

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Η αναγκαιότητα επανασχεδιασμού και  
αναδιοργάνωσης του Δημοσίου Συστήματος  
Υγείας»**

**Φοιτητής:** Αντιγόνη Κυριακοπούλου, Α.Μ. 20004

**Επιβλέπων  
Καθηγητής:** Ασπασία Γούλα

**Αθήνα Μάρτιος 2022**

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

<b>Επιβλέπων Καθηγητής</b>	<b>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια</b>	<b>ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
<b>Μέλος</b>	<b>Καθηγητής</b>	<b>ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
<b>Μέλος</b>	<b>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>	<b>ΜΑΡΙΑ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>

## **ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αντιγόνη Κυριακοπούλου του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 20004 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/06/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας είναι να εξετάσει την αναγκαιότητα επανασχεδιασμού και αναδιοργάνωση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας. Ειδικότερα, μελετάται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η δομή αυτού, ενώ στη συνέχεια ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας, στην οποία έχει δοθεί έμφαση κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Ξεχωριστό ενδιαφέρον παρουσιάζει η αποτύπωση των πλέον σημαντικών προβλημάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) σήμερα, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την δεκαετή οικονομική κρίση που αντιμετώπισε η Ελλάδα, όπως και την πρόσφατη κρίση της πανδημίας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να δέχεται σημαντικά μεγάλες πιέσεις. Περαιτέρω, η εργασία εξετάζει τις εφαρμογές των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας στον τομέα της υγείας, οι οποίες διαρκώς αυξάνονται υπό το πρίσμα του ψηφιακού μετασχηματισμού που βρίσκεται σε εξέλιξη και ιδίως εν μέσω της πανδημίας έχει επιταχυνθεί. Τέλος, αναδεικνύετε η αναγκαιότητα επανασχεδιασμού του νοσοκομειακού χάρτη, έτσι ώστε να μπορέσουν να μεγιστοποιηθούν οι συνέργειες, αλλά και να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με τη μεθοδολογία που χρησιμοποιείτε στην παρούσα εργασία είναι βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικά περιοδικά και σχετικά συγγράμματα που μελετάνε ζητήματα συστημάτων υγείας εστιάζοντας στην Ελλάδα. Ακόμη, χρησιμοποιούνται πηγές από το διαδίκτυο, αλλά και σχετικές μελέτες που επικεντρώνονται στην ανάγκη αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας και έχουν υλοποιηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών.

**Λέξεις Κλειδιά:** ΕΣΥ, Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Προβλήματα, Προκλήσεις, ΤΠΕ, Επανασχεδιασμός.

## **ABSTRACT**

The aim of this Master's Thesis is to examine the necessity of redesigning and reorganizing the Public Health System. In particular, the National Health System and its structure are studied, while special reference is then made to the quality of health service delivery, which has been emphasized during the last few years. Of particular interest is the description of the most important problems of the National Health System (NHS) today, taking into account both the ten-year economic crisis that Greece has faced and the recent pandemic crisis, which has resulted in the health system being under considerable pressure. Further, the paper examines the applications of Information and Communication Technologies in the health sector, which are constantly growing in the light of the digital transformation that is underway and especially in the midst of the pandemic has accelerated. Finally, the need to redesign the hospital map is highlighted, so that synergies can be maximised and the quality of health services can be guaranteed.

About the methodology used in this paper is a literature search in scientific journals and relevant writings that study health systems issues focusing on Greece. Furthermore, sources from the internet are used, as well as relevant studies focusing on the need to reorganize the health care system that have been implemented during the last years.

**Keywords:** *NHS, Quality of health services, Problems, Challenges, ICT, Redesign.*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	1
ABSTRACT .....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	9
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εθνικό Σύστημα Υγείας .....	15
1.1    Εισαγωγή.....	15
1.2    Η Δομή του ΕΣΥ στην Ελλάδα από το 1983 έως και σήμερα.....	15
1.3    Νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη παροχή υπηρεσιών στο χώρο της Δημόσιας Υγείας	18
1.4    Επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας .....	19
1.5    Διοίκηση στο Νοσοκομειακό χώρο .....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας .....	25
2.1    Εισαγωγή.....	25
2.2    Η έννοια της ποιότητας .....	25
2.3    Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας .....	26
2.4    Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στα νοσοκομεία .....	30
2.5    Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.....	31
2.6    Η αξιολόγηση της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία .....	33
2.7    Η έννοια της ικανοποίησης και της ικανοποίησης των ασθενών.....	33
2.8    Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών .....	34
2.9    Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών .....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Τα σημαντικότερα προβλήματα Ε.Σ.Υ. σήμερα .....	38
3.1    Εισαγωγή.....	38
3.2    Οι δαπάνες της υγείας κατά την περίοδο της κρίσης.....	38
3.3    Συνεργασίες μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.....	40
3.4    Επιτελικός και στρατηγικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας.....	41
3.5    Οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών περιφερειών .....	42
3.6    Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού .....	45
3.7    Η δημόσια υγεία υπό το πρίσμα της πανδημίας.....	50
3.8    Διαχείριση κρίσεων σε μελλοντικό χρόνο στο σύστημα υγείας .....	51

3.9	Ανάλυση S.W.O.T. ....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Εφαρμογές ΤΠΕ στον τομέα της υγείας.....		55
4.1	Εισαγωγή.....	55
4.2	Εφαρμογές πληροφορικής στην υγεία-παρόν και μέλλον .....	55
4.3	Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας.....	56
4.4	Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση .....	59
4.5	Ηλεκτρονικές Προμήθειες .....	62
4.6	Εφαρμογές τηλεϊατρικής.....	66
4.7	«Κινητή» Υγεία.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Επανασχεδιασμός νοσοκομειακού χάρτη .....		76
5.1	Εισαγωγή.....	76
5.2	Διαδικασίες επανασχεδιασμού.....	76
5.3	Διατύπωση στόχων και σύνδεση με στρατηγικές επιλογές .....	82
5.4	Συγκρότηση δικτύων νοσοκομειακών μονάδων .....	84
5.5	Σταδιακή αναμόρφωση .....	87
5.6	Διασφάλιση ποιότητας.....	92
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....		95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		98

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

Διάγραμμα 1: Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους τα έτη 2000 και 2016 ..... 46



## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1: Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε δις ευρώ ) 2009-2017 .....	38
Πίνακας 2: Συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (σε δις ευρώ) 2009-2016 .....	39
Πίνακας 3: Κλίνες ανά πληθυσμό και ανά ΥΠΕ (2012) .....	80

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Σχήμα 1: Λειτουργία ΑΗΦΥ .....	71
Σχήμα 2: Στρατηγική απλούστευσης λειτουργιών και υπηρεσιών εντός των δομών υγείας .	78

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ολοκληρώνοντας την παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες προς όλους όσους συνέβαλαν σ' αυτό. Ειδικότερα, ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κα Ασπασία Γούλα του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την υποστήριξη και βοήθεια σ' όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη που μου παρείχε και σ' αυτό το στάδιο των σπουδών μου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι στον σύγχρονο αναπτυγμένο κόσμο, τα συστήματα υγείας θεωρούνται ιδιαίτερα πολύπλοκες δομές και αποτελούνται από επιμέρους τμήματα τα οποία διαρκώς αλληλοεπιδρούν (Κυριόπουλος,2018). Τα συστήματα υγείας είναι αναγκαίο να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, εστιάζοντας αφενός στην προστασία, αφετέρου δε στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, αλλά και στους τομείς της θεραπείας και αποκατάστασης (Τουντάς,2008). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, τα συστήματα υγείας βρίσκονται αντιμέτωπα με προκλήσεις οι οποίες αφορούν τη γήρανση του πληθυσμού, τις ψυχικές διαταραχές, τις κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες εντάθηκαν στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των ετών όπου η χώρα βρέθηκε σε καθεστώς δημοσιονομικής προσαρμογής, όπως και κατά τη διάρκεια της πανδημίας που βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Ως αποτέλεσμα των διαρκών αυτών αλλαγών και προκλήσεων προκύπτει αναγκαιότητα δημιουργίας νέων δομών και υπηρεσιών, όπως επίσης και ενσωμάτωση σχετικών τεχνολογιών στις επιμέρους λειτουργίες που επιτελεί το σύστημα υγείας (Τούντας κ.α.,2020).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το ελληνικό Σύστημα Υγείας κατατάσσεται στις πλέον χαμηλές θέσεις εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, συνεκτιμώντας τα στοιχεία τα οποία προκύπτουν από την αξιολόγηση στην οποία προβαίνουν οι πολίτες. Ειδικότερα, για το έτος 2016 προκύπτει ότι μόλις το 30% αυτών εκφράζουν θετικές γνώμες, όταν αντίστοιχα αυτοί που εξέφραζαν θετικές γνώμες το 2007 ανέρχονταν στο 50%. Από την άλλη, στις χώρες του ΟΟΣΑ, για το έτος 2016, αλλά και για το 2007, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών ανέρχονταν στο 70% (Νεκτάριος,2021).

Κατά το παρελθόν στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες έγινε μεγάλος αριθμός προσπαθειών μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας, ωστόσο, αρκετές από αυτές δεν εφαρμόστηκαν εξαιτίας της έλλειψης της κατάλληλης πολιτικής βούλησης, αλλά και λόγω των περιορισμένων πόρων, είτε λόγω του προβληματικού σχεδιασμού. Ωστόσο, δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι υπήρξαν σχετικές πρωτοβουλίες, με την εφαρμογή των οποίων υπήρξε όντως βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος υγείας, όπως ήταν για παράδειγμα η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, καθώς και

η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία θα αναλυθεί και εκτενέστερα στη συνέχεια (Yfantopoulos & Yfantopoulos,2015). Παρά τις μεταρρυθμιστικές αυτές προσπάθειες, το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται σήμερα από ελλειμματική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ενώ συνάμα μεγάλο τμήμα του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μετακυλύεται στους ασθενείς και στα νοικοκυριά, τα οποία δυσκολεύονται να καλύψουν το σύνολο, είτε μέρος των δαπανών αυτών (Pappa et al.,2013).

Σκοπός της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας αποτελεί η μελέτη της ανάγκης επανασχεδιασμού και αναδιοργάνωσης του δημόσιου συστήματος υγείας, ενώ οι επιμέρους στόχοι της εργασίας σχετίζονται με την αποτύπωση της κατάστασης που επικρατεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), υπό το πρίσμα της πανδημίας, των νέων τεχνολογιών και γενικότερα των σύγχρονων προκλήσεων με τις οποίες το Σύστημα Υγείας βρίσκεται αντιμέτωπο.

Όσον αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία τίθενται προς διερεύνηση, αυτά είναι τα ακόλουθα:

- Πως έχει εξελιχθεί το νομοθετικό πλαίσιο που σχετίζεται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών; Ποιες θεσμικές πρωτοβουλίες έχουν αναπτυχθεί;
- Πως αξιολογούνται οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας που έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών;
- Ποιες πολιτικές ποιότητας εφαρμόζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας; Πως μπορεί να αξιολογηθεί η ποιότητα σήμερα;
- Ποιες είναι οι πλέον σημαντικές προκλήσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας υπό το πρίσμα της πανδημίας;
- Ποιός είναι ο ρόλος των νέων τεχνολογιών στη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας;
- Πως μπορεί να γίνει με τρόπο αποτελεσματικό ο επανασχεδιασμός του «νοσοκομειακού» χάρτη της χώρας;

Αναφορικά με τη δομή της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας αποτελείται από πέντε κεφάλαια, με το πρώτο να εστιάζει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ειδικότερα, περιγράφεται η δομή του ΕΣΥ στην Ελλάδα από το 1983 όπου

ιδρύθηκε έως και σήμερα, καθώς και το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο διέπει την παροχή υπηρεσιών στο χώρο της Δημόσιας Υγείας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και στη διοίκηση που ασκείται στο νοσοκομειακό χώρο. Στη συνέχεια, το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου αρχικά προσδιορίζεται εννοιολογικά η ποιότητα, καθώς και η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα συστήματα διαχείρισης ποιότητας που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία, καθώς και στους παράγοντες που επιδρούν στη ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών. Εν συνεχεία, γίνεται λόγος για την αξιολόγηση της ποιότητας στις δημόσιες υπηρεσίες και ιδίως η αξιολόγηση της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον, στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η έννοια της ικανοποίησης και της ικανοποίησης που βιώνουν οι ασθενείς, ενώ γίνεται αναφορά στους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση που βιώνουν οι ασθενείς. Τέλος, παρουσιάζονται εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Περαιτέρω, το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας επικεντρώνεται στα σημαντικότερα προβλήματα που απαντώνται στο Ε.Σ.Υ. σήμερα. Πιο αναλυτικά, αποτυπώνονται οι δαπάνες που δόθηκαν για τον τομέα της υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, καθώς επίσης και οι δυνατότητες που υπάρχουν για συνεργασίες μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Ξεχωριστή αναφορά γίνεται για τον επιτελικό και στρατηγικό ρόλο που διαδραματίζει το Υπουργείο Υγείας, καθώς επίσης και για την οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών περιφερειών. Εν συνεχεία, αναλύεται ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού, ο οποίος θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμος, ενώ γίνεται αναφορά στη δημόσια υγεία υπό το πρίσμα της πανδημίας, αλλά και στη διαχείριση κρίσεων σε μελλοντικό χρόνο από το σύστημα υγείας.

Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στις εφαρμογές των ΤΠΕ στον τομέα της υγείας, όπου αρχικά γίνεται λόγος για τις εφαρμογές πληροφορικής στην υγεία, εστιάζοντας τόσο στο παρόν, όσο και στο μέλλον αυτών. Στη συνέχεια, μελετάται ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Ακόμη, γίνεται αναφορά στις Ηλεκτρονικές Προμήθειες, ενώ περιγράφονται λύσεις τηλεϊατρικής και «κινητής» υγείας. Ακολούθως, στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η διαδικασία επανασχεδιασμό του νοσοκομειακού χάρτη, όπου αρχικά περιγράφονται διαδικασίες επανασχεδιασμού, ενώ στη συνέχεια διατυπώνονται οι στόχοι και γίνεται σύνδεση

αυτών με τις στρατηγικές επιλογές. Περαιτέρω, παρουσιάζεται η συγκρότηση των δικτύων νοσοκομειακών μονάδων και περιγράφεται η σταδιακή αναμόρφωση και τέλος περιγράφεται η διασφάλιση ποιότητας που θα πρέπει να ακολουθηθεί.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εθνικό Σύστημα Υγείας**

## **1.1 Εισαγωγή**

Το κεφάλαιο αυτό εστιάζει στη μελέτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα, περιγράφεται η δομή του ΕΣΥ στην Ελλάδα από το 1983 έως και σήμερα, ενώ ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την παροχή υπηρεσιών στον χώρο της υγείας. Ακόμη, παρουσιάζονται τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας και τέλος μελετάται η διοίκηση στον χώρο του νοσοκομείου.

## **1.2 Η Δομή του ΕΣΥ στην Ελλάδα από το 1983 έως και σήμερα**

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 ήταν ευρέως αποδεκτό ότι υπήρξε ανάγκη για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, έτσι ώστε αφενός να υπάρξει βελτίωση των υπηρεσιών που παρείχε στους πολίτες, αφετέρου δε, να μετριαστούν οι ανισότητες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το 1983, έλαβε χώρα μια σπουδαία μεταρρύθμιση, μέσω της ψήφισης του Ν. 1397/1983 που αφορούσε την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με τα όσα προέβλεπε ο εν λόγω νόμος, η παρεχόμενη περίθαλψη προς τους ασθενείς διακρίνεται σε «εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια» και «νοσοκομειακή δευτεροβάθμια» περίθαλψη. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προβλέπονταν να παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία, ενώ στον πυρήνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εντάσσονταν η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία συνδεόταν τόσο σε διοικητικό, όσο και σε λειτουργικό επίπεδο με το δευτεροβάθμιο διοικητικό νοσοκομείο, το οποίο και αυτό με τη σειρά του συνδεόταν με τις τριτοβάθμιες δομές υγείας που είναι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Στη συνέχεια, με τον Ν. 2071/1992, δόθηκε η δυνατότητα δημιουργίας και λειτουργίας ιδρυμάτων τα οποία θα είχαν τη μορφή Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι έως τότε η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελούσε αποκλειστική ευθύνη του Κράτους. Μετά τη ψήφιση του συγκεκριμένου Νόμου, ο πολίτης είχε τη δυνατότητα κάνοντας χρήση του βιβλιαρίου υγείας του να αντιμετωπίσει το πιθανό πρόβλημα υγείας του είτε στον δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό



τομέα. Ακολούθως, πέντε χρόνια αργότερα με τον Ν. 2519/1997 που αφορούσε την «ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», επιδιώχθηκε να υπάρξει διοικητικός, αλλά και οικονομικός εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κατά τη διάρκεια των επομένων ετών, συνεχίστηκαν οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και συγκεκριμένα με τον Ν. 2889/2001 που είχε ως αντικείμενο τη «Βελτίωση και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» εισήχθη η καινοτομία της αποκεντρωμένης διοίκησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και έτσι προχώρησε και η σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ). Ταυτόχρονα, με τον ίδιο νόμο προβλέπονταν να υπάρξουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων υγείας, έτσι ώστε να επέλθει περιορισμός του κόστους περίθαλψης, αλλά και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου κ.α.,2001)

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο Υπουργείο Υγείας, η αποστολή του οποίου είναι η προάσπιση, η προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών δημόσιας υγείας, έτσι ώστε να μπορεί να διασφαλιστεί η καθολική και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, αναλύετε το οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την πλέον πρόσφατη αναθεώρηση που έγινε το 2020, καθώς η λειτουργία του Υπουργείου Υγείας συνδέετε άμεσα με την ίδια τη δομή, αλλά και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά ακόμη και με την αποτελεσματικότητά αυτού.

#### Ιδιαίτερα Γραφεία και Γραφείο Υπηρεσιακού Γραμματέα

- Ιδιαίτερο Γραφείο Υπουργού.
- Ιδιαίτερο Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού.
- Ιδιαίτερο Γραφείο Υφυπουργού.
- Ιδιαίτερο Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας.
- Ιδιαίτερο Γραφείο Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας.
- Ιδιαίτερο Γραφείο Γενικού Γραμματέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Γραφείο Υπηρεσιακού Γραμματέα.

#### Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στον Υπουργό

α) Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου, το οποίο αποτελείτε από το Γραφείο Σχεδιασμού και Διενέργειες Εσωτερικών Ελέγχων και το Γραφείο Εσωτερικών Ερευνών και Διερεύνησης Καταγγελιών.

β) Γραφείο Επικοινωνίας και Ενημέρωσης.

γ) Διεύθυνση Υποστήριξης και Παρακολούθησης Στρατηγικής Σχεδιασμού, όπου περιλαμβάνονται το Τμήμα Παρακολούθησης και Υποστήριξης Σχεδίων, καθώς και το Τμήμα Μέτρησης Ποιότητας, Στατιστικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης Δεδομένων Υγείας.

δ) Διεύθυνση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, Διοικητικής και Γραμματειακής Υποστήριξης Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), η οποία αποτελείτε από το Τμήμα Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, καθώς και από το Τμήμα Διοικητικής και Γραμματειακής Υποστήριξης.

ε) Αυτοτελής Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, η οποία και αποτελείτε από τα ακόλουθα τμήματα:

- Τμήμα μηχανογραφικών υποδομών.
- Τμήμα διαχείρισης έργων, τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών.
- Τμήμα διαχείρισης δεδομένων υγείας.
- Τμήμα ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας.

στ) Αυτοτελές Γραφείο Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ), ενώ υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας λειτουργούν και η Εθνική Αρχή Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, όπως επίσης και η Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ του Υπουργείου Υγείας.

#### Υπηρεσίες που υπάγονται απευθείας στον Υπηρεσιακό Γραμματέα

α) Γενική Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών και Τεχνικής Υποστήριξης.

β) Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών.

γ) Υπηρεσία Συντονισμού, όπου περιλαμβάνεται το Γραφείο Συντονισμού Δημόσιων Πολιτικών και το Γραφείο Νομικών και Κοινοβουλευτικών Θεμάτων.

#### Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας

Η Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας αποτελείται από τη Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, όπως και από το Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, το Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Υ.ΠΕ., το Αυτοτελές Τμήμα Προμηθειών, καθώς και το Αυτοτελές Τμήμα Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και Μητρώων Ασθενών.

#### Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας αποτελείται από τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής, καθώς και από το Αυτοτελές Τμήμα Τουρισμού Υγείας.

#### Γενική Γραμματεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Γενική Γραμματεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελείται από τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και από το Αυτοτελές Τμήμα Εποπτείας Ανάπτυξης και Λειτουργίας Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ειδικότερα, η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:

- Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Δημοσίου Τομέα.
- Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Ιδιωτικών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Τμήμα Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Πρόληψης.
- Τμήμα Στοματικής Υγείας και Οδοντιατρικής Περίθαλψης.

### **1.3 Νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη παροχή υπηρεσιών στο χώρο της Δημόσιας Υγείας**

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στα πλαίσια των δράσεων ανασυγκρότησης της Δημόσιας Υγείας, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας ανέπτυξε το 2019 το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγείας, το οποίο στηρίζεται στις βασικές προτεραιότητες που τίθενται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το σχέδιο αυτό δίνει έμφαση στην επίτευξη των βασικών στρατηγικών στόχων που σχετίζονται με τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, όπως επίσης και με τη βελτίωση της υγείας για όλους, ενώ έμφαση δίνεται επίσης στη συμμετοχική

διακυβέρνηση για την υγεία. Επιπρόσθετα, αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα ενίσχυσης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε κρίσιμου τομείς, όπως για παράδειγμα είναι η μεταρρύθμιση που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η σύνδεση αυτής με τη δημόσια υγεία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στη διαχείριση των πιέσεων που δημιουργούνται λόγω του μεταναστευτικού ζητήματος, όπως και στη διαχείριση των κινδύνων, οι οποίοι και συνδέονται με το σύγχρονο νοσολογικό φάσμα, όπως είναι για παράδειγμα η ανεργία, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι συνθήκες εργασίας, το φυσικό περιβάλλον, καθώς επίσης και η υγιεινή (Ντουνιάς κ.α.,2019).

Πιο αναλυτικά, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, διαρθρώνεται σε επτά άξονες που είναι οι ακόλουθοι (Ντουνιάς κ.α.,2019).

- Άξονας 1: Γεφύρωση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τις δράσεις δημόσιας υγείας.
- Άξονας 2: Πρόληψη και έλεγχος των μη μεταδιδόμενων χρόνιων νοσημάτων (MMN).
- Άξονας 3: Κοινωνικές ανισότητες και πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας-Οικονομία της Δημόσιας Υγείας.
- Άξονας 4: Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής (ΜΑ) και των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (ΛΣΥΠ).
- Άξονας 5: Διαχείριση εμβολίων και εμβολιασμών: πρόληψη και ανοσοποίηση.
- Άξονας 6: Καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας: Διεθνείς Κανονισμοί Υγείας (ΔΚΥ), διασυνοριακές απειλές, μεταδοτικές ασθένειες.
- Άξονας 7: Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα: μεταρρύθμιση, αναδιοργάνωση και διακυβέρνηση των υπηρεσιών.

#### **1.4 Επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας**

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεικτό, με βασικό πυλώνα αυτού να αποτελεί η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Ουσιαστικά, το σύστημα θεωρείται μεικτό, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ένα μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται από τους εργαζομένους, ενώ ένα σημαντικό τμήμα προέρχεται από τη φορολογία και αφορά την κάλυψη της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στην Ελλάδα συμμετέχει και ο ιδιωτικός τομέας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη χρηματοδότηση αυτών.

