Ο.Υ. διάφορες στρατηγικές καταπολέμησης όπως ενημέρωση πληθυσμού, αυξημένη φορολόγηση και απαγόρευση χρήσης σε ορισμένους χώρους και ηλικίες. Στόχος της υγειονομικής υπηρεσίας θα πρέπει να είναι η συνεχής ενημέρωση του προσωπικού με καταγραφή των ανάλογων δραστηριοτήτων και διαχρονική εκτίμηση για την επιτυχία τους.

Αντίστοιχες ενέργειες θα πρέπει να γίνουν και για το σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με την ιατρική βιβλιογραφία ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ μπορεί να ελεγχθεί με τις σωστές διατροφικές συνήθειες και την αθλητική δραστηριότητα. Μάλιστα η σωστή διατροφή μπορεί να προλάβει και άλλες επικίνδυνες για την υγεία καταστάσεις. Αυτό έχει γίνει κτήμα όπως φαίνεται της αντίστοιχης υγειονομικής υπηρεσίας της Ελληνικής Αστυνομίας η οποία έχει συμμετάσχει σε διεθνή συνέδρια παρουσιάζοντας τις έρευνές της.<sup>98</sup> Εκτός από την ενημέρωση μπορεί να υπάρχει και εκπαίδευση των διαβητικών υπαλλήλων για την αποφυγή επιπλοκών και τον

<sup>96</sup> Π.Δ. 210/1992 άρθρο 113, παράγραφος 13

<sup>97</sup> <http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/statisticsaboutsmlking/>, ημερομηνία τελευταία πρόσβασης: 03-12-2017

<sup>98</sup> [http://www.bloko.gr/2017/10/22\\_10.html](http://www.bloko.gr/2017/10/22_10.html), ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 3-12-2017

περιορισμό των ενδονοσοκομειακών εισαγωγών που συνεπάγονται αυξημένο κόστος για το δημόσιο ταμείο και κακή ποιότητα ζωής για τον υπάλληλο.

Επιπροσθέτως, τα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι σημαντικά. Ο αριθμός των αποβολών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων έχει αυξητική τάση. Αιτίες είναι η άγνοια των πολιτών, η μη υιοθέτηση προφυλακτικών μέτρων και η κινητικότητα πληθυσμών από αφρικανικές και ανατολικές χώρες για τους οποίους η Ελλάδα αποτελεί βασικό πέρασμα. Στις περισσότερες χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) οι αποβολές έχουν αυξητική τάση κάτι που οφείλεται περισσότερο σε ανεπιθύμητες κυήσεις παρά σε ιατρογενή αίτια. Μέσα από αντίστοιχες καμπάνιες ο στόχος είναι η μείωση των μη ιατρογενών αποβολών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.<sup>99</sup>

Στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες ανήκει και η ενημέρωση για τα μεταδιδόμενα νοσήματα των οποίων η εκδήλωση μπορεί να αποφευχθεί μέσω εμβολιασμών. Παρά τα προγράμματα εμβολιασμών στο σχολεία, τέτοιου είδους νοσήματα καταγράφονται και στις υγειονομικά προηγμένες χώρες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι αυτή που μπορεί να προλάβει φαινόμενα εξάπλωσης τέτοιων νοσημάτων και να μειώσει το μετέπειτα κόστος τις αντιμετώπισής τους. Παράλληλα με την ενημέρωση βέβαια μπορούν να εκπονούνται και προγράμματα εμβολιασμών στις υπηρεσίες που κρίνεται απαραίτητο.

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ακόμα ένας παράγοντας στον οποίο οι πυροσβέστες θα πρέπει να δώσουν προσοχή. Η πάθηση αυτή είναι αυξημένη στις ανεπτυγμένες χώρες και συνδέεται με τον κίνδυνο εκδήλωσης εγκεφαλικών αγγειακών επεισοδίων και στεφανιαίας νόσου. Η τεχνική μέτρησης της αρτηριακής πίεσης είναι μια αρκετά εύκολη και γρήγορη διαδικασία που ο κάθε ένας μπορεί να εφαρμόσει. Με την κατάλληλη ενημέρωση μπορεί να επιτευχθεί συστηματική παρακολούθηση και πρόληψη των επιπτώσεων της.

Πέρα από την παραπάνω θεματολογία που η εκπαίδευση των πυροσβεστών θα είναι κυρίως θεωρητική χρειάζεται να γίνεται εκπαίδευση και σε πιο πρακτικά θέματα που οι υπάλληλοι αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια των συμβάντων.

Μια τέτοια περίπτωση είναι η διδασκαλία της βασικής Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης (ΚΠΑ). Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι ο κλινικός θάνατος,

---

<sup>99</sup> Ερευνητικό Πρόγραμμα «Μελέτη αξιολόγησης και ανασχεδιασμού Χάρτη Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» του εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α.. Το έργο ολοκληρώθηκε και παραδόθηκε το Μάρτιο του 2006.

δηλαδή η αναστολή της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας, είναι αναστρέψιμη κατάσταση και διαφέρει από το βιολογικό θάνατο που είναι η νέκρωση του εγκεφάλου. Η κατάσταση αυτή μπορεί να θεραπευτεί χωρίς πολύπλοκα μηχανήματα, υψηλή τεχνολογία ή πολύ καλά εκπαιδευμένους ιατρούς.<sup>100</sup> Ωστόσο είναι σημαντικό η διδασκαλία της να ξεκινήσει να γίνεται στους πυροσβεστικούς σταθμούς όχι μόνο ως επίδειξη αλλά με τη διενέργεια εξετάσεων και χορήγηση κατάλληλης «πιστοποίησης». Έτσι θα μειωθεί το φαινόμενο όπου πυροσβέστες δε νιώθουν σίγουροι για τις δυνατότητές τους και αγχώνονται στην ιδέα ότι θα χρειαστεί να εφαρμόσουν μια τέτοια τεχνική.

Εννοείται ότι μέσα από τη λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας και τη στατιστική ανάλυση των περιστατικών που αντιμετωπίζει μπορούν να καθοριστούν και άλλα εκπαιδευτικά αντικείμενα που θα κάνουν τους πυροσβέστες πιο ικανούς στη διαχείριση των συμβάντων αλλά και θα φέρουν το υγειονομικό προσωπικό πιο κοντά στα καθημερινά προβλήματα. Για παράδειγμα στη Βραζιλία υπάρχουν πυροσβέστες εκπαιδευμένοι από την υπηρεσία τους στην αντιμετώπιση περιστατικών εκγομφώσεων, δηλαδή απώλειας μόνιμων δοντιών λόγω χτυπημάτων, κάτι το οποίο μπορεί να είναι αναστρέψιμο αρκεί να γίνουν εγκαίρως οι απαραίτητες ενέργειες.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Ασμ/χος (Ν) Ελένη Αγιώτου-Δημοπούλου, Οδηγός για τη Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, Υπηρεσία Αεροπορικών Εκδόσεων, Αθήνα 1988

<sup>101</sup> De Carvalho Cardoso, L., Poi, W. R., Panzarini, S. R., Sonoda, C. K., Da Silveira Rodrigues, T. and Manfrin, T. M. (2009), *Knowledge of firefighters with special paramedic training of the emergency management of avulsed teeth*. Dental Traumatology, 25: 58–63



**Ολοκληρωμένη υγειονομική κάλυψη των πυροσβεστικών υπαλλήλων καθώς και η μέγιστη εξοικονόμηση και εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων, σε αντιστοιχία με το μέγιστο δυνατό ωφέλιμο αποτέλεσμα.**

Οι υπηρεσίες υγείας είναι ένα αρκετά δαπανηρό αγαθό και μάλιστα με κόστος διαρκώς αυξανόμενο όσο αναπτύσσεται η τεχνολογία και η επιστήμη. Αφενός λοιπόν η επιστημονική πρόοδος μπορεί να μειώνει το κόστος μιας εξέτασης ή της παραγωγής ενός φαρμάκου σε σχέση με το παρελθόν. Αφετέρου οι εμπάθυνση των γνώσεων σχετικά με τις διάφορες ασθένειες δημιουργούν την ανάγκη για πολυπλοκότερες διαγνωστικές εξετάσεις και μεθόδους θεραπείας. Περίπου το 8% του Α.Ε.Π. διατίθεται για τον τομέα της υγείας στην Ευρώπη<sup>102</sup> ενώ η Ελλάδα δεν απέχει και πολύ από αυτό το ποσοστό διαθέτοντας διαχρονικά μέχρι και 9%.<sup>103</sup>

Η τάση αυτή τις τελευταίες δεκαετίες είναι αυξητική. Όμως, οποιοδήποτε υγειονομικό σύστημα δεν διαθέτει ποτέ αρκετούς πόρους για να εξασφαλίσει «πλήρη υγεία» και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των πολιτών, κάτι το οποίο είναι γνωστό και ως νόμος της ανεπάρκειας. Θα πρέπει λοιπόν πάντα να γίνεται μια ιεράρχηση των αναγκών ώστε με τις σωστές επιλογές να γίνεται καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και να έχουμε την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των αναγκών.

Στην εγγενή αυτή αδυναμία στηρίζεται η σύγκρουση δύο διαφορετικών απόψεων. Από τη μια πλευρά των φιλελεύθερων οικονομολόγων υποστηρίζεται ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν ρυθμίσουν ορθολογικά την κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι η υγεία είναι επί της ουσίας ιδιωτικό αγαθό και ο καθένας το απολαμβάνει ανάλογα με το εισόδημά του. Από την άλλη μεριά βρίσκεται η άποψη που υποστηρίζει ότι η υπηρεσίες υγείας δεν είναι όπως τα υπόλοιπα αγαθά και οι δυνάμεις της αγοράς αδυνατούν να προσφέρουν μια δίκαιη κατανομή.<sup>104</sup>

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμα και μια αύξηση 10% της τιμής των υπηρεσιών υγείας ελάχιστα επηρεάζει τη ζήτηση γεγονός που υπονοεί ότι πρόκειται για ένα αναγκαίο βασικό αγαθό και όχι πολυτέλεια ή αντικείμενο προσωπικών

---

<sup>102</sup> Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος, Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, εκδ. *τυπωθήτω*, 2006, σελ. 69

<sup>103</sup> Βλ. Δελτίο Τύπου ΕΛ.ΣΤΑΤ. της 31-3-2017 για το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2015

<sup>104</sup> Karsten, Siegfried G. "Health Care: Private Good vs. Public Good." *The American Journal of Economics and Sociology* 54, no. 2 (1995): 129-44

προτιμήσεων.<sup>105</sup> Άλλωστε το γεγονός ότι ακόμα και στις χώρες με τα πιο φιλελεύθερα συστήματα υγείας υπάρχει σημαντική κρατική παρέμβαση τείνει να αναιρέσει την άποψη περί ιδιωτικού αγαθού. Ακόμα και εκεί που ο ιδιωτικός τομέας είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένος, η ανάπτυξη αυτή αφορά κυρίως την τελική παροχή των υπηρεσιών υγείας και όχι για παράδειγμα την παραγωγή ιατρών από τις ιατρικές σχολές.<sup>106</sup> Τα παραπάνω δεδομένα δείχνουν ότι η θεώρηση της υγείας ως ιδιωτικό αγαθό είναι τουλάχιστον αφελής. Η υγεία είναι και πρέπει να είναι στη βάση της κοινωνικό αγαθό χωρίς φυσικά να παρεμποδίζεται η χρήση υπηρεσιών πλέον των αναγκαίων με ιδιωτικές δαπάνες.