Το Υπουργείο Υγείας, σήμερα, θεωρείται υπεύθυνο για τη διαμόρφωση των αναγκαίων πολιτικών υγείας της χώρας, οι οποίες μεταβάλλονται συνεκτιμώντας τις ανάγκες του πληθυσμού, αλλά και τις αλλαγές που πραγματοποιούνται στο εξωτερικό περιβάλλον. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), καθώς επίσης και από τους ασφαλιστικούς φορείς (Χλέτσος,2015). Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται με μεικτό τρόπο, δηλαδή μέσω της αξιοποίησης της γενικής φορολογίας, όσο και μέσω της αξιοποίησης των πόρων κοινωνικής ασφάλισης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αμοιβές των νοσοκομειακών γίνονται με μισθό που καταβάλλετε από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ αντίστοιχα, οι αμοιβές που λαμβάνουν οι ιδιώτες γιατροί είναι ανάλογες με τις υπηρεσίες που παρέχουν και τιμολογούνται ξεχωριστά κάθε φορά. Όσον αφορά την αποζημίωση των νοσοκομειακών μονάδων για τη νοσηλεία κάποιου ασθενούς, αυτή γίνεται μέσω της φορολογίας, είτε μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, είτε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ αντίστοιχα μπορεί να γίνει και απευθείας από τους ιδιώτες.

Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έως σήμερα, μπορεί να διαπιστωθεί ή ύπαρξη ορισμένων πλεονεκτημάτων. Ειδικότερα, τα πλεονεκτήματα αυτά συνδέονται με την παροχή ισότιμης χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, ενώ το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναλαμβάνει να καλύψει όλο το φάσμα του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, έμφαση δίνεται στη νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ μειώνεται σε μεγάλο βαθμό η συμμετοχή των πολιτών στο κόστος και ιδίως στο κόστος νοσηλείας για σοβαρές ασθένειες (Χλέτσος,2015).

## 1.5 Διοίκηση στο Νοσοκομειακό χώρο

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ιδιομορφία που υπάρχει στον τομέα της υγείας έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται ιδιαίτερες συνθήκες αφενός για την οργάνωση, αφετέρου δε, για τη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Εξαιτίας της κρατικής παρέμβασης που υπάρχει στη λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων, αλλά και εξαιτίας της αδυναμίας του ασθενούς να αντιληφθεί μόνος του τις παραμέτρους που συνδέονται με τη υγεία του, επηρεάζεται άμεσα η οργάνωση, καθώς και η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των μονάδων υγείας. Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο ρόλος που διαδραματίζει ο οργανισμός που έχει διαμορφωθεί σε ένα νοσοκομείο για τη λειτουργία αυτού. Ο οργανισμός μιας νοσοκομειακής μονάδας μπορεί να τροποποιηθεί κατόπιν σχετικής απόφασης που εκδίδεται κατόπιν συνεργασίας του Υπουργείου Εσωτερικών και του Υπουργείου Υγείας.

Ειδικότερα, ο οργανισμός του νοσοκομείου περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν την επωνυμία του νοσοκομείου, τον συνολικό αριθμό των κλινών που περιέχει καθώς και το πως αυτές κατανέμονται, τους τομείς και τα τμήμα της Ιατρικής Υπηρεσίας, καθώς και το πόσα και ποια εργαστήρια υπάρχουν, που υπάγονται αυτά και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν. Περαιτέρω, ο οργανισμός της νοσοκομειακής μονάδας περιλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν τον τρόπο διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής-οικονομικής και τεχνικής-ξενοδοχειακής υπηρεσίας, όπως και τις αρμοδιότητες που αντιστοιχούν στις επιμέρους αυτές υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, στον οργανισμό του νοσοκομείου περιέχονται πληροφορίες που αφορούν τους κλάδους ανθρώπινου δυναμικού που δημιουργούνται, καθώς επίσης και στο πως το προσωπικό αυτό διαβαθμίζεται εντός του οργανισμού. Τέλος, ο οργανισμός του νοσοκομείου περιλαμβάνει πληροφορίες για τον αριθμό και τις ειδικότητες του προσωπικού, όπως επίσης και πληροφορίες που συνδέονται με την οργάνωση του νοσοκομειακού φαρμακείου (Δικαίος κ.α.,1999).

Εφόσον υπάρχει σχετική δυνατότητα, λαμβάνοντας υπόψη το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού, το κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να αποτελείται από τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Ιατρική Υπηρεσία.
- Νοσηλευτική Υπηρεσία.

- Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία.
- Τεχνική-Ξενοδοχειακή Υπηρεσία.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το σύνολο των υπηρεσιών του νοσοκομείου θεωρείται ότι είναι ιεραρχικά ισότιμες, ενώ συνάμα είναι αναγκαίο να συνεργάζονται με τρόπο αρμονικό για την επίτευξη του βέλτιστου δυνατού αποτελέσματος. Οι υπηρεσίες του νοσοκομείου θεωρείται ότι έχουν δική τους ιεραρχική διάρθρωση και αποτελούνται από επιμέρους Διευθύνσεις.

Σχετικά με τη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων θεωρείται ότι είναι μια δυναμική διαδικασία λήψης αποφάσεων, που περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διεύθυνση, καθώς επίσης και τον έλεγχο του συνόλου των παραγωγικών πόρων, οι οποίοι και συμμετέχουν στην οικονομική προσπάθεια, έτσι ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των εμπλεκόμενων. Για τη διοίκηση μιας νοσοκομειακής μονάδας, όπως αντίστοιχα και άλλων οργανισμών απαιτείται συνδυασμός τεσσάρων βασικών συντελεστών που είναι οι γνώσεις, οι ικανότητες, η φιλοσοφία, η κουλτούρα, καθώς επίσης και τα συστήματα (Πετρίδου,2011).

Βασικός σκοπός του νοσοκομειακού management είναι διάθεση των υγειονομικών πόρων προς όφελος της υγείας του πληθυσμού και η διαχείριση τους έχοντας ως βασικό κριτήριο τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η διοίκηση των νοσηλευτικών μονάδων απαιτεί την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση και τον σχεδιασμό, έχοντας ως στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την βελτίωση και αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων. Σήμερα είναι η εποχή της διοίκησης και της λήψης αποφάσεων που βασίζεται σε τεκμηριωμένη γνώση. Ειδικότερα, σε μεγάλους οργανισμούς όπως είναι τα νοσοκομεία, που χαρακτηρίζονται από αυξημένη πολυπλοκότητα, που αντιμετωπίζουν αντικρουόμενα συμφέροντα, που οι προϋπολογισμοί τους είναι αρκετών εκατομμυρίων ευρώ, επομένως οι ανάγκες για αποτελεσματική διοίκηση στα νοσοκομεία γίνεται μονόδρομος. Προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική διοίκηση σε μια νοσοκομειακή μονάδα, απαιτείται να συνδυαστεί πλήθος παραγόντων. Είναι σύνηθες, όταν υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες management και ευνοϊκό περιβάλλον, να υπάρχουν καλά αποτελέσματα.

Το management του νοσοκομείου συνδέεται με δύο συστήματα, αυτό του νοσοκομείου και αυτό του περιβάλλοντος, Στόχος του management του νοσοκομείου είναι να συνδέει αυτά τα δύο περιβάλλοντα, προκειμένου να εκπληρώνεται ο σκοπός με τον βέλτιστο τρόπο. Όμως το νοσοκομείο, καθώς παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ιατρικά, τεχνολογικά, οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, εμφανίζει πληθώρα ασταθειών και μειώνεται η δυνατότητα ασφαλών προβλέψεων.

Σήμερα, η διοίκηση των οργανισμών δεν ασκείται μόνο από ένα άτομο, αλλά από μια ομάδα ατόμων, που μπορούν να χαρακτηριστούν ως ηγετικά στελέχη. Σε αυτά τα στελέχη ανατίθεται η άσκηση της διοίκησης και πρέπει να διαθέτουν ιδιαίτερες δεξιότητες και τεχνικές. Στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δεν αρκεί να διαθέτουν αυτές τις δεξιότητες μόνο ο πρόεδρος και ο γενικός διευθυντής αλλά πρέπει να τις διαθέτουν και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ασκούν διοίκηση.

Στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας ο ρόλος της διοίκησης είναι πολύ πιο σημαντικός και κρίσιμος, καθώς εξαρτάται από την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων του νοσοκομείου η έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών. Λόγω της ιδιομορφίας του αγαθού της υγείας θα πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες πρακτικές που ενδέχεται να διαφοροποιούνται κατά περίπτωση, ανάλογα την συγκυρία (Δικαίους κ.α.,1999).

### Όργανα Διοίκησης

Η λειτουργία των οργάνων διοίκησης ενός νοσοκομείου, προσδιορίζεται από τον Ν.3329/2005, όπως τροποποιήθηκε με τον Νόμο 3868/2010, ενώ τα όργανα διοίκηση είναι τα εξής:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο: Το διοικητικό συμβούλιο είναι πενταμελές όταν το νοσοκομείο έχει μέχρι 399 οργανικές κλίνες, ενώ είναι επταμελές όταν το νοσοκομείο έχει 400 κλίνες και άνω. Το πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από τον Διοικητή του νοσοκομείου ως πρόεδρο, δύο μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, ενώ όταν είναι επταμελές τα μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό είναι τρία καθώς και ο Αναπληρωτής Διοικητής. Τα υπόλοιπα μέλη που συνθέτουν το Διοικητικό Συμβούλιο είναι ένας εκπρόσωπος των ιατρών ο οποίος εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του και ένας εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού του



νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται και αυτός μαζί με τον αναπληρωτή τους. Ο πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου, έχει την δυνατότητα να καλέσει στις συνεδριάσεις αν το κρίνει σκόπιμο εκπροσώπους συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζόμενων ή άλλων τοπικών επιστημονικών φορέων. Ενώ η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι διετής,

- Ο Διοικητής: Σε κάθε νοσοκομείο του ΕΣΥ υπάρχει μια οργανική θέση Διοικητή, η οποία είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με πενταετή θητεία που μπορεί να ανανεώνεται. Η θέση καλύπτεται με προκήρυξη. Ο Διοικητής προεδρεύει του Συμβουλίου Διοίκησης, λαμβάνοντας όλες τις αποφάσεις που απαιτούνται προκειμένου να εκπληρωθούν οι στόχοι και οι σκοποί του νοσοκομείου, Επιπλέον, ο Διοικητής έχει την ευθύνη της οργάνωσης, του συντονισμού, του ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου εξασφαλίζοντας την ορθολογική διαχείριση των πόρων τόσο οικονομικών όσο και έμψυχων. Επιπρόσθετα, ο Διοικητής παίρνει αποφάσεις για τις μετακινήσεις του προσωπικού στα διάφορα τμήματα, ενώ είναι αυτός που καταρτίζει και υπογράφει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας**

### **2.1 Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζετε η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου αρχικά προσδιορίζετε η έννοια της ποιότητας, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζετε η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ξεχωριστή αναφορά γίνεται στα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας στα νοσοκομεία, ενώ εξετάζονται οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα κατά την παροχή δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Περαιτέρω, γίνεται λόγος για την αξιολόγηση της ποιότητας στη δημόσια υγεία, ενώ στα πλαίσια αυτά εξετάζετε η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση αυτή. Τέλος, εξετάζονται τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.

### **2.2 Η έννοια της ποιότητας**

Είναι γεγονός ότι η έννοια της ποιότητας θεωρείται ότι είναι αρκετά σύνθετη και πολύπλοκη, ιδίως στον τομέα της υγείας, σε σχέση με τις βιομηχανικές επιχειρήσεις. Ουσιαστικά στις βιομηχανικές επιχειρήσεις, η ποιότητα συνδέεται άμεσα με την τήρηση των προδιαγραφών των προϊόντων, επιδιώκοντας να μην υπάρχουν αποκλίσεις από τη διαδικασία, ενώ συνάμα έμφαση δίνεται και στο τελικό αποτέλεσμα που προκύπτει. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι εξαιτίας της αύξησης του ανταγωνισμού σε διεθνές επίπεδο, καθώς και λόγω της εξέλιξης της επέκτασης της παγκοσμιοποίησης, η ποιότητα πλέον συνιστά βασικό στρατηγικό παράγοντα επιτυχίας για τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς. Οι ορισμοί για την ποιότητα διαφέρουν σημαντικά στο πέρασμα του χρόνου, ενώ σε κάθε περίπτωση διαπιστώνετε ότι το ενδιαφέρον είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Για παράδειγμα, σύμφωνα με έναν ορισμό που έχει δοθεί για την ποιότητα, μπορεί να προσδιοριστεί ως «το άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής, αλλά και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν, αλλά και η υπηρεσία όταν αποδοθούν προς χρήση ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του πελάτη». Ακόμη, η ποιότητα μπορεί να προσδιοριστεί ως η στόχευση στις απαιτήσεις του πελάτη, ενώ σύμφωνα με μια άλλη

προσέγγιση, η οποία θεωρείται περισσότερο σύγχρονη, η ποιότητα αφορά το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, είτε πρόκειται για αγαθό, είτε για υπηρεσία, είτε για έναν οργανισμό, τα οποία χαρακτηριστικά αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί ανάγκες που έχουν εκφραστεί από τους εμπλεκόμενους.

### **2.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας**

Αρχικά θα πρέπει να γίνει αναφορά στην έννοια των υπηρεσιών υγείας, όπου πρόκειται για το σύνολο των ιατρικών, προληπτικών, αλλά και θεραπευτικών φροντίδων που παρέχονται. Ακόμη στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνονται και οι μηχανισμοί που θεωρείται ότι είναι υπεύθυνοι για την διανομή των φροντίδων αυτών. Όσον αφορά την περίθαλψη, αυτή συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα, τα οποία έχουν εκδηλώσει είτε με υποκειμενικό, είτε με αντικειμενικό τρόπο συμπτώματα κάποιου συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Από την άλλη, η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες που απευθύνονται σε υγιή άτομα. Για να μπορούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να αντιμετωπίζουν με τρόπο αποτελεσματικό τις ανάγκες του πληθυσμού θα πρέπει να είναι καλά οργανωμένες, αλλά και διαθέσιμες στον πληθυσμό, όταν αυτό απαιτηθεί, ενώ συνάμα θα πρέπει να είναι χρηστικές, δηλαδή θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα οι πολίτες να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιούν καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετράωρου, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Περαιτέρω, είναι αναγκαίο να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών αυτών, έτσι ώστε να μην καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών μόνο κατά τη χρονική περίοδο που αυτοί είναι άρρωστοι, αλλά και πριν την εμφάνιση κάποιας ασθένειας. Τέλος, εξίσου σημαντικό θεωρείται το γεγονός οι υπηρεσίες υγείας να είναι προσιτές και αποδεκτές από τους πολίτες, με την αποδοχή αυτή να σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται προς τους πολίτες (Τούντας,2008).

Στις υπηρεσίες υγείας, ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας θεωρείται δύσκολη διαδικασία, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι εν λόγω υπηρεσίες παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες. Σύμφωνα με ορισμένες προσεγγίσεις, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να προσεγγιστεί ως η μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή, ενώ σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζει ως το μέγιστο αποτέλεσμα που επιδιώκεται για τον κάθε ασθενή, το οποίο δίνει έμφαση

στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, έτσι ώστε αυτοί να εστιάζουν στην αποτελεσματικότητα, αλλά και στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, τα οποία αφορούν την καταλληλότητα, δηλαδή τον βαθμό στον οποίο είναι σχετική η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, συνεκτιμώντας τις κλινικές ανάγκες που παρουσιάζει, αλλά και τη διαθεσιμότητα, όπου πρόκειται για τον βαθμό στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα παρέχεται προς τον ασθενή, έτσι ώστε αυτός να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του. Ακόμη, ένα χαρακτηριστικό της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι η συνέχεια, η οποία συνδέεται με τον συντονισμό μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια του χρόνου, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να έχει την πλέον κατάλληλη φροντίδα.

Περαιτέρω, άλλα χαρακτηριστικά της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι η αποτελεσματικότητα, όπου εξετάζεται αν η φροντίδα υγείας που παρέχεται στον ασθενή γίνεται με τον κατάλληλο τρόπο, συνεκτιμώντας την κατάσταση της υγείας του, επιδιώκοντας ταυτόχρονα το βέλτιστο αποτέλεσμα για τον ασθενή με το μικρότερο δυνατό κόστος, όπως επίσης και η δραστικότητα, όπου πρόκειται για τον βαθμό στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα υγείας στον ασθενή είναι ικανή να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που έχει. Τέλος, έμφαση δίνεται στον σεβασμό στην ίδια τη φροντίδα, όπου δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να εμπλέκεται στις αποφάσεις που τον αφορούν, ενώ ταυτόχρονα, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό επιδεικνύει ευαισθησία και σεβασμό στις ανάγκες του ασθενούς, όπως και στις προσδοκίες, τους, αλλά και στην ασφάλεια, σύμφωνα με την οποία παρέχεται στον ασθενή φροντίδα τη στιγμή που είναι η πλέον απαραίτητη για αυτόν και συνάμα πιο ευεργετική (Overtveit,2003).

#### Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

Αρχικά θα πρέπει να επισημανθεί ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) περιλαμβάνει το σύνολο των σύγχρονων μεθοδολογιών της διοικητικής επιστήμης. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι σύμφωνα με την προσέγγιση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, το 90% των προβλημάτων που απαντώνται σε έναν οργανισμό θεωρείται ότι είναι προβλήματα που αφορούν τις διαδικασίες και όχι το ανθρώπινο δυναμικό. Ακόμη, κατά την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας συμμετέχει το σύνολο των εργαζομένων ενός οργανισμού, με τη συμμετοχή αυτή να αφορά όλα τα επίπεδα,

από τον σχεδιασμό, έως και την εφαρμογή μιας διαδικασίας διαρκούς βελτίωσης. Ουσιαστικά, η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας θεωρείτε ότι είναι φιλοσοφία διοίκησης, μέσω της οποίας επιδιώκετε διαρκής βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ευελιξίας, αλλά και της ανταγωνιστικότητας των οργανισμών που την εφαρμόζουν.

Προκειμένου ένας οργανισμός να προβεί στην εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, θα πρέπει να συντρέχουν ορισμένοι λόγοι όπου είναι οι ακόλουθοι:

- Δραστηριοποίηση σε μια διεθνώς ανταγωνιστική αγορά.
- Στις περιπτώσεις όπου τα διαφορετικά συστήματα που συνδέονται με τη διασφάλιση της ποιότητας δεν είναι σε θέση να πετύχουν τους στόχους τους.
- Στις περιπτώσεις όπου οι διαδικασίες οργάνωσης και διοίκησης δεν φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά και στις περιπτώσεις όπου δεν έχει ενσωματωθεί στην διοικητική κουλτούρα τους η διαρκή βελτίωση του οργανισμού, αλλά και του ανθρώπινου δυναμικού που τον στελεχώνει.

Ωστόσο, η μετάβαση από τον παραδοσιακό τρόπο διοίκησης στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σχετίζεται με ορισμένες δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, οι δυσκολίες αυτές μπορεί να αφορούν τα εμπόδια αντίληψης, όπου εντός του οργανισμού διαπιστώνετε αδυναμία εντοπισμού κάποιας προβληματικής διαδικασίας, είτε αφορά την προσέγγιση ενός προβλήματος με λανθασμένο τρόπο. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει και στα εμπόδια κουλτούρας, τα οποία συνδέονται με στερεότυπα και προκαταλήψεις που έχουν καθιερωθεί στο πέρασμα του χρόνου και με δυσκολία μπορεί κάποιος να προβεί σε αναθεώρηση αυτών. Είναι αρκετά σύνηθες, η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας να δυσκολεύεται από εμπόδια που υπάρχουν στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, όπως για παράδειγμα μπορεί να είναι η προβληματική συνεργασία, αλλά και τα χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης που υπάρχουν μεταξύ των εργαζομένων. Αντίστοιχα, μπορεί να υπάρχουν προβλήματα τα οποία αφορούν την αδυναμία συγκέντρωσης εξαιτίας των παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό από τρίτους. Δεν είναι λίγες οι φορές, όπου οι οργανισμοί που επιδιώκουν να εφαρμόσουν Διοίκηση Ολικής Ποιότητας βρίσκονται αντιμέτωποι με συναισθηματική εμπόδια, όπως είναι ο φόβος που προκύπτει από

λάθη, καθώς επίσης και ο φόβος που απορρέει από την μη επίτευξη των επιθυμητών στόχων.

Οι οργανισμοί που επιλέγουν να λειτουργούν υπό το πρίσμα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, είναι αναγκαίο να διαθέτουν τη δέσμευση της ηγεσίας, έτσι ώστε να δίνετε έμφαση σε μόνιμη βάση στη ποιότητα. Επομένως, θα πρέπει να τίθενται στόχοι, καθώς και να υπάρχει ενθάρρυνση και εμπύχωση των εργαζομένων, αλλά και επιβράβευση αυτών. Ακόμη, κομβικής σημασίας είναι να δίνετε έμφαση στις ανάγκες του πελάτη και επομένως θα πρέπει να αναπτύσσετε ο πλέον κατάλληλος σχεδιασμός μέσω του οποίου θα διασαφηνίζετε ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών, αλλά και των προσδοκιών των πελατών. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, χρησιμοποιούνται έρευνες αγοράς, καθώς και έρευνες εκτίμησης των αναγκών και προσδοκιών των πελατών. Εφαρμόζοντας τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μεγάλη σημασία δίνετε στη χρήση της στατιστικής, καθώς και σε άλλες επιστημονικές προσεγγίσεις, μέσω των οποίων γίνεται επεξεργασία και μελέτη των δεδομένων, από τα οποία προκύπτουν και σχετικά συμπεράσματα, όπως και πληροφορίες αναφορικά με την κατανόηση των διαδικασιών, αλλά και την περαιτέρω βελτίωση αυτών.

Περαιτέρω, η ΔΟΠ εστιάζει στις διαδικασίες, έτσι ώστε να υπάρξει μετατροπή των εισαγόμενων στοιχείων του προμηθευτή, σε παραγόμενα στοιχεία που λαμβάνει ο πελάτης. Επομένως, η αποδοτικότητα των διαδικασιών συνδέεται με την αναλογική σχέση των παραγόμενων στοιχείων προς τα στοιχεία που εισέρχονται στον οργανισμό. Ταυτόχρονα, κατά την εφαρμογή της ΔΟΠ προωθείται η επικοινωνία ως μια αναγκαία συμμετοχική διαδικασία, η οποία λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της ιεραρχικής πυραμίδας και εκτελείται από κάτω προς τα πάνω, όπως επίσης προωθείται και η ανάγκη συνεργασίας. Κομβικής σημασίας θεωρείται για την εφαρμογή της ΔΟΠ και η εκπαίδευση των εργαζομένων, ιδίως των ανώτερων στελεχών, καθώς μέσω της εκπαίδευσης μπορεί να υπάρξει βελτίωση της απόδοσης αυτών. Εξίσου σημαντικό είναι να υπάρξει στον οργανισμό αναγνώριση των προσπαθειών και σχετικών πρωτοβουλιών που αναπτύσσονται από τους εργαζομένους και αφορούν την βελτίωση τους, αλλά και τη βελτίωση του οργανισμού. Ο κάθε εργαζόμενος του οργανισμού θα πρέπει να ενεργεί, τόσο ατομικά, όσο και συλλογικά, έτσι ώστε να μπορέσουν να επιτευχθούν οι στόχοι της ΔΟΠ με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τέλος, αναγκαίο είναι να μπορούν τα ανώτατα στελέχη του οργανισμού να διαμορφώνουν το κατάλληλο ομαδικό πνεύμα, στα πλαίσια επίτευξης βελτίωσης της ποιότητας.

## 2.4 Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στα νοσοκομεία

Όσον αφορά τους δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί δείκτες οι οποίοι αφορούν τα επίπεδα αξιολόγησης, όπως επίσης και τις διαστάσεις της αξιολόγησης, ενώ μια ακόμη κατηγορία δεικτών αφορά το κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Πιο αναλυτικά, σχετικά με τους δείκτες ποιότητας ανά επίπεδο αξιολόγησης αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- Δείκτες δομής: Οι εν λόγω δείκτες εκφράζουν τις εισροές του συστήματος παραγωγής μιας υπηρεσίας υγείας, έτσι ώστε να «παραχθεί» η υπηρεσία υγείας. Για παράδειγμα, τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας, όπως επίσης και ο αριθμός διαθέσιμων κλινών ανά 1.000 κατοίκους.
- Δείκτες διαδικασίας: Μέσω των δεικτών αυτών εκφράζονται τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς. Για παράδειγμα, τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, ο αριθμός εξετασθέντων σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία για κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
- Δείκτες αποτελέσματος: Οι δείκτες αποτελέσματος αποτυπώνουν τις συνέπειες που προκύπτουν από τις υπηρεσίες υγείας στην υγεία του ατόμου, είτε ευρύτερα στην υγεία του πληθυσμού. Για παράδειγμα, τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι τα ποσοστά επιτυχίας, είτε αποτυχίας αντίστοιχα των νοσηλευτικών πράξεων, όπως επίσης και οι δείκτες θνησιμότητας, αλλά και οι δείκτες που αφορούν τη ποιότητα.

Σχετικά με τους δείκτες ποιότητας ανά διάσταση αξιολόγησης λαμβάνονται υπόψη τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης, τα οποία αφορούν τις εισροές, τις διαδικασίες, τις εκροές, καθώς και τα αποτελέσματα. Ενδιαφέρουσα προσέγγιση σχετικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και των υπηρεσιών γίνεται από τον Τριχόπουλο (2002), σύμφωνα με τον οποίο η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων, αλλά και των υπηρεσιών υγείας, συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση των θεραπευτικών μέτρων που λαμβάνονται, ωστόσο, δίνεται έμφαση στα μέτρα προληπτικού, διαγνωστικού, καθώς και οργανωτικού

χαρακτήρα. Ιδίως κατά το παρελθόν, έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό οι δείκτες υγείας που αφορούν το επίπεδο πληθυσμού, έτσι ώστε να αξιολογηθεί συνολικά η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων, όπως για παράδειγμα είναι το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού, ενώ η αποτύπωση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών συστημάτων, με βάση τα τελικά αποτελέσματα της υγείας, όπως για παράδειγμα είναι η θνητότητα δεν θεωρείται εύκολο να εφαρμοστούν (Τούντας & Οικονόμου,2007).

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στα πρότυπα που βρίσκουν εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Πιο αναλυτικά, τα εν λόγω πρότυπα είναι τα εξής (Ζέρβας,2020):

- ISO 9001: Το εν λόγω πρότυπο προδιαγράφει τις απαιτήσεις που αφορούν τα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας, εξετάζοντας κατά βάση τις παραμέτρους που αφορούν τη ποιότητα εξυπηρέτησης.
- EN 15224: Δίνεται έμφαση στις απαιτήσεις των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, μελετώντας την κλινική αποτελεσματικότητα.
- ISO 22000: Το πρότυπο αυτό δίνει έμφαση στις απαιτήσεις για τα Συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλειας Τροφίμων.
- ISO 14001: Το εν λόγω πρότυπο επικεντρώνεται στις απαιτήσεις των Συστημάτων Περιβαλλοντικής Διαχείρισης, καθώς επίσης και στη μείωση των περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως είναι για παράδειγμα η διαχείριση των αποβλήτων που παράγονται από το νοσοκομείο.

## **2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας**

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται λαμβάνοντας υπόψη ορισμένα κριτήρια, τα οποία συνδέονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, με την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την ευκολία πρόσβασης σ' αυτήν, όπως επίσης και την υποστήριξη που παρέχεται κατόπιν της διάθεσής της (Τούντας,2003). Περαιτέρω, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στους



ασθενείς, με το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις νοσοκομειακές μονάδες να πρέπει να φέρεται με τρόπο ευγενικό, φιλικό, καθώς επίσης και να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ακόμη, ένας παράγοντας που επιδρά άμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με την ταχύτητα επίλυσης των προβλημάτων υγείας, ενώ κομβικός θεωρείται και ο ρόλος που διαδραματίζει η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού και η ετοιμότητα στην οποία βρίσκεται, καθώς αυτή συνδέεται άμεσα με την ταχύτητα λήψης σχετικών αποφάσεων. Περαιτέρω, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με τη δυνατότητα περίθαλψης ανά πάσα χρονική στιγμή, λαμβάνοντας υπόψη τον επείγον χαρακτήρα της υγείας (Papanikolaou & Ntani,2008).

Επιπλέον, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από τις γνώσεις, από την εμπειρία, από τις ικανότητες, καθώς επίσης και από την επαγγελματική δεοντολογία των μονάδων που παρέχουν φροντίδα ασθενείς. Εφόσον το ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις, έχει τη δυνατότητα να προβαίνει σε έγκαιρη διάγνωση, καθώς και σε αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενειών που πιθανώς μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής. Εξίσου σημαντική θεωρείται και η διαρκής εκπαίδευση του νοσηλευτικού, διοικητικού, αλλά και του τεχνικού προσωπικού, το οποίο σχετίζεται άμεσα με την παροχή υπηρεσιών υγείας (Τσελέπη,2000). Περαιτέρω, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς συνδέεται με τη σωστή επιλογή της θεραπευτικής αγωγής που θα ακολουθηθεί για τον ασθενή, όπως και με την παροχή της αναγκαίας υποστήριξης έπειτα από την παροχή υπηρεσιών, με την υποστήριξη αυτή να συνδέεται με την παροχή αναλυτικών οδηγιών που παρέχονται από τους ιατρούς. Επίσης, επίδραση στην ποιότητα ασκεί η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής, όπως επίσης και ο σωστός σχεδιασμός των δομών των νοσοκομείων, αλλά και των επιμέρους κλινικών, προκειμένου να διευκολύνεται η μετακίνηση των ασθενών, αλλά και η μεταφορά των αναγκαίων υλικών. Τέλος, εξετάζεται η χρήση νέου τεχνολογικού εξοπλισμού, όπως επίσης και ο βαθμός αξιοπιστίας των διοικητικών υπηρεσιών, καθώς και η καλή λειτουργία των μονάδων υγείας, αλλά και η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη,2015).

## **2.6 Η αξιολόγηση της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία**

Στην Ελλάδα παρά το γεγονός ότι υπήρξαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις για την εφαρμογή της ποιότητας στον τομέα της υγείας, δεν υπήρξε μια σαφής στρατηγική στο πέρασμα του χρόνου. Ωστόσο, σημαντικές πρωτοβουλίες εφαρμόστηκαν όπως ήταν η σύσταση του γραφείου υποδοχής ασθενών, το οποίο θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 2889/2001, όπως επίσης και η σύσταση αυτοτελούς τμήματος επειγόντων περιστατικών. Το 2003, με τον Ν. 3172/2003 συστάθηκε το εθνικό συμβούλιο δημόσιας υγείας, έτσι ώστε να αξιολογηθούν οι κίνδυνοι δημόσιας υγείας. Περαιτέρω, άλλες ενδιαφέρουσες πρωτοβουλίες αφορούσαν τη σύσταση τμήματος ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευση στα νοσοκομεία, όπως επίσης και τη σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) (Κωσταγιόλας κ.α.,2008).

Πριν πέντε χρόνια και συγκεκριμένα με τον Ν. 4369/2016 τέθηκε σε εφαρμογή το νομοσχέδιο που αφορούσε τη «Διοίκηση μέσω Στόχων». Σύμφωνα με τη προσέγγιση αυτή, οι δημόσιοι οργανισμοί καθώς επίσης και οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας που υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), είναι αναγκαίο να θέσουν στόχους σε επίπεδο φορέα, όπως επίσης και σε επίπεδο διεύθυνσης και τμήματος, ενώ και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι θα πρέπει να προβούν σε ατομική στοχοθεσία, ενώ ταυτόχρονα είναι αναγκαίο να ορίζονται και δείκτες μέσω των οποίων θα υπάρξει αναλυτική παρακολούθηση των στόχων που έχουν τεθεί, τόσο σε συλλογικό, όσο και σε ατομικό επίπεδο. Μέσω του εν λόγω πλαισίου μπορεί να υπάρξει βελτίωση της διαχείρισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τα βήματα που συνδέονται με τον σχεδιασμό, τον έλεγχο, καθώς και τη διαρκή βελτίωση (Ζέρβας,2020). Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας, συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την αναδιοργάνωση και καλύτερη αξιοποίηση των υφισταμένων πόρων των οργανισμών υγείας, εν αντιθέσει με την ύπαρξη νέων και περισσότερων πόρων, όπως για παράδειγμα είναι το ανθρώπινο δυναμικό, ο εξοπλισμός κτλ. (Nikolentzos et al.,2015).

## **2.7 Η έννοια της ικανοποίησης και της ικανοποίησης των ασθενών**

Τον Ιούλιο του 2010, η Λευκή Βίβλος "Equity and excellence: Liberating the NHS" καθόρισε ένα όραμα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Αγγλίας το οποίο θα λειτουργούσε «πραγματικά επικεντρωμένο σε ασθενείς και φροντιστές» και θα περιλάμβανε πολύ ευρύτερη χρήση αποτελεσματικών εργαλείων όπως δεδομένα εμπειρίας ασθενών και ανάδραση σε πραγματικό χρόνο. Επιπλέον, στο Πλαίσιο Αποτελεσμάτων του NHS 2011/12 αναγνωρίστηκε πως «η εξασφάλιση ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν μια θετική εμπειρία περίθαλψης» αποτελεί το ένα από τα πέντε βασικά πεδία της ποιότητας που αντικατοπτρίζουν τη σημασία της παροχής θετικής εμπειρίας της περίθαλψης για τους ασθενείς, τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και τους φροντιστές. Το Εθνικό Συμβούλιο για την Ποιότητα της Αγγλίας εντόπισε την επείγουσα και εντατική περίθαλψη ως ένα σημαντικό τομέα για την ανάπτυξη προτύπων ποιότητας που σχετίζονται με εμπειρίες περίθαλψης

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ένα σημαντικό αποτέλεσμα που όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται σαν δείκτης ποιότητας της φροντίδας. Τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης αντανakλούν σημαντικές διαφορές μεταξύ των προσδοκιών και της εκπλήρωσης των θεωρούμενων αναγκών τους και μπορεί να έχει συνέπειες στην τήρηση της θεραπείας η οποία επηρεάζει τις εκβάσεις της υγείας τους.

Ιστορικά, ο ασθενής δεν είχε πραγματική φωνή και οι επαγγελματίες έκριναν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, τώρα, ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο με την ελπίδα ότι αυτό θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας. Οι ασθενείς προσφέρουν μια συμπληρωματική άποψη σε σχέση με αυτή των κλινικών ιατρών, παρέχοντας μοναδικές πληροφορίες και εικόνα τόσο για τον ανθρωπισμό όσο και για την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι απόψεις των ασθενών δεν θεωρούνται πλέον προαιρετικές για την επίτευξη υψηλής ποιότητας περίθαλψης, αλλά η χρήση τους δεν είναι χωρίς κάποιες προκλήσεις.

## **2.8 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, όλο και περισσότερο ενδιαφέρον επιδεικνύετε από την επιστημονική κοινότητα στους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι από τους πλέον

σημαντικούς δείκτες ποιότητας αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, όπως επίσης και ο υπολογισμός της συμπεριφοράς των ασθενών σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Ουσιαστικά, μέσω της ικανοποίησης του ασθενούς πιστοποιούνται ποιοτικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα μέσω της καταγραφής της ικανοποίησης των ασθενών αναδεικνύονται τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται κατά την παροχή φροντίδας υγείας των ασθενών, αλλά και αντίστοιχα μπορεί να αναδειχθεί η διαχείριση των οικονομικών πόρων των υπηρεσιών υγείας (Βενιού & Τεντολούρης,2013).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται άμεσα με τις προσδοκίες των ασθενών, όπως επίσης και με τα κοινωνικά και οικονομικά τους χαρακτηριστικά. Κατά κάποιο τρόπο μέσω του βαθμού ικανοποίησης μπορεί να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο ικανοποιήθηκαν οι προσδοκίες των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς συνδέεται άμεσα με την συναισθηματική και την συντελεστική συμπεριφορά. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι σύμφωνα με συγκεκριμένη έρευνα, οι ενήλικοι ασθενείς που διαθέτουν χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι, ενώ η ικανοποίηση αυτών συνδεόταν αρνητικά με την ενεργητικότητα-δράση των ασθενών (Jensen et al.,2010). Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα των Αναγνωστοπούλου κ.α. (2012), που έλαβε χώρα στην Ελλάδα και είχε διάρκεια δύο έτη, οι παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ήταν το φύλο, το επάγγελμα, όπως επίσης και η οικογενειακή τους κατάσταση.

Περαιτέρω, η ικανοποίηση του ασθενούς από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας συνδέεται άμεσα με τα οργανωτικά, αλλά και με τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν την διαδικασία εισαγωγής, αλλά και παροχής των πρώτων βοηθών, όπως επίσης και την ιατρική φροντίδα και την φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής στον θάλαμο νοσηλείας. Ακόμη, στην κατηγορία αυτή των χαρακτηριστικών περιλαμβάνονται η διαδικασία της αναχώρησης του ασθενούς από την ιατρική δομή, καθώς επίσης και η ρύθμιση των οικονομικών εκκρεμοτήτων, αλλά και η ολοκλήρωση των αναγκαίων εντύπων. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στη σχέση που διαμορφώνετε μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, όπου τόσο ο ασθενής, όσο και ο ιατρός έχουν συγκεκριμένο ρόλο στην προσέγγιση αυτή, καθώς επίσης και τις

ανάλογες υποχρεώσεις και δικαιώματα που απορρέουν από τη σχέση αυτή (Τσίμτσιου,2006).

Βασική επιδίωξη του ιατρού κατά την άσκηση των καθηκόντων του είναι να επαναφέρει την υγεία του ασθενούς στην αρχική της κατάσταση, ενώ αντίστοιχα στόχος του ασθενούς είναι να μπορέσει να θεραπευτεί. Αναμφίβολα, ο ρόλος του ασθενούς θεωρείται δυσάρεστος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να μη συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες, αλλά και αντίστοιχες εκδηλώσεις. Ακόμη, ο ρόλος του ασθενούς θεωρείται ότι προσωρινός και υποχρεώνει τον ασθενή, έτσι ώστε να δραστηριοποιηθεί και να αναζητήσει ιατρική φροντίδα, αλλά και να συνεργαστεί και να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρού. Από την άλλη, ο ιατρός υποχρεούται να προβεί στη χρήση των εξειδικευμένων γνώσεων που διαθέτει, έτσι ώστε να μπορέσει να επαναφέρει τον ασθενή στην αρχική υγιά του κατάσταση που βρίσκετε (Μποστανίτης & Τσαλίδου,2010).

## **2.9 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών**

Είναι γεγονός ότι η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας συνιστά μέτρο αντίληψης της αποδοτικότητας που καταφέρνουν να πετύχουν τα νοσοκομεία (Καλογερόπουλου,2011). Καθώς η ικανοποίηση των ασθενών συνδέετε άμεσα με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας, η μέτρηση της δύναται να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών, όπως επίσης και για συμβουλευτικές παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας. Αντίστοιχα, δεν θα πρέπει να παραβλέπετε και το γεγονός ότι στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δύναται να χρησιμοποιηθεί, έτσι ώστε να υπάρξει προσέγγιση ασθενών-πελατών, υπό το ευρύτερο πλαίσιο δηλαδή του μάρκετινγκ. Οι επαγγελματίες υγείας, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους μπορεί να επηρεάσουν την ικανοποίηση των ασθενών και να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για την έννοια της φροντίδας υγείας και έτσι να υπάρξει διόρθωση πολλών προβλημάτων (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος,2013).

Στα πλαίσια της μελέτης της ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα, θα πρέπει να γίνει αναφορά στον βαθμό ικανοποίησης που βιώνουν οι ασθενείς στην Ελλάδα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά τις αλλαγές που έχουν λάβει χώρα

στο σύστημα υγείας από την δεκαετία του 1960, οι Έλληνες παραμένουν στη δεύτερη θέση ως προς τη δυσαρέσκεια που βιώνουν σχετικά με την ικανοποίηση από την παροχή των υπηρεσιών υγείας, σε σύγκριση με τους κατοίκους των υπολοίπων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για παράδειγμα, η αρνητική εικόνα που έχει διαμορφωθεί για το σύστημα υγείας μπορεί να εκφραστεί από την επιθυμία που εκφράζουν οι ασθενείς να μετακινηθούν από τα επαρχιακά νοσοκομεία προς τα κεντρικά νοσοκομεία, καθώς επίσης και προς τα νοσοκομεία του εξωτερικού, αλλά και προς τις δομές ιδιωτικής παροχής φροντίδας υγείας (Πολυκανδριώτη,2011).

Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, όπως επίσης και για τη διατήρηση του κόστους σε χαμηλότερα επίπεδα, χωρίς όμως και οι ενέργειες αυτές να έχουν αποδώσει τα μέγιστα αποτελέσματα. Ουσιαστικά, μέχρι πρότινος δεν υπήρχαν ολοκληρωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, ενώ ελάχιστες έρευνες έλαβαν χώρα με αντικείμενο την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, σήμερα υπάρξει αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση-αποτύπωση των αποτελεσμάτων που απορρέουν από τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, καθώς επίσης και από τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Συνεπώς, είναι αναγκαίο να προχωρήσει περαιτέρω η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και να υπάρξει δημοσίευση αποτελεσμάτων, για να μπορέσουν να δημιουργηθούν οφέλη για τους ασθενείς, τους λειτουργούς υγείας, αλλά και ευρύτερα για το σύστημα υγείας (Καλογερόπουλου,2011).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς και μέσω ενός δομημένου τρόπου μπορεί να εκφραστεί η γνώμη των ασθενών αναφορικά με μια σειρά παραμέτρων που αφορούν τη φροντίδα υγείας. Ωστόσο, ορισμένες φορές θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας τίθεται υπό αμφισβήτηση, καθώς θεωρείται ότι είναι περιορισμένης εγκυρότητας (Πιερράκος & Τομάρας,2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Τα σημαντικότερα προβλήματα Ε.Σ.Υ. σήμερα**

### **3.1 Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα πλέον σημαντικά προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδος. Ειδικότερα, παρουσιάζετε η εξέλιξη των δαπανών υγείας κατά την περίοδο της κρίσης, ενώ στη συνέχεια γίνεται λόγος για τις συνεργασίες που αναπτύσσονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Ξεχωριστή αναφορά γίνεται στον επιτελικό και στρατηγικό ρόλο που διαδραματίζει το Υπουργείο Υγείας, όπως επίσης και στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υγειονομικών περιφερειών της χώρας. Ακόμη, μελετάτε ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού κατά τη λειτουργία των μονάδων υγείας, ενώ εξετάζετε η δημόσια υγεία υπό το πρίσμα της πανδημίας. Ιδιαίτερη σημασία δίνετε στη διαχείριση των κρίσεων σε μελλοντικό χρόνο στο σύστημα υγείας, με αφορμή και την πρόσφατη κρίση της πανδημίας, η οποία θεωρείται ότι βρήκε τα συστήματα υγείας σε μεγάλο βαθμό απροετοίμαστα. Τέλος, γίνεται ανάλυση S.W.O.T. του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπου μελετώνται οι δυνάμεις, οι αδυναμίες που αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον αυτού, καθώς επίσης και οι ευκαιρίες που απειλές που δημιουργούνται για το ΕΣΥ από το εξωτερικό περιβάλλον. Η ανάλυση αυτή επιτρέπει να γίνουν προτάσεις αναφορικά με τις περαιτέρω ενέργειες που απαιτούνται στο σύστημα υγείας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η λειτουργία του.

### **3.2 Οι δαπάνες της υγείας κατά την περίοδο της κρίσης**

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την διάρκεια των ετών 2009-2017, ενώ παράλληλα αποτυπώνεται και η δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας.

**Πίνακας 1: Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε δις ευρώ ) 2009-2017**

	<b>Χρηματοδότηση δαπανών υγείας (σε δις ευρώ)</b>		
<b>Έτη</b>	<b>Συνολική Δαπάνη Υγείας (Δισ. Ευρώ)</b>	<b>Δημόσια Δαπάνη (Δισ. Ευρώ)</b>	<b>Ιδιωτική Δαπάνη (Δισ. Ευρώ)</b>

2009	22,5	15,4	7,1
2010	21,6	14,9	6,7
2011	18,8	12,4	6,4
2012	17,0	11,3	5,7
2013	15,2	9,4	5,8
2014	14,2	8,3	5,9
2015	14,4	8,4	6,0
2016	14,7	9,0	5,7
2017	14,9	9,1	5,8

**Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (2017)**

Από τον παραπάνω πίνακα, διαπιστώνεται ότι οι δαπάνες υγείας παρουσιάζουν μείωση από το 2009, η οποία φθάνει έως και το 2014 σε ποσοστό 36,8%, ενώ κατά την διάρκεια της περιόδου 2014-2017, φαίνεται να υπήρξε σταθεροποίηση των δαπανών υγείας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι σημαντικότερη μείωση υπήρξε στην δημόσια δαπάνη υγείας, η οποία κατά την διάρκεια της περιόδου 2009-2014 παρουσίασε μείωση της τάξεως του 46%, ενώ εν συνεχεία σταθεροποιήθηκε.

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα σε δις. Ευρώ κατά την διάρκεια της περιόδου 2009-2016.

**Πίνακας 2: Συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (σε δις ευρώ) 2009-2016**

Έτη	Ελλάδα-Συνολική δαπάνη για Φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα		
	Συνολική Δαπάνη (Δις ευρώ)	Δημόσια Δαπάνη (Δις ευρώ)	Ιδιωτική Δαπάνη (Δις ευρώ)
2009	6,1	4,8	1,3
2010	6,2	4,8	1,4
2011	5,8	4,4	1,4
2012	4,9	3,4	1,4
2013	4,2	2,5	1,7



2014	3,8	2	1,8
2015	3,8	2	1,8
2016	3,8	2	1,8

**Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (2017)**

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μεταξύ των ετών 2009 και 2016, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε μείωση της τάξεως του 36% σε σχέση με το 2009 και διαμορφώθηκε στα 3,8 δις ευρώ, σε σχέση με τα 6,1 που ανέρχονταν το έτος 2009. Ωστόσο, η μείωση αυτή προήλθε από την μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία από τα 4,8 δις ευρώ που ήταν το 2009 έφθασε στα 2 δις ευρώ το 2014 και παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα και κατά την διάρκεια των επόμενων χρόνων. Από την άλλη, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε αύξηση και έτσι από το 1,3 δις ευρώ που ήταν το 2009 έφθασε στο 1,8 το 2014 και παρέμεινε στα ίδια επίπεδα και το έτος 2015, αλλά και το 2016.

### **3.3 Συνεργασίες μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα**

Όπως είναι ευρέως γνωστό, έως και σήμερα, η συνεργασία που αναπτύσσεται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία θεωρείται ότι είναι περιορισμένη και αφορά κυρίως τη φύλαξη, την καθαριότητα, τη σίτιση κτλ. Μια ακόμη μορφή συνεργασίας που απαντάται αφορά την αγορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα που είναι συμβεβλημένος, όπως είναι οι ιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα, καθώς και οι κλινικές, ενώ η φαρμακοβιομηχανία προβαίνει στη χρηματοδότηση των κλινικών μελετών που τις ενδιαφέρει.

Προκειμένου να υπάρξουν οφέλη για τους ασθενείς-πολίτες, καθώς και για το ίδιο το σύστημα υγείας θα πρέπει να αναπτυχθούν περαιτέρω συνέργειες με τον ιδιωτικό τομέα. Ειδικότερα, οι συνέργειες αυτές μπορεί να αφορούν τη σύναψη συμβάσεων παροχής υπηρεσιών, είτε τις συμβάσεις υπεργολαβίας, είτε παραχωρήσεις, καθώς επίσης και συμβάσεις διαχείρισης ή μίσθωσης εξοπλισμού. Σε κάθε περίπτωση, στο επίκεντρο θα πρέπει να βρίσκεται η καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αλλά και η ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ των επιμέρους δομών υγείας, υπό το πρίσμα του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου. Ωστόσο, για να είναι οι συνέργειες αυτές αποδοτικές, θα πρέπει να ρυθμίζεται

λεπτομερώς η φύση της σχέσης των νοσοκομειακών μονάδων με τους μη κρατικούς φορείς, όπως επίσης θα πρέπει να προσδιορίζονται με σαφήνεια οι στόχοι που αφορούν την απόδοση του συστήματος, αλλά και τα σχετικά πρότυπα ποιότητας (Τούντας κ.α.,2020).