Οι λόγοι που κάνουν το αγαθό της υγείας να διαφέρει από τα συνήθη αγαθά είναι διαχρονικά μελετημένοι και θα αναλυθούν παρακάτω.

Ο ανταγωνισμός στην υγεία συνήθως δεν αφορά ανταγωνισμό τιμών. Περισσότερο απαντάται ως ανταγωνισμός ποιότητας υπηρεσιών όπως η άμεση εξυπηρέτηση, η μεγαλύτερη φροντίδα, η λιγότερη γραφειοκρατική ταλαιπωρία, κ.λπ.. Για το Πυροσβεστικό Σώμα όμως, η ύπαρξη και ορθή λειτουργία υγειονομικής υπηρεσίας ελαττώνει τον ανταγωνισμό αφού όλοι οι υπάλληλοι εξυπηρετούνται ισότιμα και χωρίς διακρίσεις ενώ η υπηρεσία ως μέλος του ίδιου του Σώματος δεν έχει να ανταγωνιστεί παρά μόνο τον εαυτό της στα πλαίσια της διαρκούς βελτίωσης των παροχών προς τους εργαζόμενους συναδέλφους.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό του αγαθού της υγείας είναι ότι κατά κανόνα η ζήτησή του παραμένει απρόβλεπτη. Κανείς δε μπορεί ακριβώς να γνωρίζει πότε και σε ποιο βαθμό θα χρειαστεί ιατρική φροντίδα. Άρα απρόβλεπτο παραμένει και το κόστος που θα πρέπει να καταβληθεί. Η αλήθεια είναι ότι τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής και οι περιοδικοί έλεγχοι με πρωτοβουλία της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας ελάχιστα μπορούν να συμβάλλουν στην πρόβλεψη αυτή. Αναμφίβολα όμως μπορούν να μειώσουν τη συνολική δαπάνη διαχρονικά.

Το σημαντικότερο ίσως χαρακτηριστικό της υγείας ως αγαθού, παραμένει η ατελής ενημέρωση του ασθενή. Η ιατρική επιστήμη είναι περίπλοκη και απαιτεί ουσιαστικά πάνω από 10 έτη σπουδών για να μπορέσει κάποιος να την κατανοήσει και να την εφαρμόσει. Ο μέσος ασθενής πέρα από το αίσθημα αδιαθεσίας, δε μπορεί να γνωρίζει από τι πάσχει ούτε και το θεραπευτικό πρωτόκολλο που πρέπει να

---

<sup>105</sup> Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος, Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, εκδ. *τυπωθήτω*, 2006, σελ. 242

<sup>106</sup> Μιχάλης Χλέτσος, Οικονομικά της υγείας, εκδ. Πατάκη, 2011, σελ.55-65

εφαρμόσει. Έτσι είναι ουσιαστικά υποχρεωμένος να συμφωνήσει με τον πάροχο του αγαθού, που είναι ο ιατρός, χωρίς να μπορεί να κρίνει τι είναι πραγματικά απαραίτητο. Όταν ο ιατρός είναι συνάδελφος του ασθενή, όπως οι ιατροί στο Πυροσβεστικό Σώμα με τους λοιπούς πυροσβέστες, τότε όχι μόνο δεν έχει όφελος να παραπληροφορήσει τον ασθενή αλλά απεναντίας μπορεί να έχει και ζημία. Άσκοπες διαγνωστικές εξετάσεις και νοσηλεία θα έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση και αναποτελεσματικότητα του οργανισμού στον οποίο και ο ίδιος ο ιατρός απασχολείται. Ομοίως και αν παραλείψει να ενεργήσει όπως απαιτείται.

Επιπροσθέτως, οι ιδιαίτερες γνώσεις που διαθέτει ένας ιατρός μπορούν να του προσδώσουν μονοπωλιακή δύναμη στην αγορά υγείας. Από τη στιγμή που μόνο ένας ιατρός γνωρίζει και έχει δικαίωμα να εφαρμόζει θεραπευτικά πρωτόκολλα του δίνει τη δυνατότητα για υπερκοστολόγηση των υπηρεσιών και δημιουργία προκλητής ζήτησης.<sup>107</sup> Κάτι τέτοιο βέβαια δεν ισχύει ουσιαστικά σε ένα δημόσιο νοσοκομείο αλλά και σε οποιοδήποτε άλλο οργανισμό που δεν έχει σκοπό το κέρδος. Αντίθετα από τα φαινόμενα υπερκοστολόγησης και προκλητής ζήτησης λοιπόν, οι ιατροί-αξιωματικοί της υγειονομικής υπηρεσίας του Πυροσβεστικού Σώματος έχουν μεγαλύτερο όφελος αν καταφέρουν να παρέχουν όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας στο προσωπικό με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Πολλές φορές η κατανάλωση ενός αγαθού έχει αντίκτυπο στα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας προκαλώντας εξωτερικές συνέπειες. Ο όρος «εξωτερικές» υποδεικνύει ότι αυτές δεν προκαλούνται εσκεμμένα από το ίδιο το άτομο. Για παράδειγμα ο εμβολιασμός ενός ατόμου έναντι κάποιας ασθένειας δεν ωφελεί μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την υπόλοιπη κοινωνία συμβάλλοντας στην συνολική προσπάθεια καταπολέμησης μιας νόσου. Από την άλλη η ελλιπής ιατρική φροντίδα σε έναν πυροσβέστη δεν επηρεάζει αρνητικά μόνο το δικό του βιοτικό επίπεδο αλλά και των συναδέλφων του αφού ακόμα και αν αυτοί δε νοσήσουν τότε θα κληθούν να καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας τους για να αναπληρώσουν τις όποιες αδυναμίες του συναδέλφου τους. Αυτές οι «εξωτερικότητες» χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα το αγαθό της υγείας άσχετα αν είναι θετικές ή αρνητικές.

Οι εξωτερικότητες επομένως μπορεί να έχουν το χαρακτήρα άλλοτε κόστους και άλλοτε οφέλους, αποτελώντας όμως σε κάθε περίπτωση παραμόρφωση των κανόνων

---

<sup>107</sup> Κυριόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Εκδ Παπαζήση, Αθήνα, 2007, σελ.35-60

ιδανικής λειτουργίας της ελεύθερης αγοράς. Ο κεντρικός σχεδιασμός και έλεγχος στην παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να μεταβάλει σημαντικά το σημείο ισορροπίας προς τις θετικές εξωτερικές συνέπειες. Άρα η λειτουργία μιας καλά οργανωμένης υγειονομικής υπηρεσίας στα πλαίσια του Πυροσβεστικού Σώματος μπορεί να μειώσει το κόστος, χρηματικό ή ψυχικό, και να αυξήσει τα οφέλη για τους υπαλλήλους και τον οργανισμό γενικότερα.

### **Ο σκοπός οργάνωσης της Υγειονομικής Υπηρεσίας**

Με μια πρώτη ματιά οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας λειτουργούν μη κερδοσκοπικά. Στην περίπτωση δε των οργανισμών του δημοσίου, όπως το Πυροσβεστικό Σώμα, κάτι τέτοιο ισχύει συνολικά. Επομένως κάποιος θα μπορούσε να υποστηρίξει ότι η λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας μόνο βαρίδια μπορεί να προσθέσει στον συνολικό ετήσιο οικονομικό προϋπολογισμό του οργανισμού.

Η άποψη αυτή όμως ελάχιστα άπτεται της πραγματικότητας. Αφενός, τίποτα και κανείς δε μπορεί να εγγυηθεί ότι η μη ύπαρξη της Υγειονομικής Υπηρεσίας θα σήμαινε τη μεγαλύτερη χρηματοδότηση κάποιας άλλης διεύθυνσης ή κάποιου άλλου τμήματος του οργανισμού. Αφετέρου και με βάση όσα έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα σε όλα τα προηγούμενα κεφάλαια, θα πρέπει να γίνει μια συγκριτική μελέτη σε βάθος μεταξύ του οφέλους από την αύξηση της παραγωγικότητας, της μείωσης των ημερών απουσίας από την εργασία ανά πυροσβεστικό υπάλληλο και της χρηματικής επιβάρυνσης λόγω ύπαρξης της ΥΓ.Υ.Π.Σ..

Για παράδειγμα, πόσο επιβαρύνεται οικονομικά το Πυροσβεστικό Σώμα όταν κάποιος πυροσβέστης λόγω επαγγελματικής καταπόνησης και κακής υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζει πάθηση ή νόσο που τον θέτει αναγκαστικά σε υπηρεσία γραφείου 10 χρόνια πριν τη συνταξιοδότησή του; Πόσο ζημιώνεται ο ίδιος οργανισμός όταν κάποιος ανώτατος αξιωματικός για τους ίδιους λόγους φεύγει από τη ζωή 5 έτη πριν τερματίσει ευδοκίμως τη σταδιοδρομία του; Πόσο εύκολα αναπληρώνεται η εμπειρία και η εκπαίδευση στις δυο αυτές περιπτώσεις; Τέτοια ερωτήματα δύσκολα μπορούν να απαντηθούν με ακρίβεια. Είναι αδύνατο όμως να χαρακτηρίσει κανείς ασύμφορη ή μη αναγκαία την ύπαρξη της Υγειονομικής Υπηρεσίας πριν γνωρίσει αυτές τις απαντήσεις.