### **3.4 Επιτελικός και στρατηγικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας**

Το Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ 148/09.10.2017 Π.Δ. 121) έχει ως αποστολή την προάσπιση, προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της διασφάλισης της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς επίσης και τη ρύθμιση της λειτουργίας και την άσκηση εποπτείας στους Φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα.

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας η Κεντρική Υπηρεσία έχει επωμιστεί αυτόν τον ρόλο και είναι αρμόδια για ορισμένες αρμοδιότητες και ιδιαίτερα για:

1. Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
2. Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
3. Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
4. Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.

Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να υπάρξει διαχωρισμός της πολιτικής ευθύνης από την επιχειρησιακή ευθύνη κατά τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Είναι αναγκαίο το Υπουργείο Υγείας να προσδιορίζει τις αξίες που διέπουν το ΕΣΥ, αποτελώντας κατά κάποιο τρόπο θεματοφύλακα αυτών, ενώ συνάμα στους σκοπούς του Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνει και η άσκηση επιτελικού και εποπτικού ρόλου στο ΕΣΥ. Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας προβαίνει στη

διαπραγμάτευση εντός της Κυβέρνησης του ετήσιου προϋπολογισμού που πρόκειται να δαπανηθεί για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ κατανέμει τον προϋπολογισμό αυτό στις ΥΠΕ, ελέγχοντας ταυτόχρονα την εκτέλεση αυτού. Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Υγείας υλοποιεί τις πολιτικές κατανομής των ανθρώπινων και υλικών πόρων στις ΥΠΕ. Κομβικής σημασίας λειτουργία του Υπουργείου Υγείας αποτελεί η νομοθέτηση, αλλά και η διασφάλιση της πρόσβασης των πολιτών στις αναγκαίες υπηρεσίες, ενώ συνάμα ρυθμίζει τις σχέσεις του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Τέλος, στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνετε και ο καθορισμός των προδιαγραφών λειτουργίας, των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και των κωδικοποιήσεων των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας (ΟΠΣΥ) των νοσοκομείων (Νεκτάριος,2019).

### **3.5 Οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών περιφερειών**

Από τις πλέον εμβληματικές μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) αποτέλεσε η εφαρμογή του Ν.2889/2001-Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Ειδικότερα, μέσω του σχετικού νομοσχεδίου το σύστημα υγείας στην Ελλάδα άρχισε να μεταβαίνει σε μια κατάσταση υγειονομικής ανάπτυξης, έστω και με καθυστέρηση, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στα πλαίσια αυτά, πέρα από την οργάνωση των νοσοκομείων και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, δόθηκε έμφαση στην περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, έτσι ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν με τρόπο αποτελεσματικότερο οι πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού, αλλά και να μετριαστούν τα φαινόμενα ανισοτήτων που απαντώνταν έως τότε, όπως επίσης και τα ζητήματα που συνδέονταν με τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Άλλωστε, στην απόφαση αυτή συνέβαλε και το γεγονός ότι η αποκεντρωμένη διοίκηση συνιστά το μοναδικό επιτυχές μοντέλο διοίκησης για τις χώρες της Ευρώπης.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 2889/2001, προβλέπονταν η διαίρεση της χώρας σε επιμέρους Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονταν με τις Διοικητικές Περιφέρειες. Ακόμη, προβλέπονταν ότι σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύετε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ), το οποίο έφερε το όνομα Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠεΣΥ). Έτσι δημιουργήθηκαν

17 Υγειονομικές Περιφέρειες, με τις Υγειονομικές αυτές Περιφέρειες να ταυτίζονται με τις διοικητικές, ενώ εξαίρεση αποτέλεσε η Περιφέρεια Αττικής όπου δημιουργήθηκαν τρία ΠεΣΥ, οι δύο ΠεΣΥ στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, καθώς επίσης και Νοτίου Αιγαίου. Όπως προβλέπονταν αναλυτικά, το σύνολο των νοσοκομειακών μονάδων, αλλά και των κέντρων υγείας, όπως και τα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία ανήκαν στο ΕΣΥ και λειτουργούσαν στη χωρική αρμοδιότητα του ΠεΣΥ που ιδρύονταν, μετατρέπονταν αυτοδίκαια σε ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες, έχοντας οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια και επομένως δεν υπήρξε απώλεια της νομικής τους προσωπικότητάς.

Ακολούθως, σύμφωνα με τον Ν.3106/2003, προβλέπονταν να υπάρξει διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των ΠεΣΥ, έτσι ώστε να συμπεριληφθούν σ' αυτές και αρμοδιότητες που αφορούν τη πρόνοια και συγκεκριμένα υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, καθώς έτσι θα μπορούσε να υπάρξει καλύτερος συντονισμός, αλλά και παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με το ίδιο θεσμικό πλαίσιο, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), ενώ αντίστοιχα, οι φορείς που συγχωνεύθηκαν στα ΠεΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες, έχοντας οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια.

Στη συνέχεια, ακολούθησε μια ακόμη μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν. 3329/2005)-Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, σύμφωνα με την οποία υπήρξε κατάργηση των ΠεΣΥΠ, τα οποία και αντικαταστάθηκαν από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία έφεραν την επωνυμία Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Ουσιαστικά, στα πλαίσια της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης υπήρξε αλλαγή της νομικής προσωπικότητας των νοσοκομείων του ΕΣΥ, τα οποία μετατράπηκαν και πάλι σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, έχοντας δικά τους όργανα, όπως επίσης και δική τους περιουσία, αλλά και αντίστοιχο προϋπολογισμό. Ακόμη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νοσοκομεία υπάγονται στον έλεγχο, καθώς και στην εποπτεία του διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι τα ΠεΣΥΠ διαπιστώθηκε ότι ήταν δυσλειτουργικά, ενώ για τη λειτουργία τους απαιτούνταν σημαντικά μεγάλα ποσά. Ουσιαστικά, η λειτουργία των ΠεΣΥΠ είχε ως αποτέλεσμα να περιοριστεί η δυνατότητα αυτονομίας των νοσοκομειακών μονάδων,

ενώ συγχρόνως υπήρξε συσσώρευση γραφειοκρατίας, αλλά και μια διαρκούς δυσλειτουργίας. Ακόμη, δεν θα πρέπει να παραβλέπετε το γεγονός ότι δεν υπήρξε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της πρόληψης, της ασφάλειας, αλλά και της ανανέωσης του εξοπλισμού, ενώ παρατηρήθηκε έλλειψη συντονισμού, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να επιτευχθεί και χρηστή οικονομική διαχείριση.

Λαμβάνοντας υπόψη τα όσο αναφέρονταν στο άρθρο 2 του Ν. 3329/2005, σκοπός της ΔΥΠΕ αποτέλεσε ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, καθώς επίσης και η εποπτεία, αλλά και ο έλεγχος της Υγειονομικής Περιφέρειας, όπου λειτουργούν το σύνολο των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Παράλληλα, ο ρόλος της ΔΥΠΕ περιελάμβανε την υποβολή σχετικών εισηγήσεων, μέτρων, καθώς και προτάσεων προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στη συνέχεια, με τον Ν. 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», υπήρξε περιορισμός των ΔΥΠΕ και έτσι πλέον απέμειναν 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, σε σχέση με τις 17 που ήταν μέχρι πρότινος. Σύμφωνα με τη νέα αυτή ρύθμιση, οι Υγειονομικές Περιφέρειες που δημιουργούνταν ήταν οι ακόλουθες:

- 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής.
- 2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου.
- 3<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας.
- 4<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης.
- 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.
- 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος.
- 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά τις Υγειονομικές Περιφέρειες, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η σύσταση αυτών προήλθε ως αποτέλεσμα πολυετών πολιτικών, αλλά και νομοθετικών προσπαθειών, έτσι ώστε να μπορέσει να δημιουργηθεί ένα ευέλικτο και σταθερό Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο θα είναι σε θέση να ανταπεξέλθει

έγκαιρα και συνάμα αποτελεσματικά στις ανάγκες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας των κατοίκων της χώρας. Παρά το γεγονός ότι υπήρξε σχεδιασμός για αποκέντρωση, σημαντικά προβλήματα έως και σήμερα εξακολουθούν να παραμένουν άλυτα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα οι περιφερειακές δομές υγείας να βρίσκονται αντιμέτωπες με σημαντικά προβλήματα, τα οποία και εντάθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου της οικονομικής κρίσης.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Υγειονομικές Περιφέρειες είναι η εξάρτηση αυτών από την κεντρική εξουσία, καθώς επίσης και η αδυναμία αυτοτελούς χρηματοδότησης που αντιμετωπίζουν. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερο, οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας συμμετέχουν σε χρηματοδοτικά προγράμματα, τα οποία προέρχονται τόσο από εθνικούς, όσο και από ευρωπαϊκούς πόρους, στα πλαίσια της επιδίωξης βελτίωσης των λειτουργιών τους, αλλά και αύξησης των επιπέδων αυτονομίας τους. Ουσιαστικά, οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαθέτουν εποπτικού και συμβουλευτικό ρόλο, αποτελώντας υπηρεσίες που δεν διαθέτουν αποφασιστικό ρόλο στη διαχείριση κονδυλίων, όπως επίσης και στον ουσιαστικό σχεδιασμό και υλοποίηση του Χάρτη Υγείας (Κακαλέτσης κ.α.,2013).

### **3.6 Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού**

Είναι γεγονός ότι στις χώρες της Ευρώπης, αλλά και ευρύτερα σε ολόκληρο τον αναπτυγμένο κόσμο, η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε έναν συνδυασμό μεταξύ της σύγχρονης τεχνολογίας και του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τα επιμέρους συστήματα υγείας. Παρά το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών η ανάπτυξη της τεχνολογίας ήταν ραγδαία, η παροχή υπηρεσιών υγείας παραμένει μια δραστηριότητα εντάσεως εργασίας και στηρίζεται στη γνώση, στην εκπαίδευση, στην έρευνα, αλλά και στην εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας. Επομένως, βασική επιδίωξη των συστημάτων υγείας αποτελεί ο βέλτιστος συνδυασμός του ιατρικού, του νοσηλευτικού, του τεχνικού και διοικητικού προσωπικού, έτσι ώστε να μπορέσει να υπάρξει το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα που σχετίζεται με την προαγωγή της υγείας, καθώς και με την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι εθνικές και περιφερειακές ανάγκες υγείας του

πληθυσμού μιας χώρας, θα πρέπει να συνεκτιμώνται διαρκώς στα πλαίσια του προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού (WHO,2019).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στις χώρες του ΟΟΣΑ, ο τομέας της υγείας απασχολεί ένα ποσοστό της τάξεως του 10% του συνολικού ανθρώπινου δυναμικού, ωστόσο, μεταξύ των κρατών παρατηρούνται διαφορές ως προς την κατανομή του ποσοστού αυτού. Για παράδειγμα, στις Σκανδιναβικές χώρες, το ποσοστό αυτό βρίσκεται σε διπλάσια επίπεδα, προσεγγίζοντας ακόμη και το 20% του συνολικού ανθρώπινου δυναμικού (Νορβηγία), ενώ αντίστοιχα σε άλλες χώρες είναι σημαντικά μικρότερο, όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα, όπου το ποσοστό των απασχολούμενων στον τομέα της υγείας προσεγγίζει το 5,5%. Πέρα από το συνολικό αριθμό των εργαζομένων στο σύστημα υγείας, ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στη σύνθεση του υγειονομικού προσωπικού. Στην περίπτωση της Ελλάδος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει η μεγαλύτερη αναλογία ιατρών ανά 1.000 κατοίκους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και αντίστοιχα ο μικρότερος αριθμός νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους πάλι, με την τάση αυτή να παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών (Zilidis et al.,2015).

Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται η εξέλιξη των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους κατά τα έτη 2000 και 2016.

**Διάγραμμα 1: Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους τα έτη 2000 και 2016<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. Φιλαλήθης, Γ. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις διαΝΕΟσις-Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.



Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά την «μετανάστευση» ιατρών κατά τη διάρκεια των ετών της βαθιάς οικονομικής κρίσης, το διάστημα 2000-2016, το ιατρικό δυναμικό της χώρας παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 50%. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει και στις γεωγραφικές ανισότητες που αφορούν την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, με τις ανισότητες αυτές να κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Ουσιαστικά, μεγαλύτερη συγκέντρωση του ανθρώπινου δυναμικού διαπιστώνεται στην Περιφέρεια Αττικής και αντίστοιχα στην Θεσσαλονίκη, ενώ ακολουθούν οι περιοχές όπου υπάρχουν πανεπιστημιακά νοσοκομεία και λειτουργούν και τα αντίστοιχα τμήματα ιατρικής. Βέβαια δεν θα πρέπει να παραλείψετε το γεγονός ότι στις περιοχές αυτές με τις παραπάνω δομές, υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές για τη συγκέντρωση του αντίστοιχου ανθρώπινου δυναμικού, όπως επίσης και υψηλή τεχνολογία (Κυριόπουλος & Τέλλογλου,2019).

Από την άλλη, όπως έχει αναφερθεί, το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλά αναλογία ανά 1.000 κατοίκους πληθυσμού, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 28 κρατών μελών. Μεταξύ των ετών 2000-2016, ο αριθμός των νοσηλευτών στην Ελλάδα ανά 1.000 κατοίκους παρουσίασε τη μικρότερη αύξηση, ενώ σε άλλες χώρες, ο ετήσιος ρυθμός αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα, σε σχέση με τον



ίδιο ρυθμό που αφορά το ιατρικό προσωπικό. Τα χαμηλά επίπεδα στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών σχετίζονται και με το γεγονός ότι οι θέσεις εκπαίδευσης δεν επαρκούν, ενώ σε μεγαλύτερο βαθμό σχετίζεται με τους υψηλούς ρυθμούς πρόωρης απασχόλησης από το επάγγελμα, εξαιτίας εργασιακής εξουθένωσης, η οποία θα πρέπει να τονιστεί ότι εν μέσω πανδημίας έχει κορυφωθεί (Brofidi et al.,2018).

Πέρα όμως από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, υπάρχουν και άλλα επαγγέλματα υγείας, όπως είναι αυτά που αφορούν τη κοινωνική εργασία, τη φυσιοθεραπεία, την ψυχολογία, την κτηνιατρική, τον τομέα της ψυχολογίας κτλ. Επιπλέον, αναγκαία είναι και η ύπαρξη άλλων υποστηρικτικών επαγγελμάτων για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα είναι τα επαγγέλματα που σχετίζονται με τον τομέα της διοίκησης, με τα οικονομικά, καθώς επίσης και με τον κλάδο της πληροφορικής. Αντίστοιχα, αναγκαία είναι και η ύπαρξη του κατάλληλου τεχνικού προσωπικού, τόσο για τη συντήρηση της σχετικής υποδομής (ιατρικός εξοπλισμός), αλλά και ευρύτερα με τη συντήρηση της υποδομής που φιλοξενεί τις δομές υγείας (Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας,2017).

Αναφορικά με τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στις δομές υγείας, ιδίως τις δημόσιες δεν θεωρείται ότι είναι οι πλέον κατάλληλες, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι πολλές επιμέρους μονάδες είναι υποστελεχωμένες, είτε εξαιτίας περιορισμένων προσλήψεων, είτε πρόωρης συνταξιοδότησης του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετούσε σ' αυτές. Αξιοσημείωτο δε, είναι το γεγονός ότι ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού, τόσο του ιατρικού, όσο και του νοσηλευτικού στηρίζεται σε περιστασιακές καταστάσεις και γεγονότα και δεν φαίνεται να υπάρχει κάποιο ολοκληρωμένο σχέδιο που να μπορεί να χαρακτηριστεί από συνέχεια. Για παράδειγμα, για τον προγραμματισμό ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού των δομών υγείας δεν λαμβάνονται υπόψη οι μελέτες που αφορούν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, αλλά ούτε και οι τάσεις που διαμορφώνονται σε διεθνές επίπεδο αναφορικά με τις νέες τεχνολογίες στις επιστήμες υγείας (Τούντας κ.α.,2020).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι πολλές από τις δομές υγείας του ΕΣΥ αναγκάζονται και λειτουργούν με σημαντικά μειωμένο ανθρώπινο δυναμικό, ιδίως νοσηλευτικό, το οποίο ορισμένες φορές δεν επαρκεί καν για τα αναγκαία όρια ασφαλείας που έχουν θεσπιστεί για τη λειτουργία των δομών αυτών. Ακόμη και όταν

ληφθούν αποφάσεις για προσλήψεις ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, απαιτείτε χρονικό διάστημα δύο περίπου ετών, έτσι ώστε να ολοκληρωθεί η διαδικασία, ενώ για τη διαμόρφωση της όλης αυτής διαδικασίας λαμβάνεται υπόψη και η δημοσιονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η χώρα. Αποτέλεσμα των ενεργειών αυτών είναι η σχέση του ιατρικού προς το νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ να ανέρχεται σε περίπου 1,3 όταν σε διεθνές επίπεδο, ως άριστη μπορεί να θεωρηθεί η σχέση 2-3 νοσηλευτές προς 1 ιατρό, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη τις ιδιαιτερότητες που συνδέονται με το εκάστοτε σύστημα υγείας. Ακόμη, θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρά τις μεγάλες ελλείψεις που απαντώνται σε νοσηλευτικό προσωπικό, ακόμη και σήμερα ένας αξιόλογος αριθμός νοσηλευτών εξακολουθεί να είναι αποσπασμένος σε διοικητικές θέσεις, αλλά ακόμη και σε θέσεις εκτός συστήματος υγείας.

Ακόμη, μεγάλες καθυστερήσεις απαντώνται στις κρίσεις των ιατρών, οι οποίες μπορεί να φθάνουν ακόμη και το χρονικό διάστημα τριών ετών, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να εντοπίζονται φαινόμενα εργασιακής εξουθένωσης και στο ιατρικό προσωπικό. Ταυτόχρονα, οι μισθοί που λαμβάνει το ιατρικό, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, με τις προοπτικές μισθολογικής εξέλιξης να είναι περιορισμένες, όσο προσόντα και αν αυτοί διαθέτουν, ενώ δεν υπάρχει καμία απολύτως σύνδεση της απόδοσης που καταφέρνει να πετύχει ένας εργαζόμενος με τις αμοιβές που λαμβάνει (Κυριόπουλος & Τέλλογλου,2019).

Επιπροσθέτως, λαμβάνοντας υπόψη τις εξελίξεις που υπάρχουν στον τομέα της υγείας σήμερα, το θεσμικό πλαίσιο που αφορά τις ιατρικές ειδικότητες φαίνεται να είναι ξεπερασμένο, όπως επίσης και η διαδικασία αναθεώρησης των επιμέρους διαδικασιών που συνδέονται με τη λήψη ειδικότητας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο συνολικός αριθμός των ειδικευμένων ιατρών, συνολικά, αλλά και στις επιμέρους ειδικότητες δεν αποτελεί προϊόν ολοκληρωμένου σχεδιασμού, αλλά συνδέεται με τυχαία και ιστορικά γεγονότα. Από την άλλη, στις χώρες της Ευρώπης, όπου υπάρχει αναπτυγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε υψηλά επίπεδα βρίσκεται ο αριθμός των γενικών ιατρών, ενώ αντίστοιχα αναπτυγμένη είναι και η ειδικότητα δημόσιας υγείας-κοινωνικής ιατρικής. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των οικογενειακών ιατρών παρουσιάζει μεγάλη έλλειψη, γεγονός που συνδέεται άμεσα και με τη προβληματική λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Τούντας κ.α,2020).

### 3.7 Η δημόσια υγεία υπό το πρίσμα της πανδημίας

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στην επίδραση της πανδημίας Covid-19 στη ψυχική υγεία των ασθενών. Ουσιαστικά, η Covid-19 επιδρά στη ψυχική υγεία με τρεις τρόπους που είναι οι ακόλουθοι (Γονιδάκης κ.α.,2020):

- Υπάρχει απειλή της φυσικής εξόντωσης του ατόμου, είτε και των ατόμων που βρίσκονται κοντά του, ενώ σε αύξηση του στρες οδήγησε η διαρκής μετάδοση πληροφοριών αναφορικά με την μελλοντική εξέλιξη της πανδημίας, τόσο από διεθνή, όσο και από εγχώρια μέσα ενημέρωσης. Απόρροια της εμφάνισης του στρες αυτού είναι το άτομο να βρίσκεται σε μια διαρκή κατάσταση παρατεταμένου άγχους και φόβους, η διαχείριση των οποίων διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου. Ουσιαστικά, η κατάσταση αυτή δημιουργεί μια παρατεταμένη ψυχοπιεστική κατάσταση κινδύνου, επηρεάζοντας έτσι την ψυχική υγεία ευρύτερα.
- Απομόνωση στο σπίτι και περιορισμός της κυκλοφορίας, ιδίως στα πρώτα στάδια εξάπλωσης της πανδημίας. Κατά κάποιο τρόπο η εξαναγκαστική ψυχική και σωματική απομόνωση συνιστά ένα είδος τιμωρίας. Εξαιτίας της παρατεταμένης παραμονής στο σπίτι, ο άνθρωπος απομονώνεται από τη φυσική παρουσία των άλλων ανθρώπων, ενώ κατά το πρώτο διάστημα παραμονής στο σπίτι, όπως συνέβη κατά την πρώτη καραντίνα, περιορίζετε το άγχος, καθώς δεν υπάρχει ο ίδιος όγκος υποχρεώσεων, ενώ περιορίζετε και το κοινωνικό άγχος, καθώς τα άτομα δεν εκτίθενται σε καταστάσεις όπου υπάρχει παρουσία μεγάλου αριθμού ατόμων. Ωστόσο, στη συνέχεια, ο ακούσιος περιορισμός εντός οικίας αυξάνει την αγωνία σε πολύ μεγάλο βαθμό, ιδίως αν δεν γνωρίζει το άτομο πότε θα τελειώσει η συγκεκριμένη περίοδος αναστάτωσης. Εφόσον περάσει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, το άτομο παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως επίσης και απουσία ελπίδας, αλλά και αδυναμία ότι μπορεί να βοηθηθεί.
- Η αβεβαιότητα για το μέλλον. Τα άτομα των οποίων η επαγγελματική δραστηριότητα είχε διακοπεί εξαιτίας της πανδημίας, όπως για

παράδειγμα είναι οι ελεύθεροι επαγγελματίες, αλλά και οι επιχειρηματίες, βρίσκονται αντιμέτωπα με άγχος το οποίο αφορά πέρα από την επιβίωσή τους από την πανδημία της οικονομικής τους επιβίωση και ανταπόκριση στην κάλυψη των υποχρεώσεών τους. Μάλιστα, επιβάρυνση στην κατάσταση αυτή προκαλεί η διαρκής επιμήκυνση των περιορισμών, αλλά και των προβλημάτων που συνδέονται μ' αυτούς.

### **3.8 Διαχείριση κρίσεων σε μελλοντικό χρόνο στο σύστημα υγείας**

Προκειμένου να μπορεί να λάβει χώρα διαχείριση των κρίσεων σε μελλοντικό χρόνο στο σύστημα υγείας, είναι αναγκαίο να υπάρχει ο κατάλληλος σχεδιασμός, καθώς επίσης και να υλοποιούνται οι σχετικές ενέργειες ενεργοποίησης αυτού. Λαμβάνοντας υπόψη από παγκόσμιους οργανισμούς, αλλά και διεθνείς εταίρους, η Ελλάδα θα πρέπει να είναι σε θέση να δημιουργεί τεχνικές υγείας και δραστηριότητες με υψηλό αντίκτυπο, όπως επίσης θα πρέπει να μπορεί να σχεδιάζει δραστηριότητες για την αντιμετώπιση των κενών που αφορούν θέματα ασφάλειας και υγείας. Ακόμη, είναι αναγκαίο να εφαρμόζονται, να παρακολουθούνται, αλλά και να αξιολογούνται οι δραστηριότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση των πιθανών κρίσεων θα μπορούσε να περιλαμβάνει τους ακόλουθους στόχους:

- Ανάπτυξη και διάδοση της πληροφορίας της υγείας και ασφάλειας, όπου οι εν λόγω πληροφορίες χαρακτηρίζονται από ακρίβεια, είναι προσβάσιμες, καθώς επίσης και εφαρμόσιμες.
- Προώθηση αλλαγών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να υπάρξει βελτίωση των πληροφοριών που αφορούν την υγεία, την επικοινωνία, καθώς και τη λήψη αποφάσεων που είναι τεκμηριωμένες για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- Τη δημιουργία συνεργασιών ανάπτυξης και καθοδήγησης, καθώς και αλλαγής πολιτικών.