Με το νόμο 4501 του 1966 (Φ.Ε.Κ. 47/Α/1966) «Περί της ιατρικής – φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως των εν ενεργεία ανδρών των Σωμάτων Ασφαλείας», δόθηκε η δυνατότητα νοσηλείας των εν ενεργεία πυροσβεστών και αστυνομικών στα στρατιωτικά νοσοκομεία. Σήμερα η διαδικασία νοσηλείας έχει εξειδικευτεί ακόμα περισσότερο σύμφωνα με την Φ.700/4/132914/Σ.3317/25-5-05 απόφαση του Υπουργού Εθνικής Άμυνας «περί παροχής υγειονομικής περίθαλψης και διάθεσης υγειονομικού υλικού από τις Μονάδες Υγειονομικού του Στρατού Ξηράς σε Τρίτους» (ΦΕΚ 827/Β/05). Ωστόσο προτεραιότητα δίνεται σε κάθε περίπτωση για την εξυπηρέτηση των στρατιωτικών υπαλλήλων και των οικογενειών τους ακόμα και αν αυτοί έχουν αποστρατευτεί.<sup>108</sup> Παρόλα αυτά το γεγονός ότι το Πυροσβεστικό Σώμα ως οργανισμός δεν απασχολεί περισσότερους από 14.000 υπαλλήλους σε όλη την επικράτεια καθιστά περιττή τη συζήτηση για δημιουργία ειδικού νοσοκομείου πυροσβεστών. Άρα το ενδιαφέρον θα πρέπει να στραφεί στην οργάνωση μιας δομής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα<sup>109</sup>: «*Η Π.Φ.Υ. είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και την τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα το πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος. Η Π.Φ.Υ. φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας*».

Με βάση λοιπόν τον παραπάνω ορισμό η διατήρηση αλλά και η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται μέσα από αποκεντρωμένες υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας. Η Π.Φ.Υ. έχει ευρεία έννοια και αναφέρεται όχι μόνο σε υπηρεσίες που προσφέρονται σε ασθενείς αλλά και σε υγιή άτομα. Επομένως δε θα πρέπει να

---

<sup>108</sup> Φ.700/4/132914/Σ.3317/25-5-05 απόφαση του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, άρθρο 1, παράγραφος 3

<sup>109</sup> Το Αλμάτι, πρώην Άλμα Άτα από το 1921 έως το 1993, είναι η μεγαλύτερη σε πληθυσμό πόλη του Καζακστάν και πρωτεύουσα του από το 1929 έως το 1997, οπότε η πρωτεύουσα μεταφέρθηκε στην Αστανά. Εκεί έγινε μεταξύ 6-12 Σεπτεμβρίου 1978 έγινε το διεθνές συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με θέμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

συγγέεται με την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για εξω-νοσοκομειακή φροντίδα που συμβάλει σημαντικά στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την αναβάθμιση και των δικών τους υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετείται από μια μονάδα Π.Φ.Υ. μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα<sup>110</sup> ενώ η αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμβάντων μόνο σε αυτό το αρχικό επίπεδο μπορεί να αγγίξει το 90%.<sup>111</sup> Παράλληλα σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ. οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αγγίζουν πλέον το 40% με διαρκώς αυξητική τάση.<sup>112</sup> Σημαντικό επίσης εύρημα της ελληνικής στατιστικής αρχής είναι ότι στα πλαίσια της εξω-νοσοκομειακής φροντίδας οι Έλληνες πρωτίστως αναζητούν, σε ποσοστό σχεδόν 50%, οδοντίατρο ή ορθοδοντικό και σε ποσοστό περίπου 60%, γενικό ιατρό ή παθολόγο.<sup>113</sup>

Αρα, η Υγειονομική Υπηρεσία του Πυροσβεστικού Σώματος θα πρέπει να έχει ως στόχο την αποκεντρωμένη κατανομή της στην ελληνική επικράτεια με κριτήρια την αντίστοιχη κατανομή των πυροσβεστικών υπαλλήλων αλλά και τον αριθμό ετήσιων συμβάντων που αντιμετωπίζονται ανά περιφέρεια. Σκοπός της δε μπορεί παρά να είναι η κατάκτηση στρατηγικής θέσης για την άμεση και συνεχή σχέση του πυροσβεστικού πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Η υπηρεσία αυτή θα είναι το κομβικό σημείο γύρω από το οποίο θα οργανώνεται η διαδρομή προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας που είναι τα στρατιωτικά και πολιτικά νοσοκομεία.

Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να διασφαλίζεται η εύκολη και γρήγορη πρόσβαση χωρίς διοικητικές, γραφειοκρατικές και γεωγραφικές αγκυλώσεις. Επίσης είναι αναγκαία η πλήρης και συνεχή κάλυψη για όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο. Η αποκέντρωση συμβάλει αφενός στην κάλυψη των δύο αυτών προϋποθέσεων και αφετέρου δίνει τη δυνατότητα οργάνωσης και εγκατάστασης ιατρείων σε μικρούς χώρους όπου δε θα απαιτείται η καταβολή ιδιαίτερα υψηλού ενοικίου ή ακόμα και δωρεάν δια μέσου φιλοξενίας εντός πυροσβεστικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα ένα

---

<sup>110</sup> Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15-58

<sup>111</sup> Συστήματα Υγείας, Μ. Θεοδώρου – Μ. Σαρρής – Σ. Σούλης, εκδ. Παπαζήση, 2001, σελ.102

<sup>112</sup> Βλ. Δελτίο Τύπου ΕΛ.ΣΤΑΤ. της 31-3-2017 για το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2015 και επίσης το αντίστοιχο Δελτίο Τύπου της 24-4-2013 για το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011

<sup>113</sup> Βλ. Δελτίο Τύπου ΕΛ.ΣΤΑΤ. της 15-6-2016 με τίτλο Έρευνα Υγείας: 2014

οδοντιατρείο για τη βασική του λειτουργία μπορεί να ξεκινά από μια έκταση 25τ.μ. ενώ ένα ιατρείο γενικού ιατρού ή παθολόγου από μόλις 20τ.μ.<sup>114</sup>

## Η στελέχωση της Υγειονομικής Υπηρεσίας

Προκειμένου να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα αλλά και για να υπάρχει μια αυτοδύναμη ικανότητα διαρκούς βελτίωσης και αναβάθμισης, είναι αναγκαία η στελέχωση της Υγειονομικής Υπηρεσίας με το κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό. Οι επαρκείς και ορθά διατυπωμένες πολιτικές στελέχωσης και προγραμματισμού αλλά και η επανεκτίμηση του σκεπτικού στελέχωσης όποτε απαιτείται είναι σημαντικοί παράγοντες για την επίτευξη της κατάλληλης φροντίδας υγείας.<sup>115</sup>

Ο προσδιορισμός των απαιτήσεων σε υγειονομικό προσωπικό καθορίζεται με βάση το οργανωτικό πλαίσιο του οργανισμού, τις ανάγκες του πληθυσμού των πυροσβεστών και φυσικά τους διαθέσιμους πόρους. Επομένως δεν υπάρχει κάποιος ακριβείς «ιδανικός» αριθμός στελέχωσης αλλά χρειάζεται να γίνεται ακριβείς τήρηση στατιστικών στοιχείων μέσα από την επεξεργασία των οποίων θα αναδεικνύονται τα δυνατά και αδύναμα σημεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει προτείνει ότι για την κάθε κατηγορία υγειονομικού προσωπικού μπορούν να ληφθούν υπόψη τα εξής κριτήρια:<sup>116</sup>

- Ανάγκες υγείας
- Στόχοι των υπηρεσιών υγείας
- Ζήτηση υπηρεσιών υγείας
- Αναλογία υγειονομικού προσωπικού και πληθυσμού

Τα τρία πρώτα κριτήρια απαιτούν την ανάλυση των ιδιαίτερων αναγκών του εκάστοτε πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Έπειτα ακολουθεί ο σχεδιασμός του τρόπου κάλυψης αυτών των αναγκών μέσω αυτού προκύπτει το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό. Το τέταρτο κριτήριο είναι μια γενική αναλογία βασισμένη σε διάφορες βιβλιογραφικές αναφορές και παρατηρήσεις. Βέβαια αποτελεί και το

---

<sup>114</sup> Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ Α' 70) «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», παράρτημα Α

<sup>115</sup> Διοίκηση και Ηγεσία Θεωρία και Εφαρμογή στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, Bessie L. Marquis and Carol J. Huston, 6<sup>η</sup> έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, σελ. 451

<sup>116</sup> Λιαρόπουλος Λ. Λυκούργος, Οργάνωση υπηρεσιών & Συστημάτων υγείας, Α' τόμος, εκδ. ΒΗΤΑ medical arts, 2014, σελ. 158

κριτήριο που λαμβάνεται υπόψη συνηθέστερα διότι είναι απλό, ερμηνεύεται εύκολα και δεν απαιτεί ιδιαίτερη σπατάλη χρόνου ή χρηματικών πόρων. Μάλιστα το κριτήριο αυτό αποτελεί γενικό δείκτη σύγκρισης του προσωπικού υγείας διακρατικά.

Μελετώντας ακόμα και τη διεθνή βιβλιογραφία, πουθενά δε γίνεται αναφορά σε άριστες αναλογίες υγειονομικού προσωπικού. Εμπειρικά και μόνο μπορεί να ειπωθεί ότι τα συστήματα που ρίχνουν το βάρος στην οργανωμένη φροντίδα χρησιμοποιούν έως και 31,5% λιγότερους ιατρούς σε σύγκριση με αυτά που οι αποζημίωση των υπηρεσιών γίνεται κατά πράξη.

Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α. η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη αναλογία ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό, 6,3 ανά 1.000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 3,6 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους. Χρειάζεται όμως ιδιαίτερα προσοχή πριν προσπαθήσει κάποιος να βγάλει γρήγορα συμπεράσματα αφού όπως επισημαίνεται από τον ίδιο οργανισμό στην υψηλή αυτή αναλογία για την Ελλάδα περιλαμβάνονται όλοι οι πτυχιούχοι ιατρικών και οδοντιατρικών σχολών δηλαδή ακόμα και οι άνεργοι ιατροί. Αντίθετα στο νοσηλευτικό προσωπικό η χώρα μας εμφανίζεται τελευταία με διαφορά αφού αντιστοιχούν μόνο 3,2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους ενώ ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 8,4.<sup>117</sup>

Μια εναλλακτική προσέγγιση στο συγκεκριμένο θέμα είναι η ερευνητική μελέτη που έγινε το 2002 και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μια ικανοποιητική αναλογία ιατρών για τα ελληνικά δεδομένα είναι περίπου 3 ανά 1.000 κατοίκους. Για την αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού μια άλλη μελέτη του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κατέληξε ενδεικτικά σε 6,5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.<sup>118</sup> Οι προαναφερθείσες αναλογίες μαρτυρούν την εξαιρετική υποστελέχωση της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Πυροσβεστικού Σώματος σε νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και την ανάγκη για ενίσχυση της δύναμης των ιατρών. Ιδιαίτερα όσον αφορά τη στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό απαραίτητο είναι να γίνει με όσο το δυνατόν περισσότερους αποφοίτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης τετραετούς διάρκειας, οι οποίοι έχουν αυξημένες γνώσεις τόσο σε υγειονομικά όσο και σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης υγειονομικών μονάδων.

Επιπλέον προσωπικό χωρίς υγειονομική εξειδίκευση μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο σε διοικητικές θέσεις για γραμματειακή υποστήριξη, αρχειοθέτηση, στελέχωση

---

<sup>117</sup> OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017*, OECD Publishing, Paris σελ. 9

<sup>118</sup> Λιαρόπουλος Λ. Λυκούργος, Οργάνωση υπηρεσιών & Συστημάτων υγείας, Α' τόμος, εκδ. ΒΗΤΑ medical arts, 2014, σελ. 159



τηλεφωνικών κέντρων, μεταφορά προσωπικού και υλικών, διαχείριση και προμήθεια υλικών και εξοπλισμού. Οι οδηγοί των υγειονομικών οχημάτων θα πρέπει κατά προτίμηση να είναι κάτοχοι διπλώματος επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης σύμφωνα με το νόμο 2009/1992, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου»<sup>119</sup> ώστε να γνωρίζουν την άσκηση όλων των επειγουσών πρακτικών που αναφέρονται σε διεθνή πρωτόκολλα και είναι αναγνωρισμένες από τη διεθνή κοινότητα.

Επιδίωξη του Πυροσβεστικού Σώματος θα πρέπει να είναι η κάλυψη των κενών πρωτίστως μέσα από το υπάρχον δυναμικό. Με την τακτική αυτή εξυπηρετούνται δύο στόχοι. Ο πρώτος είναι η δυνατότητα που δίνεται στους υπαλλήλους για επιπλέον εξειδίκευση και αναβάθμιση της θέσης τους μέσα στον οργανισμό και η καθιέρωση ενός κλίματος κινήτρων που θα αναλυθεί στη συνέχεια. Ο δεύτερος και πιο σημαντικός είναι ότι η Υγειονομική Υπηρεσία μπορεί έτσι να στελεχώνεται με άτομα που γνωρίζουν τις δυσκολίες και τους κινδύνους του πυροσβεστικού επαγγέλματος. Δε χάνεται χρόνος για εκπαίδευση και απόκτηση εμπειρίας ενώ είναι γνωστά εξ αρχής τα σημεία που πρέπει να διερευνηθούν και να τελειοποιηθούν. Άλλωστε ο ίδιος ο πυροσβέστης, όπως και κάθε άλλος εργαζόμενος, αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη όταν γνωρίζει ότι υποστηρίζεται από ένα συνάδελφο που ξέρει και κατανοεί την καθημερινότητά του.

Το μοντέλο στελέχωσης της Υγειονομικής Υπηρεσίας, κρίνοντας από το συνολικότερο τρόπο λειτουργίας του Πυροσβεστικού Σώματος δε μπορεί παρά να είναι συγκεντρωτικού τύπου και όχι αποκεντρωτικού. Δηλαδή ο προϊστάμενος υγειονομικού είναι αυτός που εισηγείται και προτείνει σχετικά με τη στελέχωση αλλά η Διεύθυνση Ανθρωπίνων Πόρων είναι αυτή που θα αποφασίσει για την υλοποίηση των προτάσεων. Βασικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η καλύτερη εκτίμηση των συνολικών αναγκών του οργανισμού και η δικαιότερη κατανομή του προσωπικού.

Δε είναι δυνατό όμως να αγνοηθεί το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα αναγκαίες για όλο τον πληθυσμό και όχι μόνο για τους πυροσβέστες. Επομένως η αγορά εργασίας ειδικά για τους ιατρούς παραμένει δελεαστική. Για παράδειγμα η σημαντική έλλειψη ιατρών εργασίας στην ελληνική επικράτεια ή η γενικότερη έλλειψη ιατρών στην επαρχία και ειδικά στη νησιωτική Ελλάδα μπορεί

---

<sup>119</sup> Σχετικό Δίπλωμα απονέμεται από το Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) του ΕΚΑΒ

ακόμα και μέσα στη δίνη της οικονομικής κρίσης να αποφέρει στους ιατρούς ένα αξιοπρεπές εισόδημα.

Επιπλέον, η απαίτηση πολυετών ακαδημαϊκών σπουδών και η ανάγκη διαρκούς επαφής με τις επιστημονικές εξελίξεις δημιουργούν στους ιατρούς υψηλό αίσθημα ευθύνης και την υποχρέωση για συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Κάτι τέτοιο λειτουργεί ως αναπόφευκτος παράγοντας άγχους σε όλη τους την καριέρα. Μάλιστα ένας ιατρός ακόμα και μετά τη συνταξιοδότησή του συνεχίζει να δεσμεύεται από τον όρκο του Ιπποκράτη και ουσιαστικά παραμένει εν ενεργεία για όλη του τη ζωή. Για τους λόγους αυτούς η δημιουργία ενός κλίματος κινήτρων, για το οποίο έτσι κι αλλιώς η ηγεσία οποιουδήποτε οργανισμού πάντα πρέπει να μεριμνά, οφείλει να τεθεί υπό εξέταση.

Το κίνητρο είναι εκείνη η δύναμη μέσα στο νου κάθε ατόμου η οποία επηρεάζει και κατευθύνει τη συμπεριφορά του. Όλα τα άτομα έχουν ανάγκες οι οποίες τους κινητοποιούν. Εστιάζοντας στις ανάγκες αυτές του κάθε υπαλλήλου είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν στρατηγικές κατάλληλες για κάθε περίπτωση. Η ηγεσία με ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό είναι ικανή να δημιουργήσει ένα περιβάλλον τέτοιο, μέσα στο οποίο οι ανθρώπινες δυνατότητες του κάθε υπαλλήλου μπορούν να αναπτύσσονται.<sup>120</sup> Αν και οι άμεσες οικονομικές παροχές συχνά λειτουργούν ως κίνητρο για έναν εργαζόμενο στην πραγματικότητα τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα. Εξάλλου σε συνθήκες οικονομικού μαρασμού, ένας οργανισμός δεν έχει δυνατότητα για κάτι τέτοιο. Στην περίπτωση των ιατρών-αξιωματικών λοιπόν προτείνονται τέσσερις κατευθύνσεις κινήτρων.

Πρώτον, η μείωση του εργασιακού χρόνου σε σχέση με το ομοιόβαθμο πυροσβεστικό προσωπικό κατά 10%, διατηρώντας τα υπόλοιπα προνόμια και υποχρεώσεις που απορρέουν από το βαθμό όπως ο βασικός μισθός και τα όποια επιδόματα. Η επίδραση του ωραρίου εργασίας στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια. Ωστόσο το ωράριο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου. Σύμφωνα με μελέτη σε υγειονομικό προσωπικό της Γερμανίας φάνηκε ότι οι ιατροί που εργάζονται πλέον των 48 ωρών εβδομαδιαίως διατρέχουν πολύ υψηλότερο κίνδυνο να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα πηγαίνοντας ή αποχωρώντας από την εργασία

---

<sup>120</sup> Διοίκηση και Ηγεσία Θεωρία και Εφαρμογή στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, Bessie L. Marquis and Carol J. Huston, 6<sup>η</sup> έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, σελ. 479

τους.<sup>121</sup> Στο κίνητρο αυτό ενυπάρχει σαφώς και κάποια μικρή έμμεση μισθολογική παροχή. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν πρόκειται να επιφέρει ουσιαστικά καμία επιπλέον επιβάρυνση στις δαπάνες του οργανισμού.

Δεύτερον, προτείνεται η διατήρηση και διαφύλαξη του κατοχυρωμένου δικαιώματος «άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος ιδιωτικώς κατά τας εκτός υπηρεσίας ώρας, συμφώνως προς την ιατρικήν δεοντολογίαν...».<sup>122</sup> Το δικαίωμα αυτό δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως δεύτερη εργασία ή ως μέσω πλουτισμού δια της πλαγίας οδού. Αφορά τη δυνατότητα του ιατρού να παρέχει τις υπηρεσίες του σε κάθε πολίτη όπως δεσμεύεται από τον όρκο του Ιπποκράτη. Ταυτόχρονα μπορεί να αποκτά εμπειρία και να αναπτύσσει γνώσεις σε ιατρικά θέματα, ερχόμενος σε επαφή με τις παθήσεις και τα νοσήματα του γενικότερου πληθυσμού και όχι μόνο των πυροσβεστών.

Τρίτον, ενδείκνυται η απόσπαση στην Υγειονομική Υπηρεσία των ήδη υπηρετούντων υπαλλήλων οι οποίοι σπουδάζουν τουλάχιστον στο 4<sup>ο</sup> έτος οδοντιατρικής σχολής ή στο 5<sup>ο</sup> έτος ιατρικής σχολής. Μια τέτοια ενέργεια ουσιαστικά δεν αποτελεί τόσο κίνητρο όσο επένδυση του ίδιου του οργανισμού στην εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού του. Άλλωστε οι φοιτητές αυτού του επιπέδου γνωρίζουν πλέον βασικές-προκαταρκτικές ενέργειες για την ιατρική φροντίδα ενός ασθενή. Επομένως η απόσπασή τους στην υγειονομική υπηρεσία διευκολύνει την εκπαίδευση των υπαλλήλων, προσδίδει εμπειρία πάνω στην περίθαλψη του πυροσβεστικού πληθυσμού, η οποία μπορεί να λειτουργήσει και ως κατεύθυνση για την επιλογή χρήσιμης ειδικότητας στο μέλλον και συμβάλλει στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Τέταρτον, η επέκταση της ιεραρχικής κλίμακας για τους ιατρούς-αξιωματικούς της ΥΓ.Υ.Π.Σ., μπορεί να αναζωπυρώσει το ενδιαφέρον ορισμένων υπαλλήλων για έναν τέτοιο ελιγμό στην καριέρα τους. Μέχρι σήμερα ο Διευθυντής της ΥΓ.Υ.Π.Σ., που είναι και ο ανώτερος αξιωματικός αυτής, μπορεί να προάγεται μέχρι και το βαθμό του Αρχιπυράρχου Υγειονομικού.<sup>123</sup> Η επέκταση της δυνατότητας εξέλιξης μέχρι και το βαθμό του Υποστρατήγου Υγειονομικού, δεν είναι απλά θέμα κύρους και

---

<sup>121</sup> Bruce D. Kirkcaldy, Rüdiger Trimpop, Cary L. Cooper, *Working hours, job stress, work satisfaction, and accident rates among medical practitioners and allied personnel*, International Journal of Stress Management, April 1997, Volume 4, Issue 2, pp 79–87

<sup>122</sup> Ν.Δ. 1400/1973 «Περί καταστάσεων των Αξιωματικών των Ενόπλων Δυνάμεων» (ΦΕΚ 114/Α/28-5-1973) άρθρο 63, παράγραφος 4

<sup>123</sup> Π.Δ. 305/1992 (ΦΕΚ 152 Α 9-9-1992) «Ρυθμίσεις θεμάτων ιεραρχίας, κρίσεων, προαγωγών και αποστρατείας των αξιωματικών του Πυροσβεστικού Σώματος», άρθρο 4, παράγραφος 3β.