- Αύξηση της διάχυσης και της χρήσης πρακτικών και παρεμβάσεων που στηρίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για την υγεία.

Σύμφωνα με το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία που αφορά την περίοδο 2019-2022, υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα για τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τους διεθνούς κανονισμούς υγείας, όπως επίσης και τις διασυνοριακές απειλές, αλλά και τις μεταδοτικές ασθένειες. Πιο αναλυτικά η Ελλάδα μέχρι πρότινος είχε προβεί στη θέσπιση δύο οργανισμών, έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τις κρίσεις δημόσιας υγείας, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι μεταδοτικές ασθένειες, όπως επίσης και οι φυσικές καταστροφές, αλλά και τα διάφορα συμβάντα που συνδέονται με την παράνομη μετανάστευση. Οι οργανισμοί αυτοί ήταν το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), το οποίο και ιδρύθηκε το 2004, στα πλαίσια της προετοιμασίας της Ελλάδος για τους επικείμενους Ολυμπιακούς Αγώνες, με τη δομή αυτή να λειτουργεί σε εθνικό επίπεδο υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Σκοπός του οργανισμού ήταν να βοηθήσει το κοινό σε περιπτώσεις εμφάνισης μεταδοτικών ασθενειών, είτε φυσικών καταστροφών, είτε συμβάντων που συνδέονται με το κλίμα και τη διαχείριση της φροντίδας υγείας, η οποία συνδέεται άμεσα με την παράνομη μετανάστευση. Επιπροσθέτως, λειτουργούσε το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), το οποίο ιδρύθηκε το 1992, ενώ όσον αφορά τις αρμοδιότητες αυτού περιλαμβάνονταν η πρόληψη, ο έλεγχος, καθώς και η θεραπεία στον βαθμό που αυτό ήταν εφικτό των λοιμωδών και μη λοιμωδών νοσημάτων, καθώς επίσης και η ενημέρωση και διάχυση πληροφοριών προς τις ομάδες που θεωρούνταν ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο λοίμωξης. Ταυτόχρονα, στις αρμοδιότητες του οργανισμού αυτού περιλαμβάνονταν η υποβολή προτάσεων προς το Υπουργείο Υγείας, αναφορικά με την εθνική πολιτική που συνδέεται με ασθένειες (Υπουργείο Υγείας,2019).

### **3.9 Ανάλυση S.W.O.T.**

Μέσω της ανάλυσης S.W.O.T. μπορεί να υπάρξει ανάλυση του εξωτερικού και του εσωτερικού περιβάλλοντος των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Η εν λόγω ανάλυση επιτρέπει να διαπιστωθούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία που αφορούν τα νοσοκομεία και ουσιαστικά σχετίζονται με το εσωτερικό περιβάλλον

αυτών, ενώ παράλληλα μέσω των ευκαιριών και απειλών εξετάζεται το εξωτερικό περιβάλλον των οργανισμών.

#### Δυνατά Σημεία

- Ανθρώπινο Δυναμικό που διαθέτει υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης και χρόνια εμπειρία.
- Αναπτυγμένη ακαδημαϊκή κοινότητα και έρευνα στον τομέα της ιατρικής-Υψηλός αριθμός πανεπιστημιακών νοσοκομείων.
- Μεγάλος αριθμός νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που καλύπτει αποτελεσματικά το μεγαλύτερο μέρος της επικράτειας.
- Σημαντική συμβολή του ιδιωτικού τομέα, αλλά και των πολιτών, μέσω χορηγικών προγραμμάτων, ιδίως κατά την διάρκεια της περιόδου της πανδημίας.

#### Αδύνατα Σημεία

- Χαμηλά επίπεδα στελέχωσης των επιμέρους κλινικών και μονάδων.
- Μικρός ρυθμός προσλήψεων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Χαμηλή πληρότητα ορισμένων νοσοκομειακών μονάδων.
- Απαρχαιωμένη υποδομή τόσο σε επίπεδο κτιρίων, όσο και σε επίπεδο ιατρικού εξοπλισμού.
- Χαμηλά επίπεδα αποδοτικότητας και τεχνικής αποδοτικότητας σε ορισμένες μονάδες υγείας.

#### Ευκαιρίες

- Διαθέσιμοι πόροι από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, καθώς και από το νέο ΕΣΠΑ που αφορά την προγραμματική περίοδο 2021-2027.
- Επιτάχυνση ενεργειών που βρίσκονταν χρόνια σε εκκρεμότητα λόγω της πανδημίας.
- Δυνατότητες ανάπτυξης τηλεϊατρικής και γενικότερα ψηφιοποίησης των λειτουργιών της υγείας.
- Δυνατότητες ανάπτυξης συνεργειών μεταξύ των επιμέρους νοσοκομειακών μονάδων, έτσι ώστε να υπάρξει καλύτερος συντονισμός, αλλά και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## Απειλές

- Εντεινόμενη οικονομική αβεβαιότητα.
- Διαρκείς αποχωρήσεις ανθρώπινου δυναμικού εξαιτίας συνταξιοδότησης, αλλά και εργασιακής εξουθένωσης, χωρίς να υπάρχει αντίστοιχη αντικατάσταση αυτών.
- Νέα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της πανδημίας που βρίσκετε σε εξέλιξη, όπως για παράδειγμα είναι η διαχείριση των ασθενών long Covid-19.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Εφαρμογές ΤΠΕ στον τομέα της υγείας**

### **4.1 Εισαγωγή**

Είναι γεγονός ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, καθώς εξελίσσεται η τεχνολογία αναπτύσσονται και οι σχετικές εφαρμογές Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας στον τομέα της υγείας. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι εφαρμογές πληροφορικής στην υγεία, επικεντρώνοντας την έρευνα στο παρόν, αλλά και στο μέλλον, ενώ στη συνέχεια της εργασίας εξετάζετε ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, καθώς επίσης και η ηλεκτρονική τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, μελετώνται οι ηλεκτρονικές προμήθειες, καθώς και οι εφαρμογές της τηλεϊατρικής, αλλά και η «κινητή» υγεία.

### **4.2 Εφαρμογές πληροφορικής στην υγεία-παρόν και μέλλον**

Οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις των τελευταίων ετών σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν επηρεάσει πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ανθρώπινη ζωής. Ο τομέας της υγείας, όντας από τους πλέον σημαντικούς για τον άνθρωπο, δεν θα μπορούσε να αποτελέσει εξαίρεση (Atherton,2011). Η ανάπτυξη και η διαρκής εξέλιξη της ηλεκτρονικής υγείας, σχετίζεται με μια σειρά παραγόντων, όπως είναι η ανάγκη για μείωση του κόστους το οποίο αφορά την ιατρική περίθαλψη και τις υπηρεσίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο πληθυσμός γηράσκει, με αποτέλεσμα να απαιτούνται μεγαλύτερα κονδύλια για την παροχή ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, ένας ακόμη παράγοντας είναι η διαρκής αύξηση του καταναλωτισμού, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι ασθενείς πλέον είναι ενημερωμένοι τόσο για τις ασθένειες που αντιμετωπίζουν, όσο και για τις διαδικασίες νοσηλείας και θεραπείας ή τουλάχιστον έχουν μια καλύτερη αντίληψη σε σχέση με το παρελθόν (European Commission,2012) Επιπροσθέτως, είναι γεγονός ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών, οι καταναλωτικές αλλαγές στον τομέα της επικοινωνίας και τεχνολογιών έχουν αλλάξει ριζικά, ενώ το διαδίκτυο έχει πλέον κυριαρχήσει σε όλες σχεδόν τις ανθρώπινες δραστηριότητες (Αγγελίδης,2015). Θα πρέπει να επισημανθεί ότι χαρακτηριστικό της σύγχρονης ζωής στον αναπτυγμένο κόσμο είναι η κίνηση ανθρώπων από τη μία χώρα στην άλλη, με την τεχνολογία να έχει συμβάλει καθοριστικά στην μείωση του χρόνου ταξιδιού. Ωστόσο, δεν θα



πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι ο άνθρωπος κατά την διάρκεια του ταξιδιού του μεταφέρει μαζί του τα πιθανά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει (Tang et al.,2006).

Σύμφωνα με την προσέγγιση που γίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ηλεκτρονική υγεία (e-health) μπορεί να προσδιοριστεί ως «η συνδυασμένη χρήση τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνίας στον τομέα της υγείας» ενώ, εναλλακτικά, και πάλι από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δίνεται ο ακόλουθος ορισμός «πρόκειται για την χρήση στον τομέα της υγείας, ψηφιακών δεδομένων, τα οποία μπορούν και μεταδίδονται, αποθηκεύονται και ανακτώνται με τρόπο ηλεκτρονικό, για κλινικούς ή εκπαιδευτικούς, είτε για διαχειριστικούς σκοπούς, τόσο σε τοπικό επίπεδο, όσο και από απόσταση» (Κουμπούρος,2015). Περαιτέρω, σύμφωνα με την προσέγγιση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η ηλεκτρονική υγεία σχετίζεται με τα εργαλεία και τις υπηρεσίες, οι οποίες βασίζονται στις τεχνολογίες, πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ) και μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της διάγνωσης, της θεραπείας, της παρακολούθησης, αλλά και της διαχείρισης των περιστατικών που χρήζουν ιατρικής περίθαλψης (European Commission,2015).

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στις εφαρμογές που μπορούν να αναπτυχθούν στα πλαίσια της ηλεκτρονικής υγείας, οι οποίες αυξάνονται διαρκώς. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Khoja et al. (2008), οι πλέον σημαντικές εφαρμογές που μπορούν να αναπτυχθούν στα πλαίσια της ηλεκτρονικής υγείας είναι η τηλεϊατρική, η ηλεκτρονική εκπαίδευση, καθώς επίσης και τα πληροφοριακά συστήματα εκπαίδευσης, έννοιες που θα αναλυθούν εκτενέστερα στη συνέχεια (Khoja et al.,2008).

### **4.3 Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας**

Αναμφίβολα, κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών ο όγκος των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή έχουν παρουσιάσει σημαντική αύξηση, καθώς αυξάνονται οι ιατρικές και παρακλινικές εξετάσεις. Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος (ΗΙΦ) αποτελεί το σύστημα διαχείρισης των ιατρικών φακέλων το οποίο στηρίζεται στην λειτουργία των ηλεκτρονικών υπολογιστών (Μαντάς & Μπλέτσα,2012). Σύμφωνα με Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ., ο ιατρικός φάκελος

υγείας «είναι ένα σύστημα, το οποίο έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μπορεί να υποστηρίξει την απόλυτη διαθεσιμότητα και την ακρίβεια των ιατρικών ή άλλων πληροφοριών, προκειμένου να μπορεί να παρέχεται η ιατρική περίθαλψη» (Γκιμπερίτη,2007).

Στον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο του ασθενούς περιλαμβάνονται όλα τα δεδομένα που αφορούν τον ίδιο, την κατάσταση της υγείας του, καθώς επίσης και το πως αυτή έχει εξελιχθεί. Πιο αναλυτικά, ένας Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς, τις κλινικές εξετάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, τα οποία βρίσκονται σε μορφή κειμένου. Ακόμη, στον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο (ΗΙΦ), μπορεί να περιέχονται απεικονιστικές εξετάσεις, όπως είναι οι ακτινογραφίες, οι αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, αλλά και απλές ακτινογραφίες και υπέρηχοι. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα αρχεία αυτά βρίσκονται αποθηκευμένα υπό τη μορφή εικόνων. Περαιτέρω, μια ακόμη δυνατότητα αποθήκευσης ιατρικής πληροφορίας που αφορά τον ασθενή στον ΗΙΦ, μπορεί να είναι τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα, τα οποία έχουν τη μορφή των βιοσημάτων, όπου πρόκειται ουσιαστικά για την κωδικοποιημένη έξοδο κάποιας καταγραφικής συσκευής (Τσιριντάνη,2013). Επιπλέον, μπορεί να περιέχονται τα αποτελέσματα που προέρχονται από ενδοσκοπικές εξετάσεις, όπως είναι για παράδειγμα η γαστροσκόπηση, η κολonosκόπηση κτλ, οι οποίες βρίσκονται υπό τη μορφή βίντεο. Τέλος, μια ακόμη δυνατότητα για την ιατρική πληροφορία είναι να βρίσκεται σε μορφή ήχου (Αποστολάκης & Βαρλάμης,2016).

Σύμφωνα με το Medical Records Institute υπάρχουν πέντε επίπεδα ηλεκτρονικών φακέλων φροντίδας υγείας, τα οποία ταξινομούνται ως ακολούθως, ξεκινώντας από το πιο χαμηλό και φθάνοντας στο πιο υψηλό επίπεδο.

- Επίπεδο 1-AMR: Στο συγκεκριμένο επίπεδο το 50% των πληροφοριών προέρχεται από κάποιο τεχνολογικό σύστημα, ενώ ο ιατρικός φάκελος είναι ουσιαστικά σε χαρτί και υπάρχει μερική αυτοματοποίηση στην ιατρική τεκμηρίωση. Για παράδειγμα, αυτό γίνεται στα παραπεμπτικά, στις αναφορές των αποτελεσμάτων, στην επικοινωνία, καθώς επίσης και στην ψηφιακή καταγραφή.

- Επίπεδο 2-CMR: Στο επίπεδο 2, γίνεται ψηφιοποίηση του ιατρικού φακέλου με οπτικά μέσα, δηλαδή με την χρήση σκαναρίσματος και με την εισαγωγή ψηφιακών αρχείων. Ο ιατρικός φάκελος στην περίπτωση αυτή έχει την δομή και την όψη όπως στο χαρτί, ενώ δεν χρησιμοποιείται κάποια χρήση οπτικής αναγνώρισης χαρακτήρων (OCR-ICR), αλλά μόνο η μορφή εικόνων και κειμένων.
- Επίπεδο 3-EMR: Το επίπεδο 3 αφορά ψηφιακό ιατρικό φάκελο με διαχείριση δεδομένων, όπου υπάρχει δυνατότητα διαφορετικών όψεων του φακέλου. Επιπλέον, στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο ψηφιακός φάκελος ενσωματώνεται στη βασισμένη σε ΤΠΕ υποστήριξη της οργάνωσης των κλινικών διαδικασιών. Περαιτέρω, η παραγωγή των εγγράφων γίνεται μόνο μέσω της χρήσης Ηλεκτρονικού Υπολογιστή, ενώ χαρακτηριστικό του είναι η υποστήριξη αποφάσεων και οι διαλογικές οδηγίες. Τέλος, το επίπεδο 3 του ιατρικού φακέλου δίνει τη δυνατότητα σύνδεσης με επιχειρησιακά και διοικητικά δεδομένα.
- Επίπεδο 4-EPR: Το συγκεκριμένο επίπεδο του ηλεκτρονικού φακέλου περιέχει όλα τα δεδομένα που αφορούν την ασθένεια του ασθενή, ενώ μπορεί να καθιερωθεί περιφερειακά, δηλαδή πέρα από έναν οργανισμό, υπερβαίνοντας το πλαίσιο τεκμηρίωσης μέσα σε μια ιατρική αναφορά ή φάκελο. Επιπλέον, ο ιατρικός φάκελος υγείας στο επίπεδο 4 έχει τη δυνατότητα επέκτασης, όπως για παράδειγμα στα επίπεδα τηλεϊατρικής, είτε στα πληροφοριακά συστήματα, είτε στα δίκτυα των ερευνητικών δεδομένων.
- Επίπεδο 5-EHR: Στο επίπεδο αυτό περιέχονται όλα τα πιθανά στοιχεία που αφορούν την υγεία του ασθενούς, όπως για παράδειγμα μπορεί να είναι οι συνθήκες ευζωίας, οι διατροφικές συνήθειες και άλλες σχετικές με την υγεία πληροφορίες. Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας του επιπέδου 5 λειτουργεί πέρα από τον οργανισμό αυτό, δηλαδή τόσο σε περιφερειακό, όσο και σε εθνικό, αλλά και παγκόσμιο επίπεδο. Ο φάκελος υγείας αυτού του επιπέδου στηρίζεται στο Web, ενώ ο ίδιος ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στη δημιουργία του ηλεκτρονικού φακέλου (Blobel,2003).

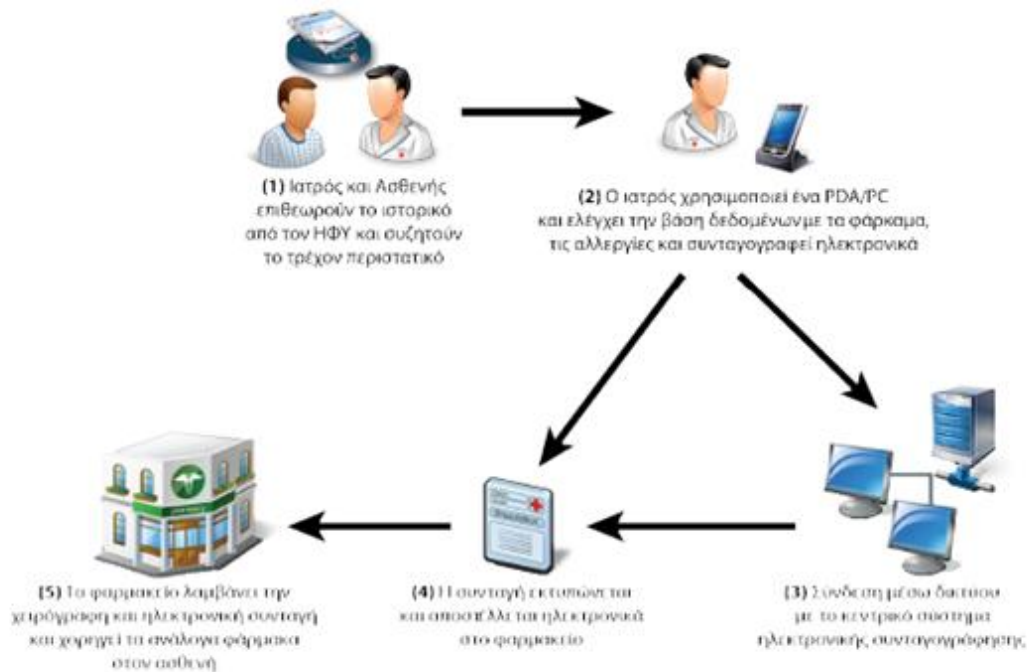
Οι χρήσεις που καλείται να εκπληρώσει ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας μπορούν να ταξινομηθούν στις βασικές και στις δευτερεύουσες. Πιο αναλυτικά, στις βασικές χρήσεις περιλαμβάνονται η άμεση φροντίδα του ασθενούς, η διαχείριση της φροντίδας αυτής, η υποστήριξη των διαδικασιών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας τους ασθενούς, καθώς επίσης και ζητήματα που άπτονται της οικονομικής και διοικητικής φύσης της παροχής φροντίδας, ενώ στις βασικές χρήσεις του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας περιλαμβάνεται και η αυτό-διαχείριση του ασθενούς. Αναφορικά με τις δευτερεύουσες χρήσεις, αυτές αφορούν την εκπαίδευση, την έρευνα, την προαγωγή και ενίσχυση της δημόσιας υγείας, την υποστήριξη στην χάραξη της πολιτικής υγείας, την διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας, καθώς επίσης και την παρακολούθηση (Κουμπούρος,2015).

#### **4.4 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση**

Αρχικά, θα πρέπει να προσδιοριστεί η έννοια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης η οποία νοείται ως «η παραγωγή, η διακίνηση και ο έλεγχος των ιατρικών εξετάσεων και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, μέσω της αξιοποίησης της τεχνολογίας της πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών, έχοντας ως σκοπό την διασφάλιση της εγκυρότητας, της ασφάλειας και της διαφάνειας των πληροφοριών που διακινούνται» (Αποστολάκης & Βαρλάμης,2016). Από την άλλη, η απλή συνταγογράφηση νοείται ως το μέσο για την εκτέλεση από τον φαρμακοποιό της εντολής που αφορά την λήψη ενός φαρμακευτικού σκευάσματος και δίνεται από τον γιατρό (Van Dijk et al.,2011). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι μια πρακτική που άρχισε να εφαρμόζεται κυρίως κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών, συνδεδεμένη με την διαρκή εξέλιξη της τεχνολογίας, αλλά και την πρόοδο στους τομείς υγείας (Αγγελίδης,2015).

Η εικόνα που ακολουθεί παρουσιάζει ένα σενάριο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

**Εικόνα 1: Σενάριο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**



Πηγή: Κουμπούρος (2015)

Όπως περιγράφεται και σχηματικά στην προηγούμενη εικόνα, η διαδικασία της συνταγογράφησης περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημεία: Την επιλογή του φαρμάκου, τον έλεγχο που γίνεται προκειμένου να διαπιστωθεί αν ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με κάποιου είδους αλλεργία, ενώ ακολουθεί ο έλεγχος που αφορά τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή παρενέργειες. Έπειτα γίνεται έλεγχος του συνταγολογίου, ενώ ακολουθεί η χειρόγραφη συνταγογράφηση και η παράδοση της συνταγής για να μπορεί ο ασθενής στη συνέχεια να την μεταφέρει στο φαρμακείο (Center for Health Transformation, 2008).

Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεσμοθετήθηκε κατόπιν του σχετικού Ν. 3892/2010, εντασσόμενη ως πρακτική στα πλαίσια μια ευρύτερης προσπάθειας που γίνονταν για την μείωση των δαπανών στον χώρο της υγείας, καθώς μέσω του τρόπου αυτού μπορούσαν να ελέγχονται οι ιατρικές συνταγές, καθώς επίσης και τα παραπεμπτικά που δίνονταν για ιατρικές πράξεις (Αποστολάκης & Βαρλάμης, 2008). Σύμφωνα με τις διατάξεις του νομοσχεδίου αυτού, οι εμπλεκόμενοι στην διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί, όπως επίσης και οι συμβεβλημένοι φορείς Κοινωνικής

Ασφάλισης. Προκειμένου να ταξινομηθούν οι νόσοι στο σύστημα συνταγογράφησης χρησιμοποιείται η διεθνής ταξινόμηση ICD-10. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο αρμόδιος φορέας για την συνταγογράφηση στην Ελλάδα είναι η «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης» - ΗΔΙΚΑ (Θηραίος,2012).

Επιπροσθέτως, στην Ελλάδα, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης γίνεται διαδικτυακά, με την πρόσβαση να επιτυγχάνεται μέσα από οποιοδήποτε πρόγραμμα πλοήγησης. Η διαδικασία της συνταγογράφησης στην ελληνική πραγματικότητα περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές φάσεις. Ειδικότερα, η πρώτη φάση περιλαμβάνει την δημιουργία μιας ηλεκτρονικής συνταγής από τον ιατρό, η οποία καταχωρείται και εν συνεχεία αποθηκεύεται στην βάση δεδομένων του κεντρικού συστήματος. Προκειμένου ο ιατρός να μπορεί να προβεί στην δημιουργία της συνταγής αυτής θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένος χρήστης στο σύστημα Ηλεκτρονικής Καταχώρησης και Εκτέλεσης Συνταγών (ΗΚΕΣ) και αρχικά θα πρέπει να ταυτοποιηθεί, εισάγοντας το όνομα και τον αριθμό χρήστη. Αφού εισέλθει στο σύστημα ο ιατρός, εισάγονται τα στοιχεία του ασθενούς, τα οποία είναι ο ΑΜΚΑ, καθώς επίσης και ο φορέας ασφάλισής του, ενώ τέλος η συνταγή εκτυπώνεται και δίνεται στον ασθενή σε έντυπη μορφή (Αποστολάκης & Βαρλμάμης,2016).