αναγνώρισης της προσφοράς της συγκεκριμένης Διεύθυνσης αλλά πρωτίστως θέμα λειτουργικό. Η ΥΓ.Υ.Π.Σ. με όλες τις αρμοδιότητες που περιεγράφηκε ως τώρα και σε πλήρη επάνδρωση απαιτεί προσωπικό ίσως αρκετά μεγαλύτερο των 120 υπαλλήλων κατανεμημένο σε όλη την επικράτεια. Το συγκεκριμένο κίνητρο ενδεχομένως να είναι και το μοναδικό που εμπεριέχει κάποιο χρηματικό κόστος για τον οργανισμό, το οποίο όμως παραμένει εξαιρετικά μικρό αφού στην ουσία αφορά μόνο μια θέση στο οργανόγραμμά του, αυτή του Διευθυντή της Υγειονομικής Υπηρεσίας.

### **Εξόπλιση της υγειονομικής υπηρεσίας**

Προκειμένου να επιτελέσει το έργο της η Υγειονομική Υπηρεσία δε χρειάζεται μόνο το ανθρώπινο δυναμικό αλλά και ορισμένα εργαλεία, ιατρικά όργανα και μέσα. Όπως είναι φυσικό ένα κομμάτι των υλικών αυτών εξυπηρετεί την κάλυψη μακροχρόνιων, διαρκών αναγκών και από οικονομικής απόψεως ανήκει στο πάγιο ενεργητικό της υπηρεσίας. Απεναντίας κάποια υλικά είναι αναλώσιμα και αποτελούν τις «πρώτες ύλες» για την παροχή φροντίδας υγείας. Αυτά ανήκουν στο κυκλοφοριακό ενεργητικό και απαιτείται η προμήθεια σε τακτά χρονικά διαστήματα.<sup>124</sup>

Στο πάγιο ενεργητικό θα συναντήσει κανείς δύο βασικές κατηγορίες. Η μία αφορά τις εγκαταστάσεις, δηλαδή τους χώρους και τα κτήρια που χρησιμοποιούνται σταθερά από την υπηρεσία. Η άλλη αφορά το μηχανολογικό εξοπλισμό όπως είναι τα ιατρικά όργανα και τα ασθενοφόρα ή άλλα οχήματα. Όπως είναι αναμενόμενο το κόστος των υλικών αυτών μπορεί να γίνει ιδιαίτερα μεγάλο. Για παράδειγμα το κόστος κάποιων βασικών ιατρικών οργάνων όπως απινιδωτές, σπιρόμετρα, ηλεκτροκαρδιογράφοι, κ.λπ. κοστίζουν λιγότερο από 2.500€ αλλά ενός ασθενοφόρου μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 60.000€ - 85.000€<sup>125</sup> ενώ μια κτηριακή εγκατάσταση μπορεί να κοστίζει ακόμα περισσότερο. Το θετικό είναι ότι η διάρκεια ζωής αυτού του κεφαλαίου μπορεί να φτάσει και να ξεπεράσει τα 20 χρόνια ενώ πολλά από αυτά ορισμένες φορές

---

<sup>124</sup> Απόστολος Κ. Αποστόλου, Ανάλυση Λογιστικών-Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων, εκδ. ΣΕΑΒ 2015, σελ. 37-42

<sup>125</sup> Άρθρο στον ηλεκτρονικό Τύπο: <http://www.iefimerida.gr/news/242212/ston-stolo-toy-ekav-51-kainoyrgia-asthenofora> καθώς και ιστοσελίδα φιλανθρωπικού οργανισμού: <http://www.if-gr.org/gr/donate/health/2-purchase-of-ambulance-vehicles-ekab>, ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 2-12-2017

μπορούν να είναι αντικείμενα δωρεάς όπως έχει αποδειχτεί στην πράξη. Επίσης έχει αναφερθεί ήδη ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι δυνατή και η χρήση ήδη υπαρχουσών εγκαταστάσεων που φιλοξενούν τις κατά τόπους πυροσβεστικές υπηρεσίες.

Σε ότι αφορά το κυκλοφοριακό ενεργητικό υπάρχει και εδώ η θετική και η αρνητική πλευρά. Συνήθως τα αναλώσιμα υλικά όπως, επίδεσμοι, γάντια μιας χρήσης, χαρτικά, οινόπνευμα, φάρμακα κ.λπ. δεν κοστίζουν ιδιαίτερα<sup>126</sup>. Εξαντλούνται όμως γρήγορα και θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα για τη σταθερή τροφοδοσία του συστήματος. Σε αντίθεση με άλλα αναλώσιμα που έχει ανάγκη το Πυροσβεστικό Σώμα η προμήθεια των συγκεκριμένων υλικών δεν μπορεί να αναβάλλεται για τη στιγμή που θα το επιτρέψουν οι συνθήκες. Ο πυροσβέστης που έχει τραυματιστεί δεν μπορεί να αποθηκευτεί για μερικές εβδομάδες σε ακινησία όπως ένα πυροσβεστικό όχημα που χρειάζεται αντικατάσταση έλαιο-λιπαντικών.

Το πρόβλημα εστιάζεται κυρίως στη διαδικασία προμηθειών όπου συνήθως επιλέγεται. Το Πυροσβεστικό Σώμα δε φαίνεται να εκμεταλλεύεται τη δυνατότητα που δίνει ο νόμος 4412/2016 ώστε να προχωρά σε απευθείας αναθέσεις συμβάσεων χωρίς συγκρότηση συλλογικού οργάνου.<sup>127</sup> Αντ' αυτού συνεχίζει να συγκροτεί συλλογικά όργανα, αρμόδια για κάθε είδους παρόμοια προμήθεια αναλωσίμων υλικών, των οποίων η θητεία είναι μικρή και τα μέλη συνεχώς ανανεώνονται δημιουργώντας αδικαιολόγητες καθυστερήσεις. Η συγκρότηση ενός γραφείου<sup>128</sup> με πιο μακροχρόνια στελέχωση, ως αρμόδια υπηρεσία για τέτοιου είδους συμβάσεις χρηματικών ποσών κάτω των 20.000€ θα ενισχύσει όχι μόνο τη λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας αλλά και αρκετές άλλες Διευθύνσεις και Υπηρεσίες.

---

<sup>126</sup> Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, σύμφωνα με τις αναρτημένες στο διαδίκτυο τιμές των προμηθευτών, τα αναλώσιμα υλικά για ετήσια σπιρομέτρηση (π.χ. στο τέλος της αντιπυρικής περιόδου) όλου του προσωπικού δύσκολα ξεπερνούν τα 400€.

<sup>127</sup> Ν. 4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)» άρθρο 118, παράγραφος 2

<sup>128</sup> Ένα τέτοιο γραφείο προφανώς δε θα υπάγεται διοικητικά στη Διεύθυνση του Υγειονομικού. Το ορθότερο ενδεχομένως είναι να ανήκει στη διεύθυνση οικονομικών. Ωστόσο η ύπαρξή του θα μπορεί να εξασφαλίσει την εξυπηρέτηση των διαφόρων αναγκών προμήθειας υλικών

## Συμπεράσματα

Το Πυροσβεστικό Σώμα μπορεί επίσημα να μετράει περίπου 90 χρόνια λειτουργίας, όμως με διάφορες παραλλαγές ουσιαστικά υφίσταται από την ίδρυση του ελληνικού κράτους. Μετράει 57 νεκρούς στο βωμό του καθήκοντος και αρκετούς περισσότερους τραυματίες. Το επάγγελμα του πυροσβέστη δίκαια μπορεί να θεωρηθεί ως ένα από τα πλέον επικίνδυνα, βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα.

Η κινητήρια δύναμη του οργανισμού ήτανε και θα είναι πάντα οι ανθρωπιστικές αντιλήψεις που διακατέχουν τους πυροσβεστικούς υπαλλήλους. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πολίτες απαιτούν συνεχώς την εγρήγορση του προσωπικού, τη λήψη πρωτοβουλιών, την επίδειξη θάρρους, ψυχραιμίας και αυταπάρνησης. Επομένως για την ομαλή λειτουργία και τη διαρκή αναβάθμισή του οργανισμού απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στον τομέα της διαχείρισης και διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ύπαρξη διακριτής και ανεξάρτητης Υγειονομικής Υπηρεσίας στο οργανόγραμμά του, κάνει το Πυροσβεστικό Σώμα ως οργανισμό να πρωτοπορεί έναντι πολλών άλλων οργανισμών παγκοσμίως οι οποίοι μπορεί να είναι κατά πολύ μεγαλύτεροι σε οικονομικά μεγέθη και προσωπικό. Αποτελεί μάλιστα πολύ ισχυρό πλεονέκτημα, τη στιγμή που οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα προσπαθούν να βρουν τρόπους και πόρους για να διασφαλίσουν απλά ορισμένες μόνο από τις προϋποθέσεις, που επιβάλλονται από τη νομοθεσία, για την υγεία του προσωπικού στους χώρους εργασίας.

Όμως υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν έχει κατανοήσει ακόμα πλήρως το μεγάλο αυτό πλεονέκτημα που διαθέτει. Η λειτουργία της Υγειονομικής Υπηρεσίας καθορίζεται ακόμα από ένα Προεδρικό Διάταγμα που εκδόθηκε πριν 25 χρόνια το οποίο απαιτεί συμπληρώσεις σε αρκετά σημεία και φυσικά εκσυγχρονισμό με βάση τόσο την εγχώρια όσο και διεθνή εμπειρία. Στο Στρατηγικό Σχεδιασμό 2015-2019 δε γίνεται καμία αναφορά στην ΥΓ.Υ.Π.Σ. και αγνοούνται οι δυνατότητες της ως υποστηρικτικό μέσο στο έργο των πυροσβεστών. Υπάρχουν αρκετά περιθώρια βελτίωσης και πρέπει να δοθεί επιπλέον βαρύτητα σε αυτόν τον κλάδο του οργανογράμματος ώστε να αποτελεί βασικό κομμάτι σε κάθε σχεδίαση της συνολικότερης στρατηγικής του οργανισμού.

Ο σχεδιασμός και η διάταξή της ΥΓ.Υ.Π.Σ. θα πρέπει να είναι τέτοια που να εξυπηρετεί την αποκεντρωμένη κατανομή της στην ελληνική επικράτεια με κριτήρια την αντίστοιχη κατανομή των πυροσβεστικών υπαλλήλων αλλά και τον αριθμό ετήσιων συμβάντων που αντιμετωπίζονται ανά περιφέρεια. Πρόκειται ουσιαστικά για μια μορφή Π.Φ.Υ. εξειδικευμένη στον πυροσβεστικό πληθυσμό με σκοπό την άμεση και συνεχή σχέση του πυροσβεστικού πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Η υπηρεσία αυτή θα είναι το κομβικό σημείο γύρω από το οποίο θα οργανώνεται η διαδρομή προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας δηλαδή τα στρατιωτικά και πολιτικά νοσοκομεία.

Η συγκεκριμένη δομή φέρει την κύρια ευθύνη για την εξασφάλιση της υγείας του προσωπικού τόσο κατά την διάρκεια της εργασίας όσο και του ελεύθερου χρόνου των υπαλλήλων. Έτσι το πυροσβεστικό επάγγελμα μπορεί να γίνει πιο ασφαλές, η ποιότητα ζωής των πυροσβεστών να αναβαθμιστεί, οι πολίτες να απολαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες πυροπροστασίας και παροχής βοήθειας από τον κρατικό μηχανισμό. Από την άλλη ο οργανισμός των 14.000 περίπου υπαλλήλων θα μπορεί να γίνει πιο αποδοτικός εξοικονομώντας ιδίους πόρους αλλά και προσφέροντας ανακούφιση του δημοσίου ταμείου από 5% έως 20% για την υγειονομική περίθαλψη της συγκεκριμένης ομάδας εργαζομένων.

Οι δραστηριότητες οι οποίες θα πρέπει να αναπτύσσονται από την ΥΓ.Υ.Π.Σ. αφορούν κυρίως το κομμάτι της πρόληψης σε καθημερινό επίπεδο.

Ακολουθώντας τη σχετική νομοθεσία, με την διενέργεια ιατρικών εξετάσεων αλλά και την επίβλεψη των απαραίτητων αθλητικών δοκιμασιών, θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αποφαινεται για τους πολίτες που είναι ικανοί να καταταγούν στο Πυροσβεστικό Σώμα. Έπειτα και καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας ενός υπαλλήλου, αυτός θα πρέπει να υποβάλλεται σε ιατρικές και αθλητικές δοκιμασίες ώστε να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για την κατάσταση της υγείας του και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα. Το είδος των δοκιμασιών και η περιοδικότητά τους θα καθορίζεται από την Υγειονομική Υπηρεσία με διάφορα κριτήρια, όπως το φύλλο, η ηλικία, και η μονάδα που υπηρετεί ο υπάλληλος ή πρόκειται να υπηρετήσει. Πρωταγωνιστικό ρόλο στη διαδικασία αυτή δε μπορεί παρά να έχει το Τμήμα Περιοδικής Υγειονομικής Εξέτασης στελεχωμένο οπωσδήποτε και με ιατρούς εργασίας.

Επιπλέον, η ΥΓ.Υ.Π.Σ. φέρει την ευθύνη υποστήριξης του προσωπικού κατά τη διάρκεια επέμβασης σε όλα τα συμβάντα με προτεραιότητα σε αυτά που απασχολούν

το μεγαλύτερο αριθμό προσωπικού ή δημιουργούν τις πιο επικίνδυνες συνθήκες. Για το σκοπό αυτό καταρτίζει σχέδια υποστήριξης αντίστοιχα με τα σχέδια επέμβασης των υπηρεσιών και λαμβάνοντας υπόψη τους σχεδιασμούς των Ο.Τ.Α. τους οποίους δεσμεύει το σχέδιο «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ». Έτσι φέρει την ευθύνη για

- τη μετάβαση του απαραίτητου προσωπικού της στα συμβάντα
- την εγκατάσταση σταθμών υγειονομικής φροντίδας
- τη μελέτη των συνθηκών που επιχειρεί το προσωπικό
- τον καθορισμό του είδους και των χρόνων διατροφής του προσωπικού για συμβάντα μεγάλης διάρκειας
- τον τρόπο και το σημείο διακομιδής τραυματισμένων ή νοσούντων πυροσβεστών ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους

Πέρα από την πρόληψη, ευθύνη θα πρέπει να φέρει η ΥΓ.Υ.Π.Σ. και για την αντιμετώπιση επαγγελματικών ή άλλων νόσων και παθήσεων που εμφανίζονται στο πυροσβεστικό προσωπικό. Επομένως οι αξιωματικοί-ιατροί οφείλουν να δέχονται καθημερινά κατόπιν προκαθορισμένων συναντήσεων (ραντεβού) όλους τους πυροσβεστικούς υπαλλήλους, να τους εξετάζουν και αν χρειάζεται να τους παραπέμπουν σε μονάδες δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στα πλαίσια της πρόληψης και της αντιμετώπισης ασθενειών αλλά και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους πυροσβέστες προς τους πολίτες η Υγειονομική Υπηρεσία πρέπει να έχει και εκπαιδευτικό ρόλο. Σεμινάρια και εκστρατείες ενημέρωσης θα πρέπει να γίνονται περιοδικά με τα θέματα που κρίνονται ως σημαντικότερα, όπως το κάπνισμα, ο διαβήτης, η υπέρταση, σεξουαλικά και άλλα μεταδιδόμενα νοσήματα, μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον πρακτικές εκπαιδεύσεις κυρίως σε ότι έχει να κάνει με την παροχή πρώτων βοηθειών θα πρέπει να γίνονται συχνά και να αξιολογούνται οι επιδόσεις των υπαλλήλων σε αυτές.

Για το σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και την καλύτερη αξιολόγηση λειτουργίας της ΥΓ.Υ.Π.Σ. απαιτείται η τήρηση ορισμένων στατιστικών δεικτών. Οι δείκτες αυτοί έχουν ως στόχο τόσο τη μελέτη του πυροσβεστικού πληθυσμού ως σύνολο όσο και τον κάθε υπάλληλο ως άτομο. Ορισμένοι από αυτούς είναι η ταξινόμηση των παρατηρούμενων ασθενειών κατά τα πρότυπα του Π.Ο.Υ. με το σύστημα ICD<sub>10</sub>, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, δείκτες θνητότητας και θνησιμότητας αλλά και δείκτες που έχουν να κάνουν με τη λειτουργία της υπηρεσίας και την εξυπηρέτηση του προσωπικού. Η στατιστική καταγραφή είναι αναγκαία



συνθήκη για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον είναι αυτή που θα αποδείξει επιστημονικά τον επικίνδυνο και ανθυγιεινό χαρακτήρα του πυροσβεστικού επαγγέλματος, εφόσον αυτός υφίσταται .

Απαιτείται στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού αυτού η στελέχωση με προσωπικό διαφόρων υγειονομικών ειδικοτήτων και κυρίως νοσηλευτών αλλά και ιατρών. Στην υγειονομική υπηρεσία υπηρετούν συνολικά 22 αξιωματικοί-ιατροί επικουρούμενοι από 2 νοσηλευτές και ορισμένο αριθμό πυροσβεστικών υπαλλήλων με διοικητικά καθήκοντα και καθήκοντα οδηγού οχημάτων. Οι αριθμοί αυτοί δε μπορεί σε καμία περίπτωση να είναι ανεκτοί αφού είναι αδύνατο να εξυπηρετήσουν τις πραγματικές ανάγκες του προσωπικού σε υπηρεσίες υγείας. Επίσης η απόσπαση, μετακίνηση ή διάθεση ενός υπαλλήλου στην ΥΓ.Υ.Π.Σ. θα πρέπει να συνοδεύεται από κάποιο υποχρεωτικό χρόνο παραμονής στη συγκεκριμένη θέση ο οποίος θα είναι δεσμευτικός τόσο για τον εργοδότη όσο και για τον εργαζόμενο και δε θα είναι μικρότερος από ένα έτος.

Σχετικά με τη στελέχωση της ΥΓ.Υ.Π.Σ. είναι προς όφελος του οργανισμού να προτιμηθούν άτομα μέσα από τον ίδιο τον οργανισμό στα πλαίσια της καλύτερης αξιοποίησης και της αναβάθμισης των υπαλλήλων. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση του σκοπού αυτού μια σειρά κινήτρων μοιάζει αναγκαία. Τέτοιου είδους κίνητρα είναι η μείωση του εργασίου χρόνου, το δικαίωμα προσφοράς υπηρεσιών υγείας και εκτός του Πυροσβεστικού Σώματος, η απόσπαση υπαλλήλων προς την ΥΓ.Υ.Π.Σ. που βρίσκονται ήδη στα τελευταία εξάμηνα των ιατρικών σπουδών τους και επέκταση της ιεραρχικής κλίμακας μέχρι και το βαθμό του υποστρατήγου.