Η δεύτερη φάση αφορά την εκτέλεση της συνταγής, η οποία γίνεται στο φαρμακείο, εφόσον πρώτα πιστοποιηθεί σχετικά με την εγκυρότητά της, μέσα από το σύστημα ΗΚΕΣ. Προκειμένου να μπορεί να γίνει εκτέλεση της συνταγής, θα πρέπει και οι φαρμακοποιοί να είναι εγγεγραμμένοι και να ταυτοποιούνται κατά την είσοδο τους στο σύστημα, ενώ θα πρέπει να εισάγουν προς ανάγνωση το barcode της συνταγής. Έπειτα, για να γίνει οικονομική εκκαθάριση και να λάβουν την αμοιβή τους από τον ασφαλιστικό φορέα, επικολλούν στη συνταγή τις ταινίες γνησιότητας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Τέλος, υπάρχει στο στάδιο του ελέγχου, όπου γίνεται η εκκαθάριση της ηλεκτρονικής συνταγής από τον αρμόδιο φορέα και από τα ασφαλιστικά ταμεία (Θηραίος,2015).

## 4.5 Ηλεκτρονικές Προμήθειες

Καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται, αναπτύσσονται διαρκώς εφαρμογές σε όλους τους τομείς, όπου στους τομείς αυτούς συμπεριλαμβάνεται και ο τομέας των προμηθειών. Ειδικότερα, για τις ηλεκτρονικές προμήθειες έχουν αναπτυχθεί αρκετοί διαφορετικοί ορισμοί, καθώς πρόκειται για μια έννοια που αναπτύσσεται δυναμικά. Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία των ηλεκτρονικών προμηθειών μπορεί να προσδιοριστεί ως η χρήση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας (ΤΠΕ) για την πραγματοποίηση συναλλαγών μεταξύ επιχειρήσεων και αγοραστών και των επιχειρήσεων-προμηθευτών, σε όλα τα στάδια των προμηθειών, έτσι ώστε να υπάρξει αφενός αύξηση της αποδοτικότητας, αφετέρου δε, μείωση του κόστους. Ουσιαστικά, οι ηλεκτρονικές προμήθειες συνδέονται άμεσα με την εξέλιξη του ηλεκτρονικού εμπορίου, καθώς μέσω αυτών μπορούν οι επιχειρήσεις να δημιουργούν ηλεκτρονικές σχέσεις με τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία των προμηθειών, όπως για παράδειγμα είναι οι προμηθευτές, οι διανομείς, καθώς και οι μεσάζοντες. Επιπλέον, σύμφωνα με την προσέγγιση που γίνεται από την Παγκόσμια Τράπεζα, «οι ηλεκτρονικές προμήθειες αφορούν τη χρήση των ΤΠΕ και κυρίως του διαδικτύου από τις Κυβερνήσεις για τη διαχείριση των προμηθευτικών σχέσεων τους, έχοντας ως στόχο την απόκτηση αγαθών εργασίας και υπηρεσιών γνωμοδότησης, όπου αυτό είναι αναγκαίο».

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δημοσίων και των ιδιωτικών ηλεκτρονικών προμηθειών, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας δίνει έμφαση στην ελαχιστοποίηση του κόστους λειτουργίας, είτε στη μεγιστοποίηση των κερδών που επιτυγχάνει. Στον δημόσιο τομέα εξαιτίας του περιβάλλοντος, αλλά και της γραφειοκρατίας που επικρατεί ως σήμερα, υπάρχουν διαφορές στον τρόπο προμηθειών σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. Ο τρόπος λειτουργίας των προμηθειών στον δημόσιο τομέα γίνεται σύμφωνα με τις εθνικές, αλλά και τις διεθνείς αρχές, με τις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης να πρέπει να εναρμονίζουν το θεσμικό πλαίσιο των προμηθειών του δημοσίου με το αντίστοιχο ευρωπαϊκό πλαίσιο. Μέσω της ύπαρξης σχετικών κανόνων αποφεύγονται φαινόμενα διακρίσεων, είτε αυτές αφορούν τη γεωγραφικότητα, είτε αφορούν την υπηκοότητα του προμηθευτή. Ταυτόχρονα, μέσω της θέσπισης ενιαίων κανόνων μεταξύ των κρατών μελών που αφορούν την Ευρωπαϊκή Ένωση, επιδιώκετε να επιτευχθεί η

μέγιστη δυνατή αξία του χρήματος του φορολογούμενου, αλλά και η ανάπτυξη μιας ενιαίας αγοράς.

Η χρήση ηλεκτρονικών προμηθειών από το Κράτος έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται σημαντικά οφέλη, τα οποία αφορούν τόσο το ίδιο, όσο και τους πολίτες συνολικά. Ειδικότερα, χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικές προμήθειες επιτυγχάνετε μείωση του άμεσου, αλλά και του έμμεσου κόστους των προϊόντων ή υπηρεσιών που προμηθεύονται οι επιμέρους οργανισμοί, ενώ ταυτόχρονα, δεν θα πρέπει να παραβλέπετε το γεγονός ότι επιτυγχάνετε μεγιστοποίηση της διαφάνειας της δαπάνης των δημοσίων χρημάτων. Παράλληλα, κάνοντας χρήση των ηλεκτρονικών προμηθειών παρέχετε η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης στις πληροφορίες, έτσι ώστε να υπάρξει υποβολή προσφορών, ενώ γίνεται ταχύτερη επεξεργασία των προσφορών και μπορούν να προκύψουν ταχύτερα αποτελέσματα αναφορικά με τον ανάδοχο για την προμήθεια υπηρεσιών ή προϊόντων. Επιπροσθέτως, οι ηλεκτρονικές προμήθειες συμβάλλουν στη μείωση των φαινομένων απάτης, μέσω της ελαχιστοποίησης των κινήτρων, όπως επίσης και στην βελτίωση της ποιότητας των διαδικασιών των κρατικών προμηθειών συνολικά. Ακόμη, μέσω των ηλεκτρονικών προμηθειών επιτυγχάνετε σε μεγάλο βαθμό τυποποίηση των διαδικασιών εφοδιαστικής αλυσίδας, όπως και έγκαιρη και έγκυρη πληροφόρηση της διοίκησης, ενώ ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το γεγονός ότι μπορεί να υπάρξει εκτενής διερεύνηση του ανταγωνισμού.

Περαιτέρω, το άμεσο κόστος των προμηθειών προκύπτει μέσω της διερεύνησης του πεδίου όπου μπορούν να υπάρξουν προμηθευτές, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ορισμένες φορές, οι εν λόγω προμηθευτές μπορεί να προέρχονται ακόμη και από διαφορετική χώρα. Ακόμη, η μείωση στο άμεσο κόστος των προμηθειών προκύπτει μέσω της μείωσης του κόστους συμμετοχής των προμηθευτών, αλλά και εξαιτίας της πληρέστερης ενημέρωσής τους. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να παραβλέπετε το γεγονός ότι το κόστος περιορίζετε εξαιτίας της δυνατότητας συχνότερων επαναλήψεων των διαγωνισμών, συνεκτιμώντας το γεγονός ότι ο χρόνος προετοιμασίας και επεξεργασίας μειώνετε στο ελάχιστο. Εξαιτίας της διάχυσης πληροφοριών στο σύνολο των πιθανών εμπλεκόμενων-ενδιαφερομένων, επιτυγχάνετε ενίσχυση της διαφάνειας των διαδικασιών και έτσι αποτρέπεται η χρήση «άτυπων» πρακτικών, αλλά και δωροδοκιών.



Αντίστοιχα, περιορίζετε σημαντικά και το έμμεσος κόστος κατά την εφαρμογή των ηλεκτρονικών προμηθειών, λόγω της πληρέστερης και απλούστευσης αξιολόγησης των προσφορών. Ταυτόχρονα, μια ακόμη παράμετρος μείωσης του έμμεσου κόστους αφορά την ομαδοποίηση των προμηθευτών, η οποία μπορεί να γίνει για παράδειγμα συνεκτιμώντας τις τεχνικές προδιαγραφές, είτε τα οικονομικά στοιχεία, αλλά και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτών. Επιπλέον, άλλες παράμετροι που επηρεάζουν τη μείωση του έμμεσου κόστους είναι ο περιορισμός του διοικητικού κόστους των διαδικασιών αυτών, όπως επίσης και ο περιορισμός του χρόνου επιλογής των προμηθευτών κατά 50%. Τέλος, σημαντική θεωρείτε και η μείωση του χρόνου αίτησης πληρωμής.

Η Ελλάδα στα πλαίσια της ανάγκης εκσυγχρονισμού του συστήματος προμηθειών της, υπό το πρίσμα και του αντίστοιχου ευρωπαϊκού πλαισίου, προχώρησε στη διαμόρφωση του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου για τις ηλεκτρονικές προμήθειες. Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, το 2007 δόθηκε η δυνατότητα με το ΠΔ 60/2007 σύναψης δημοσίων συμβάσεων με τρόπο ηλεκτρονικό, ενώ στη συνέχεια, το 2011 προχώρησε η σύσταση της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Συμβάσεων και Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων. Ακολούθησαν και άλλες νομοθετικές πρωτοβουλίες, με την πλέον σημαντική να είναι ο Ν. 4412/2016, η οποία και ενσωμάτωσε στο θεσμικό πλαίσιο της χώρας την Κοινοτική Οδηγία 2014/24/ΕΕ.

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων -Ε.Σ.Η.ΔΗ.Σ., το οποίο αποτελεί ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα που αποτελείτε από ένα σύνολο διακριτών λογικών υποσυστημάτων, ολοκληρωμένα μεταξύ τους. Το σύστημα αυτό διαθέτει πλατφόρμα, μέσω της οποίας όλοι οι φορείς του δημοσίου τομέα, σταδιακά θα προβαίνουν με ηλεκτρονικό τρόπο σε διαγωνιστικές διαδικασίες δημοσίων συμβάσεων, όπου ο προϋπολογισμός αυτός θα ανέρχεται σε ποσά μεγαλύτερα από 60.000 χωρίς Φ.Π.Α.. Μέσω του συγκεκριμένου συστήματος υπάρχει δυνατότητα υποστήριξης των διαδικασιών, όπως για παράδειγμα είναι η κατάρτιση και εν συνεχεία η δημοσίευση της διακήρυξης ενός διαγωνισμού, όπως επίσης και η υποβολή προσφορών από τους ενδιαφερομένους, αλλά και η αξιολόγηση αυτών και τέλος η σύναψη της σύμβασης του διαγωνισμού. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι παρέχετε δυνατότητα παρακολούθησης της όλης διαδικασίας.

## Ηλεκτρονικές προμήθειες στην υγεία

Στον τομέα της υγείας, οι ηλεκτρονικές προμήθειες γνώρισαν άνθιση, υπό το πρίσμα της διαρκούς εξέλιξης της τεχνολογίας, επιδιώκοντας οι οργανισμοί υγείας να αποκομίσουν τα οφέλη που απορρέουν από την εφαρμογή των ηλεκτρονικών προμηθειών. Στον τομέα της υγείας, απαντώνται κατά κύριο λόγο τρεις διαφορετικές μορφές ηλεκτρονικών προμηθειών οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Ανεξάρτητες αγορές, οι οποίες και δεν έχουν επηρεαστεί ούτε από προμηθευτές, αλλά ούτε και από τα νοσοκομεία. Μέσω των αγορών αυτών επιτυγχάνετε μεγαλύτερη ουδετερότητα, ενώ δίνετε η δυνατότητα αποτελεσματικότερης σύγκρισης του προϊόντος και των τιμών.
- Sell-side αγορές, όπου έχουν εδραιωθεί άμεσα από διανομείς ή κατασκευαστές, με τις εν λόγω αγορές να έχουν τη δυνατότητα παροχής μεγάλου αριθμού προϊόντων.
- Buy-side αγορές, όπου έχουν εδραιωθεί από νοσοκομειακά ιδρύματα, είτε από νοσοκομειακούς αγοραστικούς οργανισμούς, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της Ελλάδος μπορεί να είναι οι Υγειονομικές Περιφέρειες.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι μέσω της εφαρμογής μηχανισμών ηλεκτρονικής προμήθειας, οι φορείς υγείας έχουν τη δυνατότητα να προβούν στην αναβάθμιση των ικανοτήτων επικοινωνίας, όπως επίσης και των ικανοτήτων σύγκρισης και επιλογής προϊόντων και προμηθευτών, ενώ δεν θα πρέπει να παραβλέπετε το γεγονός ότι μέσω των ηλεκτρονικών προμηθειών στις δομές υγείας περιορίζονται τα προβλήματα που αφορούν τη γραφειοκρατία, ενώ μειώνονται και τα αντίστοιχα λάθη.

Σε κάθε περίπτωση, στον τομέα της υγείας το επίπεδο της φροντίδας που λαμβάνει ο ασθενής συνδέεται άμεσα με τις προμηθευτικές διαδικασίες, καθώς μέσω αυτών μπορούν να υπάρξουν τα αγαθά, είτε οι υπηρεσίες στη διάθεση του κλινικού προσωπικού για να μπορέσει να ασκήσει τα καθήκοντά του. Μάλιστα δεν είναι λίγες οι φορές, όπου οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με κινδύνους που αφορούν την παροχή φροντίδας υγείας προς αυτούς, οι οποίοι συνδέονται άμεσα με τις προμήθειες και τις διαδικασίες αυτών. Βασική επιδίωξη ενός συστήματος ηλεκτρονικών προμηθειών στον χώρο της υγείας αποτελεί η παρακολούθηση, καθώς επίσης και ο

έλεγχος των προμηθειών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τόσο για τα νοσοκομειακά ιδρύματα, όσο και για τους ίδιους τους προμηθευτές (Καραφύλλης,2011).

#### **4.6 Εφαρμογές τηλεϊατρικής**

«Με την έννοια της τηλεϊατρικής μπορεί να νοηθεί η αξιοποίηση της Τεχνολογίας της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών προκειμένου να διευκολυνθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης στην υγεία» (Αποστολάκης & Βαρλάμης,2008). Εφαρμόζοντας εκτενώς μεθόδους της τηλεϊατρικής, δύναται να μετριαστούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα της άμεσης πρόσβασης σε μονάδες υγείας, αλλά ούτε και τη δυνατότητα παραμονής σε αυτές για μεγάλο χρονικό διάστημα (για παράδειγμα χρόνια νοσήματα). Η τηλεϊατρική βρίσκει εφαρμογής ως επί το πλείστον σε απομακρυσμένες ή σε νησιωτικές περιοχές (Sachpazidis,2008). Παρά το γεγονός ότι κυριαρχούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα η άποψη ότι η τηλεϊατρική βρίσκει χρήσεις όταν δεν υπάρχει άλλη λύση, προκειμένου να μπορέσει να θεραπευτεί, στα πλαίσια του εφικτού ο ασθενής, πλέον όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται προκειμένου να παρέχει φροντίδα στον ασθενή, ακόμα και σε καθημερινή βάση, καθώς έτσι περιορίζεται σημαντικά το κόστος για την ιατρική, αλλά και για την φαρμακευτική φροντίδα, ενώ συνάμα διατηρείται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε υψηλά επίπεδα. Όμως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι ορισμένες φορές με την χρήση της τηλεϊατρικής προκύπτουν αμφιλεγόμενες πληροφορίες, καθώς δεν υπάρχει πάντοτε ο κατάλληλος γιατρός για να είναι σε θέση να αξιολογήσει το αν οι πληροφορίες που έλαβε μπορούν να εναρμονιστούν με τον εκάστοτε ασθενή (Glinkowski,2006).

Ξεχωριστή αναφορά θα πρέπει να γίνει στις ηλεκτρονικές διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι πολίτες εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης ταξιδεύουν ή εργάζονται σε κάποιο άλλο κράτος μέλος, κάτι που αφορά σε μεγάλο βαθμό και την Ελλάδα, τόσο στα πλαίσια των τουριστών, όσο και υπό το πρίσμα των ψηφιακών νομάδων, οι οποίοι έχουν προκύψει στα πλαίσια της πρόσφατης πανδημίας που βρίσκετε ακόμη σε εξέλιξη. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αντιλαμβανόμενη την αναγκαιότητα αυτή για κινητικότητα των πολιτών, σε συνδυασμό με την πρόοδο των ψηφιακών υπηρεσιών προχώρησε στην ανάπτυξη

συντονισμένων πολιτικών υγείας, επιδιώκοντας τη διαμόρφωση περισσότερο διαλειτουργικών συστημάτων. Η σχετική Οδηγία της Ε.Ε. 24/2011 αναφορικά με τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, αποτέλεσε και τη βάση για την ανάληψη περαιτέρω πρωτοβουλιών. Πιο αναλυτικά, οι πρωτοβουλίες αυτές αφορούσαν την προώθηση της συνεργασίας, καθώς επίσης και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κρατών μελών, έτσι ώστε να μπορέσουν να αναπτυχθούν βιώσιμα συστήματα, αλλά και υπηρεσίες ηλεκτρονικές υγείας, ενώ έμφαση δόθηκε και στην παροχή διαλειτουργικών εφαρμογών σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ακόμη, επιδιώχθηκε να υπάρξει διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας των ευρωπαίων πολιτών, πέρα από τα σύνορα.

Πλέον, σε όλα τα κράτη μέλη εισάγονται προοδευτικά νέες υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, μια τέτοια υπηρεσία είναι το e-Prescription, δηλαδή ουσιαστικά η εκτέλεση ιατρικών συνταγών σε οποιαδήποτε χώρα και αν βρίσκονται και έτσι έχουν τη δυνατότητα οι πολίτες να προμηθεύονται τα φάρμακά τους οπουδήποτε βρίσκονται ή ταξιδεύουν. Παράλληλα, μέσω της υποδομής αυτής, η χώρα από την οποία έχει εκδοθεί η συνταγή λαμβάνει ενημέρωση για την εκτέλεση αυτής σε κάποια άλλη χώρα. Ακόμη, σημαντική και ενδιαφέρουσα εφαρμογή είναι το Patient Summary ή συνοπτικό ιστορικό ασθενούς, το οποίο και περιλαμβάνει πληροφορίες για την υγεία του πολίτη. Ορισμένες τέτοιες πληροφορίες μπορεί να αφορούν πιθανές αλλεργίες, όπως επίσης και την υφιστάμενη χρήση φαρμάκων από τον ασθενή, είτε προηγούμενες ασθένειες και την έκβαση αυτών, αλλά και χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες έχει πιθανό υποβληθεί ο ασθενής. Ουσιαστικά, μέσω της παροχής των πληροφοριών αυτών, οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να ενημερώνονται στη γλώσσα τους για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, χωρίς να υπάρχουν σχετικά γλωσσικά, καθώς και άλλα εμπόδια επικοινωνίας. Κατά κάποιο τρόπο, η εφαρμογή αυτή αποτελεί τη βάση της πλήρους εφαρμογής και λειτουργίας του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας μεταξύ των κρατών μελών, η οποία και αναμένετε να ολοκληρωθεί κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών.

Στην περίπτωση της Ελλάδος, θα μπορούσαν να εφαρμοστούν καλές πρακτικές πάνω πάνω στα συστήματα ηλεκτρονικής ιατρικής, τα οποία έχουν αναπτυχθεί ήδη σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εφαρμόζονται με σχετική επιτυχία. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας αναφέρετε το παράδειγμα της Κύπρου, αλλά και το παράδειγμα της Φιλανδίας.

## Η περίπτωση της Κύπρου

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Κύπρος αποσκοπεί έως και το τρέχον έτος (2022) να προβεί στην ολοκλήρωση των πληροφοριακών συστημάτων, τα οποία συνδέονται με την ηλεκτρονική ιατρική, καθώς και με την κοινωνική φροντίδα. Στα πλαίσια αυτά έχει ήδη ολοκληρωθεί η ανάπτυξη και πλήρης λειτουργία του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (ΟΠΣΥ) των νοσοκομείων Λευκωσίας και Αμμοχώστου, μέσω του οποίου παρέχονται όλες οι απαιτούμενες υπηρεσίες για την εγκατάσταση, παραμετροποίηση, διασύνδεση, αλλά και υποστήριξη της λειτουργίας του συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, το εν λόγω έργο περιελάμβανε Πληροφοριακό Σύστημα των Νοσοκομείων, το οποίο αποτελείται από επιμέρους υποσύστημα που είναι τα εξής:

- Υποσύστημα διαχείρισης νοσηλείας ασθενών.
- Υποσύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και παραπεμπτικών εργαστηριακών εξετάσεων.
- Υποσύστημα πλήρους ιατρικού φακέλου ασθενούς.

Επιπλέον, στο έργο αυτό συγκαταλέγονταν το Πληροφοριακό Σύστημα Μηχανογράφησης των Βιοπαθολογικών και Απεικονιστικών Εργαστηρίων, αλλά και Εξειδικευμένο Υποσύστημα Διαχείρισης «Εξυπνων» καρτών υγείας. Εξίσου σημαντικό θεωρείται και το γεγονός ότι στα πλαίσια του συγκεκριμένου έργου δόθηκε η δυνατότητα στους πολίτες να μπορούν να κλείνουν ραντεβού μέσω portal (e-appointments). Ακόμη, στην περίπτωση της Κύπρου έχουν ολοκληρωθεί έργα διασυνδέσεων με τρίτα συστήματα, δίνοντας έμφαση στην ικανοποίηση της διαλειτουργικότητας με άλλα πληροφοριακά συστήματα, όπως για παράδειγμα τα συστήματα ERP των νοσοκομείων της Κύπρου, ενώ πέρα από την υλοποίηση των επιμέρους δράσεων έχει πραγματοποιηθεί εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων, αλλά και των διαφόρων φορέων υγείας σε λειτουργίες καθώς και σε επιμέρους υπηρεσίες που προσφέρουν τα συστήματα αυτά (PROOPSIS Consulting S.A.,2020).

## Η περίπτωση της Φιλανδίας

Η Φιλανδία καθώς αντιμετωπίζει ποικίλες γεωμορφολογικές προκλήσεις, αλλά και ειδικές καιρικές συνθήκες, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, έχει

προβεί στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων τηλεϊατρικής, έτσι ώστε να μπορεί να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες προς τους ασθενείς, καθώς επίσης και παρακολούθηση, θεραπεία, αλλά και τις κατάλληλες κλινικές αποφάσεις. Μάλιστα οι εφαρμογές αυτές τηλεϊατρικής δεν περιορίζονται μόνο στον δημόσιο τομέα, αλλά αφορούν και τους ιδιωτικούς παρόχους, όπως και τους ιδιώτες επαγγελματίες. Οι πάροχοι των υπηρεσιών τηλεϊατρικής διαθέτουν πρόσβαση σε κατάλληλους χώρους, όπως επίσης και σε αντίστοιχο εξοπλισμό που απαιτείτε, αλλά και σε ανθρώπινο δυναμικό για να μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με ασφάλεια και αξιοπιστία προς τους ασθενείς. Εξίσου σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι πρόσφατα αναπτύχθηκε το εθνικό ηλεκτρονικό αρχείο των κατοίκων της Φιλανδίας, το οποίο είναι προσβάσιμο σε εθνικό επίπεδο, διευκολύνοντας την πρόσβαση στα αρχεία των ασθενών, αλλά και την παροχή άμεσης φροντίδας προς αυτούς. Ακόμη, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, υπήρξε αναβάθμιση του έργου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έτσι ώστε να ενισχυθεί η ασφάλεια των φαρμάκων, αλλά και να αποφευχθεί η πλαστογραφία συνταγών, ενώ έμφαση δόθηκε επίσης στην πρόληψη της απειλής της ζωής των ασθενών (PROOPSIS Consulting S.A.,2020).

#### Εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας στην Ελλάδα

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, η Ελλάδα ακολουθώντας άλλες χώρες, αλλά και την ίδια την εξέλιξη της τεχνολογίας, καθώς και τις ανάγκες των πολιτών της, προχώρησε στην ανάπτυξη ορισμένων πρωτοβουλιών ηλεκτρονικής υγείας, ορισμένες εκ των οποίων αναπτύχθηκαν κατόπιν σχετικής δημόσιας πρωτοβουλίας, ενώ άλλες αναπτύχθηκαν από τον ιδιωτικό τομέα, είτε πιλοτικά, είτε στα πλαίσια της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης αυτών. Προς την κατεύθυνση όμως της περαιτέρω ανάπτυξης των εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι εθνικές πολιτικές-στρατηγικές που αναπτύσσονται, όπως είναι η «Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020». Σύμφωνα με τη στρατηγική αυτή προβλέπεται να υπάρξει υποστήριξη της διαλειτουργικότητας όλων των συστημάτων που αναπτύσσονται, ενώ περιλαμβάνει την ηλεκτρονική διακυβέρνηση, τον έλεγχο, καθώς και την υποστήριξη της ανάπτυξης και λειτουργίας της ηλεκτρονικής ιατρικής. Ακόμη, η εν λόγω στρατηγική αναφέρετε στη δημιουργία κεντρικού σημείου αναφορά για e-health platform, όπου στο πρώτο στάδιο προβλέπονταν κωδικοποίησης, μελέτη προτύπων και σύνθεση

ηλεκτρονικού μητρώου Υπουργείου Υγείας, ενώ το δεύτερο στάδιο περιελάμβανε ΟΠΣΥ-Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

#### Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.)

Είναι γεγονός ότι στην περίπτωση της Ελλάδος, όπως και σε άλλες χώρες για να μπορέσει να πετύχει αποτελεσματική λειτουργία το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα πρέπει να υπάρξει υποστήριξη των δομών του Εθνικού Δικτύου Υγείας, όπου στο επίκεντρο θα βρίσκετε ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας. Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας περιλαμβάνει πληροφορίες για τους πολίτες αναφορικά με το συνοπτικό ιστορικό της υγείας τους, με τη διάρθρωση του «φακέλου» αυτού να είναι συγκεκριμένη, σύμφωνα με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά πρότυπα. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στον ΑΗΦΥ καταχωρούνται από τον οικογενειακό ιατρό, είτε από το ιατρικό προσωπικό της μονάδας υγείας στην οποία και νοσηλεύετε ο ασθενής. Σε κάθε περίπτωση, οι οικογενειακοί, αλλά και οι υπόλοιποι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να προβαίνουν στην ενημέρωση των στοιχείων των ιατρικών φακέλων, με όλες τις αναγκαίες πληροφορίες που σχετίζονται με την παρακολούθηση, την θεραπεία, καθώς και την αποκατάσταση των ασθενών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα δεδομένα του ΑΗΦΥ αποτελούν ιδιοκτησία του κάθε πολίτη και τηρούνται με ασφάλεια, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την ισχύουσα νομοθεσία που αφορά την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Αναφορικά με την πρόσβαση στις πληροφορίες αυτές, μπορεί να εισέρχεται ο ίδιος ο πολίτης, καθώς επίσης και ο οικογενειακός ιατρός του, αλλά και ο θεράπων επαγγελματίας υγείας, τόσο κατά την νοσηλεία του, όσο και κατά την επίσκεψη που πραγματοποιεί ο πολίτης σε δημόσια, είτε σε ιδιωτική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ΗΔΙΚΑ, λαμβάνοντας υπόψη τα διεθνή πρότυπα, τις σχετικές Οδηγίες, αλλά και τους Κανονισμούς που έχουν τεθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση, προβαίνει στον σχεδιασμό, αλλά και στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης πλατφόρμας ηλεκτρονικής υγείας, η οποία θα αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας, όπως επίσης και για τους ίδιους τους ασθενείς-πολίτες, με το σύστημα αυτό να παρέχει έγκυρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση, αξιοποιώντας αξιόπιστα δεδομένα. Το έργο αυτό υποδιαιρείτε σε δύο

φάσεις, όπου η πρώτη φάση αφορά την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ουσιαστικά συνδέετε με δράσεις που έλαβαν χώρα κατά το παρελθόν, ενώ η δεύτερη φάση ανάπτυξης έχει ως χρονικό ορίζοντα την ολοκλήρωση του έργου, εκτιμώντας ότι αυτό θα συμβεί εντός του 2022.

Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζετε η λειτουργία του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας.

Σχήμα 1: Λειτουργία ΑΗΦΥ<sup>2</sup>



Πιο συγκεκριμένα, σε πλήρη ανάπτυξη του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, οι λειτουργίες του αναμένετε να είναι οι ακόλουθες (PROOPSIS Consulting S.A.,2020a):

- Συστηματική συλλογή του ιστορικού, αλλά και της κατάστασης της υγείας ενός ασθενούς-πολίτη: Ουσιαστικά, το ιστορικό του ασθενούς δημιουργείτε από έναν ιατρό, είτε από μια μονάδα υγείας, είτε από κάποιον άλλο που είναι επαγγελματίας στην παροχή φροντίδα υγείας.

<sup>2</sup> PROOPSIS Consulting S.A. (2020a). *Promoting social inclusion, combating poverty and discrimination "e-Social Health Care (e-SOHECA)"*- Πακέτο Εργασίας WP3: «Καταγραφή διεθνών τάσεων και Υιοθέτηση Κοινών πρακτικών»-Παραδοτέο D3.1.4: «Προτάσεις που θα βοηθήσουν στην καθιέρωση κοινών πρακτικών στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία σχετικά με την ηλεκτρονική κοινωνική φροντίδα υγείας».



- Διαχρονική ηλεκτρονική καταγραφή των πληροφοριών που αφορούν την υγεία του ασθενούς: Μέσω της διαχρονικής αυτής καταγραφής των πληροφοριών για την υγεία του ασθενούς, λαμβάνονται ιατρικές, αλλά και κλινικές επαφές του ασθενή.
- Υποστήριξη των δραστηριοτήτων, οι οποίες συνδέονται άμεσα, είτε έμμεσα με την παροχή φροντίδας υγείας, καθώς επίσης και με την τεκμηριωμένη υποστήριξη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Παράλληλα, προβλέπεται η παροχή υποστήριξης στη διαχείριση της ποιότητας, όπως και στην αναφορά των αποτελεσμάτων.
- Παροχή πληροφοριών, που είναι διοικητικής, οικονομικής, αλλά και στατιστικής φύσεως, ενώ παράλληλα μπορεί να παρέχονται πληροφορίες που συνδέονται με τον ποιοτικό έλεγχο.
- Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, θεωρείται ενιαίος για όλες τις υπηρεσίες του ΕΣΥ και συνιστά αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι πληροφορίες που αποτυπώνονται στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, το οικογενειακό/κληρονομικό ιστορικό του ασθενούς συμπληρώνεται κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης του, ενώ περιοδικά ανανεώνεται. Ειδικότερα, όσον αφορά τις παθήσεις γονέων περιλαμβάνονται πληροφορίες που αφορούν στεφανιαία νόσο, είτε πληροφορίες σχετικά με κάποια νεοπλασία, ενώ μπορεί να προσδιοριστούν και άλλες παθήσεις. Σε επίπεδο ατομικού ιστορικού, περιλαμβάνονται πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή όπως είναι τα σωματομετρικά στοιχεία, καθώς επίσης και οι κοινωνικές συνήθειες, αλλά και νοσήματα και μείζονες παράγοντες κινδύνου. Παράλληλα, περιλαμβάνονται στοιχεία που αφορούν τις τυχόν εισαγωγές σε νοσοκομεία, καθώς και χειρουργικές επεμβάσεις, εφόσον αυτές έχουν πραγματοποιηθεί. Ακόμη, σημειώνονται βασικά στοιχεία που αφορούν την επίσκεψη του ασθενούς, όπως αιτία επίσκεψης, καθώς επίσης και η παρούσα κατάσταση της υγείας, αλλά και διάγνωση κατά την επίσκεψη.

Τέλος, θα πρέπει να γίνει αναφορά στα οφέλη που δημιουργούνται στην περίπτωση της εφαρμογής του Ηλεκτρονικού Φάκελου Υγείας στην Ελλάδα, τα οποία αφορούν τόσο το σύστημα υγείας, όσο και τον γιατρό, αλλά και τον ίδιο τον

ασθενή. Πιο αναλυτικά, για το σύστημα υγείας επιτυγχάνετε βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και έτσι μπορεί και επιτυγχάνετε αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη φροντίδα υγείας του ασθενούς. Επιπλέον, μέσω της οργάνωσης των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή, αποφεύγονται οι περιττές εξετάσεις και η επανάληψη αυτών, όπως επίσης και η εκ νέου εκτέλεση συνταγών. Επιπροσθέτως, μέσω της εφαρμογής αυτής μπορεί να υπάρξει καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας, τόσο σε επίπεδο ιατρικού προσωπικού, όσο και σε επίπεδο νοσηλευτών, αλλά και διοικητικού προσωπικού. Εξίσου σημαντικό μπορεί να θεωρηθεί και το γεγονός ότι για το σύστημα υγείας επιτυγχάνετε καλύτερη αξιοποίηση των φυσικών πόρων, όπως είναι για παράδειγμα οι εγκαταστάσεις, αλλά και οι προμήθειες. Τέλος, άλλα οφέλη που δημιουργούνται για το ίδιο το σύστημα υγείας μπορεί να αφορούν τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία έχει ήδη περισταλεί σημαντικά από το 2010 όπου η χώρα προχώρησε στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ενώ κομβικής σημασίας για την εποχή της πληροφορίας θεωρείται και το γεγονός ότι μέσω του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας μπορούν να διασφαλιστούν αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία τα οποία συνδέονται με τη λειτουργία του συστήματος φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης.

Αναφορικά με τα οφέλη που απορρέουν για τους ίδιους τους ιατρούς, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας μπορεί να συμβάλλει στην ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιο αναλυτικά, ο ιατρός είναι σε θέση μέσω της χρήσης του ηλεκτρονικού φακέλου να καταγράφει τις αναγκαίες πληροφορίες που αφορούν την υγεία του ασθενούς, παρέχοντας έτσι εξατομικευμένη ιατρική, ενώ παράλληλα προσφέρετε φαρμακευτική παρακολούθηση του ασθενούς. Από τα πλέον σημαντικά οφέλη για τον ίδιο τον ιατρό είναι το γεγονός ότι μπορεί και προβαίνει στη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας, συνεκτιμώντας τη συν-νοσηρότητα, όπως επίσης και το κοινωνικό προφίλ που χαρακτηρίζει τον ασθενή, ενώ δεν θα πρέπει να παραβλέπετε το γεγονός ότι μέσω του ΑΗΦΥ μπορεί και διευκολύνετε η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων των ασθενών. Τέλος, ο ιατρός έχει τη δυνατότητα, είτε μεμονωμένα, είτε κατόπιν σχετικών συνεργασιών να χρησιμοποιήσει τα στοιχεία που υπάρχουν διαθέσιμα στους ΑΗΦΥ των ασθενών, σε ανωνυμοποιημένη μορφή, έτι ώστε να προχωρήσει η κλινική έρευνα, αλλά και για να μπορέσουν να διεξαχθούν επιδημιολογικές μελέτες.

Αντίστοιχα, σημαντικά είναι και τα οφέλη που δημιουργούνται για τον πολίτη/ασθενή από τη χρήση του ΑΗΦΥ. Ειδικότερα, οι ασθενείς μέσω του ΑΗΦΥ είναι σε θέση να απολαμβάνουν αποτελεσματικότερη φροντίδα υγείας, όπως επίσης μπορούν να πετυχαίνουν βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επιπροσθέτως, ο ασθενής μπορεί να λαμβάνει υπηρεσίες που θεωρούνται προστιθέμενης αξίας, όπως για παράδειγμα είναι υπενθυμίσεις για προγραμματισμένες επισκέψεις, είτε για τακτικές εξετάσεις, είτε για να προβεί στην πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων. Τέλος, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει έγκυρη ενημέρωση και πληροφόρηση σχετικά με τα δεδομένα που αφορούν την υγεία του.

#### **4.7 «Κινητή» Υγεία**

Αρχικά θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έννοια της «κινητής» υγείας αφορά τις αναδυόμενες τεχνολογίες κινητών επικοινωνιών και δικτύων που χρησιμοποιούνται για την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών. Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, η «κινητή» υγεία μπορεί να προσδιοριστεί ως η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω συσκευών κινητής επικοινωνίας. Ουσιαστικά, ο χρήστης των εφαρμογών αυτών έχει τη δυνατότητα να «κατεβάσει» τις εφαρμογές αυτές στην «έξυπνη» συσκευή του, όπως είναι για παράδειγμα τα smartphone, τα laptop, αλλά και τα tablet από τις ηλεκτρονικές πλατφόρμες iTunes AppStore και Google Play Store. Ακόμη, ο χρήστης έχει τη δυνατότητα να μεταφέρει τα δεδομένα αυτά κάνοντας χρήση ασύρματης τεχνολογίας στον θεράποντα ιατρό και εν συνεχεία να λάβει τις σχετικές ιατρικές συμβουλές.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η «κινητή» υγεία μπορεί να προσδιοριστεί ως η «πρακτική ιατρικής και δημόσιας υγείας, η οποία στηρίζεται σε κινητές συσκευές, όπως είναι τα κινητά τηλέφωνα, οι συσκευές παρακολούθησης ασθενών, καθώς επίσης και οι ψηφιακοί βοηθοί, όπως και άλλες ασύρματες συσκευές». Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όπως επίσης και τα κράτη μέλη, στα οποία συμπεριλαμβάνετε και η Ελλάδα, καθώς έχουν αναγνωρίσει τις δυνατότητες, αλλά και τα ζητήματα που απορρέουν από την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας, αλλά και της «κινητής» υγεία έχουν προβεί στη λήψη σχετικών πρωτοβουλιών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 2014, η Ευρωπαϊκή Ένωση προχώρησε στη δημοσίευση της Πράσινης Βίβλου για την κινητή υγεία, ενώ παράλληλα ξεκίνησε η διαδικασία

της δημόσιας διαβούλευσης για την ανάδειξη των εμποδίων, αλλά και των προβλημάτων που συνδέονται με την «κινητή» υγεία. Ακόμη, πέρα από την Πράσινη Βίβλο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προέβη στη δημοσίευση σχετικού κειμένου εργασίας, το οποίο αφορά το νομικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις εφαρμογές ευζωίας, προσφέροντας ουσιαστικά νομική καθοδήγηση προς τους κατασκευαστές εφαρμογών και ιατροτεχνολογικών προϊόντων, όπως επίσης και προς τις πλατφόρμες ψηφιακής διανομής (Υπουργείο Υγείας,2018).

Ξεχωριστό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι εφαρμογές της «κινητής» υγείας στα χρόνια νοσήματα, καθώς διευκολύνουν τόσο τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και το σύστημα υγείας, εξοικονομώντας πόρους, αλλά και βελτιώνοντας την ποιότητα υγείας των ασθενών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές εφαρμογές «κινητής» υγείας έχουν αναπτυχθεί, έτσι ώστε να χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες υγείας, με τις εφαρμογές αυτές να χαρακτηρίζονται από έντονη πολυπλοκότητα, λαμβάνοντας υπόψη ότι απευθύνονται σε άτομα που διαθέτουν τις κατάλληλες ιατρικές γνώσεις (Σπυριδάκη κ.α.,2019).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Επανασχεδιασμός νοσοκομειακού χάρτη**

### **5.1 Εισαγωγή**

Το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται στον επανασχεδιασμό του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας. Ειδικότερα, μελετώνται οι διαδικασίες επανασχεδιασμού που λαμβάνουν χώρα στα συστήματα υγείας, ενώ στη συνέχεια διατυπώνονται οι στόχοι και γίνεται διασύνδεση αυτών με τις στρατηγικές επιλογές. Εν συνεχεία, εξετάζεται η συγκρότηση δικτύων νοσοκομειακών μονάδων, η σταδιακή αναμόρφωση αυτών, ενώ έμφαση δίνεται στη διασφάλιση ποιότητας.

### **5.2 Διαδικασίες επανασχεδιασμού**

Προκειμένου να μπορέσει να ολοκληρωθεί η διαδικασία επανασχεδιασμού σε μια δομή υγείας, θα πρέπει να ακολουθηθούν συγκεκριμένες διαδικασίες και ενέργειες από το σύνολο των εμπλεκόμενων, έτσι ώστε ο επανασχεδιασμός αυτός να είναι όσο τον δυνατόν πιο αποτελεσματικός. Ειδικότερα, οι βασικότερες παράμετροι που θα πρέπει να μελετηθούν κατά τη διαδικασία επανασχεδιασμού είναι οι ακόλουθοι:

- Σαφής οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των επιμέρους οργανισμών που συνθέτουν τις δομές υγείας.
- Ελαχιστοποίηση των επιπέδων ιεραρχίας, έτσι ώστε να ενισχυθεί η ευελιξία, καθώς και να περιοριστούν προβλήματα που συνδέονται με την γραφειοκρατία.
- Ανάπτυξη των πλέον κατάλληλων μηχανισμών οι οποίοι αποσκοπούν στη συνεργασία, αλλά και στον συντονισμό των επιμέρους υπηρεσιών και νοσοκομειακών ιδρυμάτων.
- Συντονισμός και επίτευξη συμπληρωματικότητας μεταξύ των επιμέρους δομών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τα γεωγραφικά κριτήρια, αλλά και τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Για να μπορέσει να προχωρήσει η διαδικασία της αναδιοργάνωσης των δομών υγείας, θα πρέπει να γίνει σε πρώτη φάση αξιολόγηση της λειτουργίας αυτών, τόσο

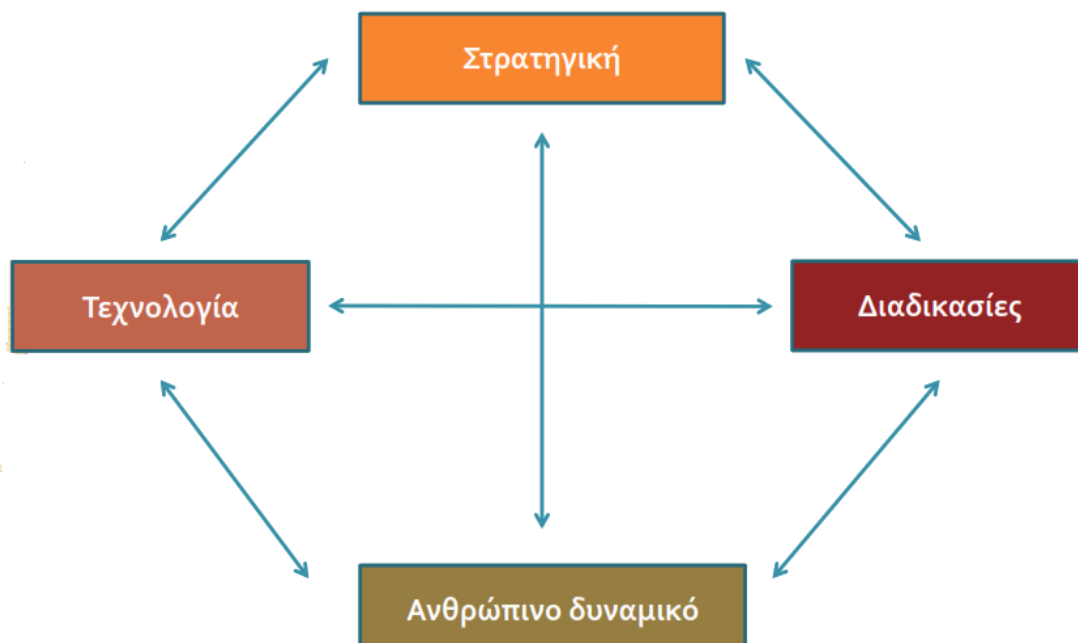
σε λειτουργικό επίπεδο, όσο και σε οργανωτικό και οικονομικό επίπεδο. Ουσιαστικά, η εν λόγω αξιολόγηση επικεντρώνεται στην αποδοτικότητα, στην ποιότητα, καθώς και στην αποτελεσματικότητα. Η αποδοτικότητα συνδέεται άμεσα με το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας ανά μονάδα υπηρεσίας, όπως επίσης και με τον αριθμό των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αλλά και με τον χρόνο παροχής των υπηρεσιών, ο οποίος θεωρείται και ιδιαίτερα κρίσιμος παράγοντας λαμβάνοντας υπόψη τον επείγον χαρακτήρα της υγείας. Σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πρέπει να αξιολογηθεί ο βαθμός επίτευξης-συμμόρφωσης των ποιοτικών προτύπων που έχουν τεθεί στις υπηρεσίες υγείας, ενώ θα πρέπει να λαμβάνετε υπόψη και το επίπεδο ικανοποίησης των ωφελούμενων. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, κατά την αξιολόγηση θα πρέπει να διαπιστωθεί ο βαθμός επίτευξης των στόχων που έχουν τεθεί, αλλά και το ποσοστό επίλυσης του προβλήματος που βρίσκετε προς επίτευξη.

Σε κάθε περίπτωση, για την αποτελεσματική αξιολόγηση των επιμέρους δομών υγείας, θα πρέπει να υπάρχουν τόσο ποιοτικά, όσο και ποσοτικά δεδομένα. Πιο αναλυτικά, σχετικά με τα ποσοτικά δεδομένα, αυτά μπορούν να προκύψουν είτε από την πραγματοποίηση σχετικών ερευνών, όπως για παράδειγμα είναι οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που έχουν λάβει, είτε μπορεί τα δεδομένα αυτά να προέρχονται από τα επιμέρους πληροφοριακά συστήματα, εφόσον αυτά υπάρχουν και παράγουν σύγχρονα αποτελέσματα. Σχετικά με τα ποιοτικά δεδομένα, θα μπορούσαν να προκύψουν μέσω συνεντεύξεων με επιτελικά στελέχη των δομών υγείας, όπως επίσης και με τους ιατρούς, αλλά και με το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς μέσω της μελέτης των απόψεών τους, διαπιστώνονται τα πιθανά προβλήματα, αλλά και τα επιμέρους θετικά στοιχεία που αφορούν την κάθε μονάδα υγείας (Magoulios & Pretsios,2015).

Επιπρόσθετα, κατά την αξιολόγηση των δομών υγείας θα πρέπει να δοθεί έμφαση στις ανάγκες που υπάρχουν σε ανθρώπινο δυναμικό και στον βαθμό κάλυψης των αναγκών αυτών. Αντίστοιχα, στα πλαίσια της οργανωτικής δομής θα πρέπει να εξετάζετε η άσκηση των αρμοδιοτήτων, όπως επίσης και η επικοινωνία, αλλά και ο συντονισμός μεταξύ των οργανωτικών μονάδων. Ακόμη, θα πρέπει να δίνετε έμφαση στην παρακολούθηση εκροών και αποτελεσμάτων. Αναμφίβολα, ο κάθε οργανισμός υγείας μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα, δυσλειτουργίες, αλλά και χαμηλή αποτελεσματικότητα για μια σειρά από λόγους. Σε κάθε περίπτωση η αλλαγή στη

δομή ενός οργανισμού θα πρέπει να γίνει στο τέλος, αφού πρώτα έχουν εξεταστεί οι άλλοι παράμετροι που επιδρούν στη λειτουργία του. Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζετε η στρατηγική απλούστευσης διαδικασιών και υπηρεσιών εντός των δομών υγείας (Πλυμάκης,2017α).

Σχήμα 2: Στρατηγική απλούστευσης λειτουργιών και υπηρεσιών εντός των δομών υγείας<sup>3</sup>



Πέρα από τις διαδικασίες επανασχεδιασμού θα πρέπει να υπάρξει μια σύντομη αναφορά στην υφιστάμενη κατάσταση που χαρακτηρίζει τον νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, το 65% των συνολικών κλινών των νοσοκομείων ανήκουν στον δημόσιο τομέα, ενώ αντίστοιχα το 35% ανήκει στον ιδιωτικό τομέα. Αναφορικά με τις ιδιωτικές κλίνες, θα πρέπει να σημειωθεί ότι πρόκειται κυρίως για μικρές ή μεσαίες κλινικές, ορισμένες εκ των οποίων είναι γενικές, είτε μαιευτικές/γυναικολογικές, αλλά και ψυχιατρικές. Ακόμη, οι κλινικές αυτές διαθέτουν κατά κύριο λόγο λιγότερες από εκατό κλίνες, ενώ εξυπηρετούν χαμηλό αριθμό ασθενών, έχοντας συνάμα χαμηλά ποσοστά στελέχωσης ανά τύπο προσωπικού. Αναφορικά με τα νοσοκομεία, θα πρέπει να σημειωθεί ότι συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ και προσφέρουν υπηρεσίες που χαρακτηρίζονται ως μέτριας ποιότητας προς τους ασφαλισμένους (Economou et al.,2017).