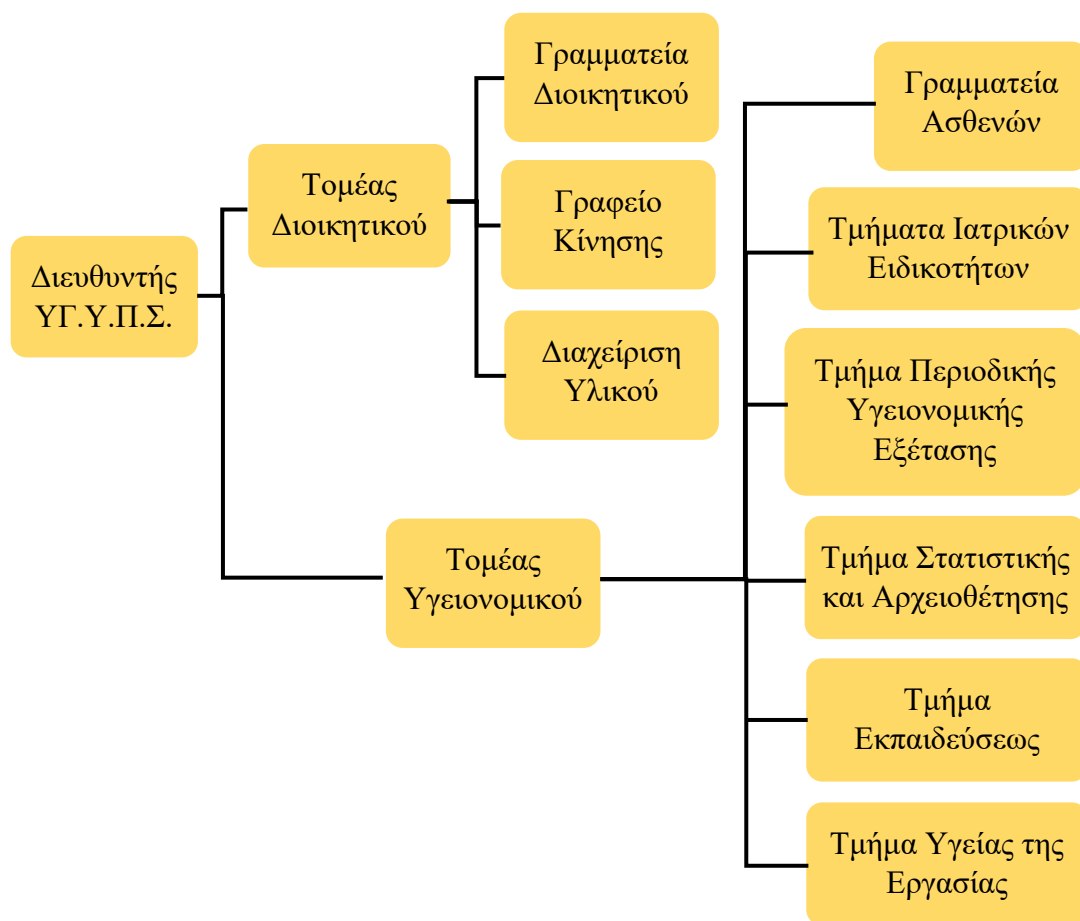
Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές. Για την σωστή λειτουργία αλλά και την οργάνωση της ΥΓ.Υ.Π.Σ. με βάση τα σύγχρονα πρότυπα είναι απαραίτητη η στελέχωση με νοσηλευτές, κατόχους πανεπιστημιακών τίτλων σπουδών τετραετούς φοίτησης στο συγκεκριμένο αντικείμενο, οι οποίοι διαθέτουν αρκετές γνώσεις και σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης υγειονομικών μονάδων.

Όσον αφορά τους ιατρούς μεγάλη προτεραιότητα πρέπει να δοθεί σε εκείνους που φέρουν την ειδικότητα της ιατρικής εργασίας. Έτσι μπορεί καλύτερα να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα μελέτης και κατανόησης των τυχόν ασθενειών και παθήσεων που συνοδεύουν το πυροσβεστικό επάγγελμα. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η πρόληψη, η αντιμετώπιση αλλά και η δημιουργία μιας ολόκληρης φιλοσοφίας ότι ο

πυροσβέστης πρέπει να προσλαμβάνεται υγιής, να μεταβαίνει από και προς την εργασία του υγιής και τελικά να συνταξιοδοτείται υγιής.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό μέσα από την ενίσχυση και στήριξη της Υγειονομικής Υπηρεσίας να καταπολεμηθεί κάθε αντίληψη που αφορά μόνο την τυπική συμμόρφωση με το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά την υγεία και ασφάλεια στους εργασιακούς χώρους. Εξάλλου ακόμα και ο πιο σύγχρονος νόμος 3850/2010 σε ορισμένα σημεία του είναι ελλιπής, αντιεπιστημονικός και αυθαίρετος. Η καθημερινή επιστημονική πρακτική και εμπειρία των ιατρών εργασίας είναι αυτή που μπορεί να τον εξειδικεύσει και να τον βελτιώσει.

Εξίσου σημαντικές ειδικότητες οι οποίες απαιτούνται και σε μεγαλύτερο αριθμό με βάση τα στατιστικά δεδομένα για την Π.Φ.Υ. είναι αυτές των οδοντιάτρων, παθολόγων και γενικών ιατρών. Οι ειδικότητες αυτές θα πρέπει να έχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη και καλύτερη κατανομή στην ελληνική επικράτεια. Για το λόγο αυτό αντίστοιχα ιατρεία θα πρέπει να μπορούν να στήνονται ευέλικτα, οπουδήποτε κρίνεται ότι υπάρχουν ανάγκες με απόφαση της φυσικής ηγεσίας. Άρα το τελικό οργανόγραμμα της ΥΓ.Υ.Π.Σ. διαμορφώνεται όπως στο διάγραμμα που ακολουθεί:



Διάγραμμα 2. Ενδεικτικό Οργανόγραμμα Λειτουργίας της ΥΓ.Υ.Π.Σ.

Με βάση το παραπάνω οργανόγραμμα η ΥΓ.Υ.Π.Σ έχει ένα διοικητικό σκέλος, όπως όλες οι Πυροσβεστικές Υπηρεσίες και ένα σκέλος που άπτεται της ειδικότητάς της. Σχετικά με τον Τομέα Διοικητικού το Γραφείο Κίνησης είναι αυτό που θα έχει την ευθύνη για τα υγειονομικά οχήματα και τον ειδικό εξοπλισμό που αυτά φέρουν. Η Διαχείριση Υλικού από την άλλη είναι το τμήμα που έχει την ευθύνη τόσο για το ιατροφαρμακευτικό υλικό όσο και για κάθε άλλο υλικό που χρησιμοποιείται.

Τέλος, θα πρέπει να κατανοηθεί ότι η υγειονομική υποστήριξη των πυροσβεστών δεν είναι απλά επιταγή ενός νομικού κειμένου. Πρώτα από όλα πρέπει να ανήκει στη φιλοσοφία και την κουλτούρα του οργανισμού. Ο Έλληνας πυροσβέστης, ένα άτομο που το καθήκον του είναι να ρισκάρει καθημερινά τη ζωή του στα πιο απρόβλεπτα συμβάντα, πρέπει να απολαμβάνει μια υποδειγματική και διαρκή υγειονομική υποστήριξη και φροντίδα. Δεν είναι μόνο οι λόγοι υπεράσπισης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας που επιβάλλουν κάτι τέτοιο αλλά και το γεγονός ότι έτσι το σύνολο του Πυροσβεστικού Σώματος θα μπορεί να εκπληρώσει με μεγαλύτερη ευκολία την αποστολή του.

## Πηγές - Βιβλιογραφία

### Πηγές

#### Αρχεία

Σύνταγμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 1946, 45<sup>η</sup> έκδοση (2006)

Στρατηγικό Σχέδιο Π.Σ. 2015-2019

Έγγραφο ΥΓ.Υ.Π.Σ. υπ.αριθμ. 3309 Φ.Α.20794 από 23-10-2017

Ετήσιες εκθέσεις Σώματος Επιθεωρητών Ελεγκτών 2008 – 2013

Μόνιμη Διαταγή 0-12/2017 του 251 – Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

Απόφαση Αρχηγού Πυροσβεστικού Σώματος υπ' αριθ. 71085 Φ.300.2 από 14-12-2007 με θέμα «Προκήρυξη διαγωνισμού για την κατάταξη στο Πυροσβεστικό Σώμα χιλίων διακοσίων εξήντα (1.260) Δοκίμων Πυροσβεστών Γενικών Υπηρεσιών»

Ερευνητικό Πρόγραμμα «Μελέτη αξιολόγησης και ανασχεδιασμού Χάρτη Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη» του εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α.

Δελτίο Τύπου ΕΛ.ΣΤΑΤ. της 31-3-2017 για το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2015

Δελτίο Τύπου της ΕΛ.ΣΤΑΤ. 24-4-2013 για το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011

Δελτίο Τύπου ΕΛ.ΣΤΑΤ. της 15-6-2016 με τίτλο Έρευνα Υγείας: 2014

Απόφαση του Υπουργού Εθνικής Άμυνας Φ.700/4/132914/Σ.3317/25-5-05

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017*, OECD Publishing, Paris

#### Νόμοι

Ν. 4661/1930 (Φ.Ε.Κ. Α 153/12-05-1930), «Περί διοργάνωσης Πυροσβεστικής Υπηρεσίας εν τω Κράτει»

Ν. 3511/2006 (Φ.Ε.Κ. Α 258/27-11-2006), «Αναδιοργάνωση του Πυροσβεστικού Σώματος, αναβάθμιση της αποστολής του και άλλες διατάξεις»

Ν. 2612/1998 (Φ.Ε.Κ. Α 112/25-05-1998), «Ανάθεση της δασοπυρόσβεσης στο Πυροσβεστικό Σώμα και άλλες διατάξεις»

Ν.3850/2010 (Φ.Ε.Κ. Α 84/02-06-2010), «Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων»

Ν. 3996/2011 (ΦΕΚ Α 170/05-08-2011), «Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας, ρυθμίσεις θεμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις»

Ν. 4093/2012 (ΦΕΚ Α 222/12-11-2012) «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016»

Ν. 4249/2014 (ΦΕΚ Α 73/24-3-2014), «Αναδιοργάνωση της Ελληνικής Αστυνομίας, του Πυροσβεστικού Σώματος και της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας, αναβάθμιση Υπηρεσιών του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη και ρύθμιση λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη και άλλες διατάξεις»

Ν. 4412/2016 (ΦΕΚ Α 147/08-08-2016) «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)»

Ν.Δ. 1400/1973 (ΦΕΚ Α 114/28-5-1973) «Περί καταστάσεων των Αξιωματικών των Ενόπλων Δυνάμεων»

Π.Δ. 210/1992 (ΦΕΚ Α 99/16-6-1992), «Κωδικοποίηση διατάξεων Προεδρικών Διαταγμάτων του Κανονισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας του Πυροσβεστικού Σώματος»

Π.Δ. 305/1992 (ΦΕΚ Α 152/09-09-1992) «Ρυθμίσεις θεμάτων ιεραρχίας, κρίσεων, προαγωγών και αποστρατείας των αξιωματικών του Πυροσβεστικού Σώματος»,

Π.Δ. 88/1999 (ΦΕΚ Α 94/13-5-1999), «Ελάχιστες προδιαγραφές για την οργάνωση του χρόνου εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 93/104/ΕΚ»

Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ Α 70/10-04-2001) «*Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*»

Π.Δ. 45/2008 (ΦΕΚ Α 73/30-04-2008), «Μέτρα υγιεινής και ασφάλειας ένστολου προσωπικού της Ελληνικής Αστυνομίας»

Π.Δ. 11/2014 (ΦΕΚ Α 17/29-01-2014), «*Κρίση Σωματικής Ικανότητας των στρατευσίμων, αυτών που κατατάσσονται στις Ένοπλες Δυνάμεις, καθώς και του στρατιωτικού προσωπικού γενικά*»

Π.Δ. 44/2016 (ΦΕΚ Α 68/19-04-2016), «Προσόντα, προϋποθέσεις, κωλύματα κατάταξης, κατηγορίες υποψηφίων και διαδικασία για την εισαγωγή στη Σχολή Πυροσβεστών και στη Σχολή Ανθυποπυραγών της Πυροσβεστικής Ακαδημίας με το σύστημα των εξετάσεων σε πανελλαδικό επίπεδο και άλλες διατάξεις»

Διάταγμα 17 / 4-5-1883 «Περί της αρμοδιότητας των Νομαρχών και περί της κατά τας Νομαρχίας Υπηρεσίας»

ΦΕΚ Β 423/10-04-2003, «Έγκριση του από 7.4.2003 Γενικού Σχεδίου Πολιτικής Προστασίας με τη συνθηματική λέξη «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗΣ»»

## Ιστοσελίδες

Πανερωπαϊκή έρευνα γνώμης σχετικά με την ασφάλεια και την υγεία στο χώρο εργασίας 2013: <https://osha.europa.eu/el/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013>

[http://www.fireservice.gr/pyr/site/home/LC+Primary+Menu/history/Pessodes\\_sto\\_Kathikon/Vomos+tu+Kathikontos\\*.csp?pageum=1#top36](http://www.fireservice.gr/pyr/site/home/LC+Primary+Menu/history/Pessodes_sto_Kathikon/Vomos+tu+Kathikontos*.csp?pageum=1#top36)

<http://www.nantiareport.gr/anapiria-90-archipirosvestis-apo-ti-chrisi-mi-sintirimenis-anapnefstikis-siskevis>

<http://epayps.blogspot.gr/2017/04/blog-post.html>

[http://kaythpena2011.blogspot.gr/2011/08/blog-post\\_4319.html](http://kaythpena2011.blogspot.gr/2011/08/blog-post_4319.html)

<http://www.iefimerida.gr/news/285094/ypostratigos-tis-pyrosvestikis-stin-patra-epathe-egkefaliko-tin-ora-toy-kathikontos>

<http://www.mag24.gr/pyrini-kolasi-ston-kalamo-kaigontai-spitia-travmatistike-o-stratigos-giovas-tis-pyrosvestikis/>

<http://www.kathimerini.gr/846895/article/epikairothta/ellada/dwrea-as8enoforwn-apo-thn-pyrosvestikh-sto-ekav>

<https://dsps.wi.gov/Documents/Programs/FireDeptSafetyHealth/SOGs.pdf>

<https://www.osha.gov/dts/wildfires/response.html>

<http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/statisticsaboutsmlking/>

[http://www.bloko.gr/2017/10/22\\_10.html](http://www.bloko.gr/2017/10/22_10.html)

<http://www.iefimerida.gr/news/242212/ston-stolo-toy-ekav-51-kainoyrgia-asthenofora>

<http://www.if-gr.org/gr/donate/health/2-purchase-of-ambulance-vehicles-ekav>

<https://www.dei.gr/el/i-dei/i-etairia/organwtiki-domi>

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

#### Βιβλία

Απόστολος Κ. Αποστόλου, Ανάλυση Λογιστικών-Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων, εκδ. ΣΕΑΒ 2015

Ασμ/χος (Ν) Ελένη Αγιώτου-Δημοπούλου, Οδηγός για τη Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, Υπηρεσία Αεροπορικών Εκδόσεων, Αθήνα 1988

Μαρξ Κ.: «Το Κεφάλαιο», τόμος 1<sup>ος</sup>, εκδ. Σύγχρονη Εποχή, 1976

Βιομηχανική Παραγωγή και Ενέργεια, Γ' Γενικού Λυκείου, Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών και Εκδόσεων Διόφαντος, 2009

Mondy R. Wayne, Mondy Jundy-Bandy, Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, 11<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Τζιόλα, 2017

Ιστορία του Πυροσβεστικού Σώματος, εκδ. Α.Π.Σ. – Διεύθυνση Μελετών, Αθήνα 1980

Gary Dessler, Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού Βασικές έννοιες και σύγχρονες τάσεις, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδ. Κριτική, 2015

Λιαρόπουλος Λ. Λυκούργος, Οργάνωση υπηρεσιών & Συστημάτων υγείας, Α' τόμος, εκδ. ΒΗΤΑ medical arts, 2014

Ευθ. Λ. Λέκκας, Φυσικές & Τεχνολογικές Καταστροφές, β' έκδοση, 2000, εκδ. ACCESS

Μ. Θεοδώρου – Μ. Σαρρής – Σ. Σούλης, Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήση, 2001

Εγχειρίδιο Αντιμετώπισης Ατυχημάτων Με Επικίνδυνα Υλικά, Π.Ε.13, Αθήνα 2010

Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος, Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, εκδ. τυπωθήτω, 2006

Μιχάλης Χλέτσος, Οικονομικά της υγείας, εκδ. Πατάκη, 2011

Κυριόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Εκδ Παπαζήση, Αθήνα, 2007

Bessie L. Marquis and Carol J. Huston, Διοίκηση και Ηγεσία Θεωρία και Εφαρμογή στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, 6<sup>η</sup> έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

## **Άρθρα**

Μαλλιαρού Μαρία, Κραθανάση Κωνσταντινιά, Σαράφης Παύλος. «Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: Μια συστηματική ανασκόπηση», ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης, τόμος 1, τεύχος 1, Οκτώβριος 2008

Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15–58

## **Μεταπτυχιακές διατριβές**

Κωνσταντίνος Ι. Παυλάκης. Φυσική Κατάσταση Πυροσβεστών: Έλεγχος Προσομοίωσης Εργασιών. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Αθήνα 2015

## **Ξενόγλωσση**

## **Βιβλία**

Collings, D. G., & Wood, G. (2009). Human resource management: A critical approach. In D. G. Colligs & G. Wood (Eds.), Human resource management: A critical approach (pp. 1-16). London: Routledge

Shangeon Lee, Deirdre McCann, John C. Messenger, Working Time Around The World, εκδ. Routledge 2007

Blaikie, Piers, Terry Cannon, Ian Davis & Ben Wisner. *At Risk – Natural hazards, people's vulnerability and disasters*, Wiltshire: Routledge, 2003

J.H. Burns, H.L.A. Hart, *The Collected Works of Jeremy Bentham: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Clarendon press – Oxford

## **Άρθρα**

*Steep Price Tag for Workplace Injuries*, Occupational Hazards 67, December 2005

Puncochar Paul, «The Science and Art to Identifying Workplace Hazards», Occupational Hazards, September 2003



«Stress: How to Cope with Life's Challenges», American Family Physician Oct 15;74(8)

Michelle Rafter, «The Yawning of a New Era», Workforce Magazine, 8/12/2010

C.L. Cooper, J. Marshall - From Stress to Wellbeing, Volume 1, 2013 – Springer

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions., *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41

Kristen LeClair, “Burn Out!”, RDH 27 (June 2007): 36/104

Amit Mukherjee, “Beat the Burnout Blues”, Business Today 16 (December 30, 2007): 170-172

Steven Elwell, “Addicted to the Job?”, Sales and Marketing Management 159 (March 2007): 45

Dembe AE, Yao X., Chronic Disease Risks From Exposure to Long-Hour Work Schedules Over a 32-Year Period, *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2016 Sep. 58(9):861-7

Tetsunojo UEHATA, *Long Working Hours And Occupational Stress-Related Cardiovascular Attacks Among Middle-Aged Workers In Japan*, *Journal of Human Ergology* Vol. 20 (1991) No. 2 P 147-153

Burgard, Sarah A., and Katherine Y. Lin. “Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities.” *The American behavioral scientist* 57.8 (2013)

Katsavouni, F., Bebetos E., Malliou P., Beneka A, *The type and causes of injuries in firefighters.*, *Archives of Hellenic Medicine* 2014, Vol. 31 Issue 4, p446-451. 6p

F. Katsavouni E. Bebetos P. Malliou A. Beneka, *The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters*, *Occupational Medicine*, Volume 66, Issue 1, 1 January 2016, Pages 32–37

Dr AG Siddall, Dr M Standage, Dr KA Stokes and Dr JLJ Bilzon, Development of Occupational Fitness Standards for the UK Fire and Rescue Services (FRS), October 2014

Vaillancourt C , Stiell IG «*Cardiac arrest care and emergency medical services in Canada.*», *The Canadian Journal of Cardiology* [01 Sep. 2004, 20(11):1081-1090]

Thacker, S. B., Stroup, D. F., Carande-Kulis, V., Marks, J. S., Roy, K., & Gerberding, J. L. (2006). Measuring the Public's Health. *Public Health Reports*, 121(1), 14–22

Bergner, Marilyn, Ruth A. Bobbitt, William B. Carter, and Betty S. Gilson. "The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure." *Medical Care* 19, no. 8 (1981): 787-805

Leona van Roijen, Marc A. Koopmanschap, Frans F.H. Rutten, Paul J. van der Maas, Indirect costs of disease; an international comparison, In *Health Policy*, Volume 33, Issue 1, 1995, Pages 15-29

Goetzel Ron Z., Long Stacey R., Ozminkowski Ronald J., Hawkins Kevin, Wang Shaohung, Lynch Wendy, «*Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers*», *Journal of Occupational & Environmental Medicine*: April 2004 - Volume 46 - Issue 4 - pp 398-412

Claudia Goldin, Department of Economics Harvard University and National Bureau of Economic Research. "Human Capital"

De Carvalho Cardoso, L., Poi, W. R., Panzarini, S. R., Sonoda, C. K., Da Silveira Rodrigues, T. and Manfrin, T. M. (2009), *Knowledge of firefighters with special paramedic training of the emergency management of avulsed teeth*. *Dental Traumatology*, 25: 58–63

Karsten, Siegfried G. "Health Care: Private Good vs. Public Good." *The American Journal of Economics and Sociology* 54, no. 2 (1995): 129-44

Bruce D. Kirkcaldy, Rüdiger Trimpop, Cary L. Cooper, *Working hours, job stress, work satisfaction, and accident rates among medical practitioners and allied personnel*, *International Journal of Stress Management*, April 1997, Volume 4, Issue 2, pp 79–87