<sup>3</sup> Πλυμάκης, Σ. (2017). *Εργαλεία αξιολόγησης της επιχειρησιακής λειτουργίας των ΟΤΑ*. Κόρινθος : Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Περαιτέρω, θα πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει μια δεύτερη κατηγορία ιδιωτικών κλινικών, όπου πρόκειται για μικρό αριθμό αυτών, οι οποίες διαθέτουν υψηλή φήμη και έχουν χωρητικότητα 150-400 κλίνες, με τις δομές αυτές να βρίσκονται κατά κύριο λόγο στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη. Χαρακτηριστικό αυτών αποτελούν οι υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, ενώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι εξυπηρετούν ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση (Kondilis et al.,2011). Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι περίπου το 43% των νοσοκομειακών κλινών βρίσκεται στην Αττική, με τις κλίνες αυτές να καλύπτουν περίπου το 35% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Αντίστοιχα, η περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας, στην οποία υπάγεται και η Θεσσαλονίκη διαθέτει περίπου το 18% του συνολικού αριθμού των νοσοκομειακών κλινών.

Κατά τη διάρκεια της βαθιάς οικονομικής κρίσης, όπου η χώρα κλήθηκε να εφαρμόσει αυστηρά μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής, προτάθηκε αναδιάρθρωση των νοσοκομείων, έτσι ώστε να μπορέσουν να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, όπως επίσης και βέλτιστη κατανομή των πόρων, αλλά και ευρύτερα αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος. Το 2011 υπήρξε δημόσια διαβούλευση μεταξύ των περιφερειακών υγειονομικών διοικήσεων, όπου συμμετείχε το σύνολο των εμπλεκόμενων μερών και τον Ιούλιο του ίδιου έτους ανακοινώθηκε το σχετικό προτεινόμενο σχέδιο. Στα πλαίσια της πρότασης αυτής προβλέπονταν μεταφορά πέντε νοσοκομείων που ανήκαν στο ΙΚΑ στο ΕΣΥ, όπου τα νοσοκομεία αυτά θα λειτουργούσαν ως παραρτήματα των νοσοκομείων. Παράλληλα, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης αυτής, ο συνολικός αριθμός των κλινών του ΕΣΥ ανέρχονταν πλέον σε 30.157, ενώ ο αριθμός των ιατρικών τμημάτων και μονάδων περιορίστηκε κατά 600. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο γεγονός ότι υπήρξαν αλλαγές στη χρήση οκτώ μικρών νοσοκομειακών μονάδων, οι οποίες και μετατράπηκαν σε αστικά κέντρα υγείας, σε μονάδες υποστήριξης και ανακουφιστικής φροντίδας, όπως επίσης και σε βραχυχρόνιες μονάδες νοσηλείας και αποκατάστασης (Nikolentzos et al.,2015).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα θεωρείται έντονα συγκεντρωμένο γύρω από τα νοσοκομεία, όπου έχουν τη χαμηλότερη μέση διάρκεια παραμονής, έναντι των κρατών μελών της Ε.Ε., ενώ αντίστοιχα η πληρότητα κλινών κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Xenos et al.,2017). Περαιτέρω, τα νοσοκομεία βρίσκονται αντιμέτωπα με



προβλήματα διαχείρισης, όπως για παράδειγμα είναι η απουσία κατευθυντήριων κλινικών γραμμάτων, αλλά και η υποκειμενική λήψη ιατρικών αποφάσεων από τους ιατρούς. Ορισμένες δε φορές, διαπιστώνετε υψηλή χρήση των υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής φροντίδας, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να διαπιστώνετε υπερκατανάλωση των υπηρεσιών, όπως επίσης και αυξημένο κόστος, αλλά και χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ποσοστό έως και 40% των οφθαλμολογικών, γυναικολογικών, αλλά και χειρουργικών περιστατικών θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αντί ως επείγοντα από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Vasileiou et al.,2009).

Σημαντικό πρόβλημα του συστήματος υγείας θεωρείται η άνιση κατανομή των κλινών, όπως επίσης και η άνιση κατανομή μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

**Πίνακας 3: Κλίνες ανά πληθυσμό και ανά ΥΠΕ (2012)<sup>4</sup>**

	<b>Περιοχή Κάλυψης</b>	<b>Πληθυσμός 2011</b>	<b>Κλίνες</b>	<b>Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους</b>
<b>ΥΠΕ1</b>	Αθήνα-Ανατολική Αττική	2.551.170	8.952	3,51
<b>ΥΠΕ2</b>	Πειραιάς-Δυτική Αττική-Αιγαίο	1.767.580	4.098	2,32
<b>ΥΠΕ3</b>	Κεντρική Μακεδονία- Δυτική Μακεδονία	1.142.290	3.473	3,04
<b>ΥΠΕ4</b>	Ανατολική Μακεδονία- Θράκη	1.619.590	4.909	3,03
<b>ΥΠΕ5</b>	Θεσσαλία-Στερεά	1.277.600	2.613	2,05

<sup>4</sup> ΙΚΠΠ (2012). *Μελέτη καταγραφής νοσοκομειακών μονάδων και του ανθρώπινου δυναμικού στους στα πλαίσια του Υποέργου 1: «Εκπόνηση μελέτης για την καταγραφή και τη βελτιστοποίηση της κατανομής των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων του δημοσίου τομέα και του προσωπικού τους» της Πράξης «Μελέτη για την καταγραφή της κατανομής των νοσοκομειακών μονάδων του δημοσίου τομέα και τον ορθολογικό επανασχεδιασμό τους» με MIS 332750.* Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΠ).

	Ελλάδα			
<b>ΥΠΕ6</b>	Πελοπόννησος- Ιόνιοι Νήσοι- Ήπειρος-Δυτική Ελλάδα	1.805.290	5.108	2,83
<b>ΥΠΕ7</b>	Κρήτη	621.340	2.144	3,45
<b>Σύνολο</b>		<b>10.785.860</b>	<b>31.297</b>	<b>2,90</b>

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται και ο διαφορετικός αριθμός κλινών ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ανά 1.000 κατοίκους λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα που αφορούν το έτος 2012. Ειδικότερα, προκύπτει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους πληθυσμού υπάρχει στην ΥΠΕ1 που αφορά την Αθήνα και την Ανατολική Αττική, με τον αριθμό αυτό να φθάνει τις 3,51 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ενώ αντίστοιχα σε υψηλά επίπεδα βρίσκετε και η Περιφέρεια Κρήτης με 3,45 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Αντίστοιχα, σε πολύ χαμηλά επίπεδα βρίσκετε η αναλογία των κλινών ανά 1.000 κατοίκους στην ΥΠΕ5 που αφορά τις Περιφέρειες Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, με την αναλογία αυτή να ανέρχεται σε 2,05 ανά 1.000 κατοίκους πληθυσμού.

Συνεκτιμώντας τα αντίστοιχα διεθνή δεδομένα, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, είναι αναγκαίο να διαθέτουν περίπου 3 κλίνες ανά 1.000 άτομα πληθυσμού και έτσι προκύπτει ότι στην περίπτωση της Ελλάδος, σε ορισμένες περιοχές υπάρχει σχετικό έλλειμμα, ενώ σε κάποιες άλλες περιοχές διαπιστώνετε πλεόνασμα κλινών. Πέρα όμως από τον ίδιο τον αριθμό των κλινών, σημαντικά προβλήματα που αφορούν το σύστημα υγείας θεωρούνται η αυξημένη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων για την εισαγωγή ασθενών, όπως αντίστοιχα και των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) των νοσοκομείων, για περιστατικά που υπήρχε δυνατότητα αντιμετώπισης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Ουσιαστικά, η τάση αυτή παρατηρούνταν εξαιτίας της προβληματικής ανάπτυξης και λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αντίστοιχα, ένα από τα πλέον σημαντικά ζητήματα θεωρούνταν η έλλειψη αντιστοιχίας των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Ουσιαστικά, δεν λαμβάνονταν υπόψη δείκτες όπως για παράδειγμα είναι οι δείκτες που αφορούν τη γήρανση του πληθυσμού, τις συνοσηρότητες, όπως επίσης και την εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων.

Περαιτέρω, δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας προκαλούνταν εξαιτίας της απουσίας ειδικών μονάδων, όπως είναι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και οι Μονάδες Αυξημένες Φροντίδας (ΜΑΦ), με τον αριθμό αυτών εν μέσω της πρόσφατης πανδημίας να αυξάνετε σημαντικά. Εξίσου σημαντικό θεωρείται και το γεγονός ότι δεν υπήρξε κατά το παρελθόν στρατηγικός σχεδιασμός για την ανάπτυξη των νοσοκομειακών μονάδων, με τις αποφάσεις που λαμβάνονταν να έδιναν έμφαση στην εξυπηρέτηση των τοπικών συμφερόντων και των αντίστοιχων πιέσεων που δημιουργούνταν σε τοπικό επίπεδο. Ο τρόπος λήψης των αποφάσεων αυτών, είχε ως αποτέλεσμα να υπάρξει υποστελέχωση των νοσοκομείων της επαρχίας, ενώ αρκετά συχνά απαντάται έλλειψη σημαντικών ιατρικών ειδικοτήτων, ιδίως στα πιο μικρά νοσοκομεία. Αντίστοιχα, διαπιστώνονταν και ελλείψεις ιατρικού και διαγνωστικού εξοπλισμού σύγχρονης διαγνωστικής και επεμβατικής τεχνολογίας, με το γεγονός αυτό να έχει ως αποτέλεσμα σχετικά απλά περιστατικά να μεταφέρονται σε μεγάλα νοσοκομεία αστικών κέντρων, επιβαρύνοντάς τα αντίστοιχα, ενώ συνάμα προκύπτει και υπό-αξιοποίηση της υφιστάμενης υποδομής.

Επιπροσθέτως, εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο σχεδιάζονταν και λειτουργούσαν οι νοσοκομειακές μονάδες, προκύπτει κατακερματισμός κλινικών, τμημάτων, όπως επίσης και εργαστηρίων, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να αναπτυχθούν οικονομίες κλίμακας. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι εξαιτίας της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης που βρέθηκε η χώρα και έως ένα βαθμό εξακολουθεί έως και σήμερα να βρίσκετε, δημιουργείτε ανάγκη για βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας, καθώς επίσης και βελτίωση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων του νοσοκομείου.

### **5.3 Διατύπωση στόχων και σύνδεση με στρατηγικές επιλογές**

Στα πλαίσια ανασχεδιασμού των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας, θα πρέπει να διατυπωθούν ορισμένοι στόχοι, οι οποίοι επιδιώκετε να εκπληρωθούν μέσω των ενεργειών αυτών, με τους στόχους αυτούς να συνδέονται τόσο με την ίδια τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του Συστήματος Υγείας, όσο και με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται προς τους ασθενείς. Πιο αναλυτικά, οι στόχοι αυτοί είναι οι εξής:

- Επαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού της κάθε διοικητικής Περιφέρειας της χώρας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις περιοχές που θεωρούνται μειονεκτικές και κατά το παρελθόν έχουν βρεθεί αντιμέτωπες με προβλήματα που αφορούν ανισότητες στην υγεία.
- Διασφάλιση της ελεύθερης επιλογής των ασθενών, όπως και τη διάχυση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας, συναρτήσει των προσδοκιών, των προτιμήσεων, αλλά και των αναγκών των χρηστών του συστήματος υγείας.
- Μια ενδιαφέρουσα στόχευση, λαμβάνοντας υπόψη τις διεθνείς καλές πρακτικές θα μπορούσε να ήταν η μετατροπή των νοσοκομειακών ιδρυμάτων σε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου και εν συνεχεία η υπαγωγή αυτών στις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας ανά διοικητική Περιφέρεια.
- Συγχωνεύσεις και αλλαγές χρήσεων των νοσοκομείων, ιδίως των μικρών, αξιολογώντας τόσο την ικανότητα λειτουργίας τους, όσο και την αποτελεσματικότητα αυτών έναντι του τοπικού πληθυσμού που εξυπηρετούν.
- Μια ακόμη στόχευση στα πλαίσια αναδιοργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων θα μπορούσε να ήταν η βελτίωση της κατανομής των εργαστηρίων και των κλινικών, προβαίνοντας σε συγχωνεύσεις, είτε καταργήσεις εργαστηρίων και κλινικών, αλλά και στην ίδρυση νέων, εφόσον κάτι τέτοιο είναι αναγκαίο, λαμβάνοντας υπόψη τις διαρκώς μεταβαλλόμενες επιστημονικές, αλλά και γεωγραφικές ανάγκες.
- Η βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας σε επιχειρησιακή βάση, όπου οι εν λόγω δομές θα διαθέτουν εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη.
- Περαιτέρω ψηφιοποίηση, έτσι ώστε να μπορεί να επιτευχθεί έλεγχος και παρακολούθηση του έργου που παράγεται.
- Έλεγχος και τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε πραγματικό χρόνο, σε συνδυασμό με την εφαρμογή σύγχρονων

μεθόδων αποζημίωσης, όπως είναι τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και οι κλειστές σφαιρικοί προϋπολογισμοί, έτσι ώστε να μπορεί να υπάρξει αντιμετώπιση της χαμηλής αποδοτικότητας, αλλά και της μονοπωλιακής συμπεριφοράς ιδίως των περιφερειακών νοσοκομείων.

#### **5.4 Συγκρότηση δικτύων νοσοκομειακών μονάδων**

Στα πλαίσια μελέτης των δικτύων των νοσοκομειακών μονάδων είναι αναγκαίο να υπάρξει αντίστοιχη αποτύπωση της διεθνούς εμπειρίας και πρακτικής που αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη. Κοινή παραδοχή αποτελεί το γεγονός ότι σε διεθνές επίπεδο, αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναπτύσσονται διαρκώς νέες μορφές περίθαλψης, όπως για παράδειγμα είναι οι κλινικές και χειρουργεία ημέρας, οι ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, καθώς επίσης και τα κλινικά κέντρα αναφοράς που συνδέονται με χρόνιες παθήσεις. Ταυτόχρονα, επιδιώκετε διεθνώς να υπάρξουν συγχωνεύσεις δομών, καθώς και σταδιακή υποκατάσταση κλινών. Παρά το γεγονός ότι οι συγχωνεύσεις των δομών υγείας έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται θετικά αποτελέσματα ως επί το πλείστον στη διοίκηση, στην αποτελεσματικότητα, καθώς και στην αποδοτικότητα, δημιουργούνται σημαντικά προβλήματα τα οποία αφορούν τη προσβασιμότητα, εξαιτίας της μείωσης του αριθμού των μονάδων στις οποίες μπορούν να έχουν πρόσβαση οι ασθενείς. Για το λόγο αυτό, οι συγχωνεύσεις των δομών υγείας, όπως επίσης και οι αλλαγές των χρήσεων αυτών, θα πρέπει να συνεκτιμούν και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως για παράδειγμα είναι το κόστος των μετακινήσεων, το κόστος του χρόνου, το φορτίο νοσηρότητας, όπως επίσης και την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η μείωση του αριθμού των κλινών δεν ασκεί αρνητική επίδραση στην πρόσβαση των ασθενών, αλλά και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς το ποσοστό των επανεισαγωγών και των επισκέψεων στους ιατρούς διατηρείτε σε σταθερά επίπεδα. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι οικονομίες κλίμακας παρουσιάζουν οι νοσοκομειακές μονάδες 100-200 κλινών, ενώ αντίστοιχα, οι μεγαλύτερες μονάδες υγείας που διαθέτουν 300-600 κλίνες παρουσιάζουν αντιοικονομίες κλίμακας. Καθώς συντελούνται αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων, διαπιστώνονται νέες μορφές

όπως είναι το σύμπλεγμα νοσοκομείων, τα οποία λειτουργούν υπό ένα ενιαίο διοικητικό και νομικό καθεστώς, όπως επίσης και το δίκτυο νοσοκομείων, όπου τα εν λόγω δίκτυα μπορεί να λειτουργούν με τη μέθοδο των προγραμματικών συμφωνιών, όπως και με κοινό management, υπό κάποιες προϋποθέσεις. Ακόμη, υπάρχει και ο τύπος του ανοιχτού νοσοκομείου, στο οποίο δίνετε η δυνατότητα μερικής εποχιακής ή έκτακτης πρόσληψης ανθρώπινου δυναμικού, ενώ συνάμα δίνετε η δυνατότητα ανάπτυξης συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα.

Τα δίκτυα αυτά έχουν αναπτυχθεί σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, όπως είναι η Δανία, η Νορβηγία, καθώς επίσης και η Μεγάλη Βρετανία. Πιο συγκεκριμένα, η Δανία ξεκίνησε από το 2007 την αναδιαμόρφωση του κλάδου των νοσοκομείων της χώρας, επιδιώκοντας να υπάρξει συγκέντρωση των μονάδων σε μεγαλύτερες, καθώς επίσης και δημιουργία εξειδικευμένων νοσοκομειακών μονάδων. Σύμφωνα με την προσέγγιση του εν λόγω ζητήματος που έγινε από τους Kristensen et al. (2010), οι συγχωνεύσεις των νοσοκομειακών μονάδων έχουν ως αποτέλεσμα να επιτυγχάνετε εξοικονόμηση πόρων της τάξεως του 19,5-22,5%. Αντίστοιχα, σύμφωνα με την έρευνα των Kjekshus & Hagen (2007), που μελέτησαν τις συνέπειες που προέκυψαν από επτά συγχωνεύσεις 17 μη ψυχιατρικών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της περιόδου 1992-2000, διαπιστώθηκε αύξηση της αποδοτικότητας, η οποία κυμάνθηκε μεταξύ 3,6% και 12,9%, ενώ σε χαμηλά επίπεδα κινήθηκαν οι βελτιώσεις της τεχνικής αποδοτικότητας των νοσοκομειακών αυτών μονάδων.

Ενδιαφέρον έχει και το γεγονός ότι στη Μεγάλη Βρετανία, από το 1997 έχουν πραγματοποιηθεί 99 συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων, εκ των οποίων οι 14 έλαβαν χώρα στο Λονδίνο. Ως αποτέλεσμα των συγχωνεύσεων αυτών προκύπτει η βελτίωση των συστημάτων διοίκησης, όπως και των συστημάτων κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου, αλλά και η ενδυνάμωση των επαγγελματικών δικτύων. Αποτέλεσμα των συγχωνεύσεων αυτών ήταν να υπάρξουν βελτιωμένα επίπεδα διοίκησης, κλινικής αξιολόγησης, αλλά και ελέγχου, όπως επίσης και μεγαλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανέλιξης (Fulop et al.,2002).

Στην περίπτωση της Ελλάδος, η συγκρότηση δικτύων νοσοκομειακών μονάδων αναμένετε να συμβάλλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των δομών υγείας, καθώς επίσης και στη συνολική αναβάθμιση της εμπειρίας που αποκομίζει ο ασθενής κατά την επίσκεψη του σε μια δομή υγείας.

Ουσιαστικά, τα δίκτυα αυτά λειτουργούν ήδη σε ορισμένες περιπτώσεις και στην Ελλάδα, όπως και σε χώρες του εξωτερικού και επιδιώκουν να προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό (Smith & Goddard,2009). Η διαμόρφωση των δικτύων αυτών μπορεί να συνοδευτεί και από επιμέρους συγχωνεύσεις κυρίως τμημάτων και κλινικών, έτσι ώστε να καταστεί πιο αποδοτική η λειτουργία αυτών.

Αναφορικά με τα οφέλη που απορρέουν από τα εν λόγω δίκτυα, αυτά σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων κλινικών υπηρεσιών, μέσω της ανάπτυξης των συνεργειών που αναπτύσσονται στα πλαίσια των δικτύων, ενώ παράλληλα μπορεί να επιτευχθεί βελτιστοποίηση του τρόπου παροχής σχετικών υπηρεσιών. Αντίστοιχα, μέσω των δικτύων μπορεί να υπάρξει βέλτιστη δυνατή αξιοποίηση της νοσοκομειακής υποδομής, αλλά και της τεχνολογίας αιχμής που διαθέτουν ορισμένες νοσηλευτικές μονάδες, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να διευκολυνθεί και η απόκτηση εξοπλισμού μέσω ΣΔΙΤ, λόγω των οικονομικών κλίμακας, αλλά και της αύξησης των ικανοτήτων των επιμέρους μονάδων. Εξίσου σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι μπορεί να υπάρξει μέσω της συγκρότησης των σχετικών δικτύων νοσοκομείων συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών, καθώς αυξάνεται η αποδοτική χρήση των περιορισμένων πόρων, αλλά και περιορίζονται οι λειτουργικές δαπάνες και αυξάνονται τα έσοδα. Όσον αφορά τα περιστατικά που καλούνται να διαχειριστούν οι νοσοκομειακές μονάδες, μέσω των δικτύων και των σχετικών συνεργειών μπορεί να υπάρξει περιορισμός των άσκοπων εισαγωγών ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη ότι αρκετά περιστατικά που εισάγονται για νοσηλεία θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί και σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Τέλος, ένα ακόμη σημαντικό όφελος αφορά την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών νοσηλείας, όπως για παράδειγμα θα μπορούσαν να ήταν οι μετα-νοσοκομειακές υπηρεσίες, είτε η κατ' οίκον νοσηλεία (Τούντας κ.α.,2020).

Τα δίκτυα νοσοκομεία που θα σχηματιστούν ανά Υγειονομική Περιφέρεια αναμένετε να διαθέτουν καλύτερο εξοπλισμό και τεχνολογία αιχμής, σε σχέση με το αντίστοιχο εξοπλισμό που θα μπορούσε να λάβει το κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά. Ταυτόχρονα, οι δομές αυτές υγείας θα έχουν τη δυνατότητα μέσω συνεργασιών να προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας σε όλο το φάσμα των ειδικοτήτων, αξιοποιώντας τις οικονομίες κλίμακας που διαμορφώνονται. Μέσω της διοικητικής και λειτουργικής αποκέντρωσης που διαμορφώνεται από την ανάπτυξη των

συγκεκριμένων δικτύων, μπορεί να υπάρξει καλύτερη διασύνδεση των δομών αυτών υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατό περισσότερα νοσήματα χωρίς να χρειάζεται νοσηλεία. Για παράδειγμα, προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να συμβάλλει η δημιουργία και ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης χρονίων νοσημάτων σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Κομβικής σημασίας θεωρείται η αναβάθμιση των εκτελεστικών υπηρεσιών, για τη λήψη, αλλά και για την υλοποίηση σχετικών αποφάσεων, όπου στην κατηγορία αυτή εντάσσονται υπηρεσίες όπως είναι η Επιτροπή Λοιμώξεων, είτε η Επιτροπή Ασφάλειας Ασθενών.

Εξίσου σημαντικό είναι να υπάρξει ο κατάλληλος σχεδιασμός ως προς το ανθρώπινο δυναμικό των δικτύων υγείας που θα δημιουργηθούν, έτσι ώστε να υπάρξει συμπληρωματικότητα, αλλά και γενικότερα βελτιστοποίηση των ανθρωπίνων πόρων. Στα πλαίσια του σχεδιασμού αυτού θα πρέπει να υπάρξει ποσοτικοποίηση των αναγκών, όπως επίσης και μέτρηση του φόρτου εργασίας, αλλά και σαφής εντοπισμός των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον, τα δίκτυα αυτά μπορούν να συμβάλλουν και στη διαμόρφωση των κατάλληλων συνεργειών στον τομέα της εκπαίδευσης, κατάρτισης και διαρκούς αναβάθμισης του ανθρώπινου δυναμικού.

Ωστόσο, η ανάπτυξη συνεργασιών μέσω δικτύων νοσοκομείων προϋποθέτει ορισμένες ενέργειες που πρέπει να γίνουν τόσο σε κεντρικό επίπεδο από το Υπουργείο Υγείας, όσο και σε επίπεδο Υγειονομικών Περιφερειών, αλλά και επιμέρους μονάδων υγείας που πρόκειται να συμμετέχουν στα δίκτυα αυτά. Ειδικότερα, οι ενέργειες αυτές θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη ενός συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των δεικτών ποιότητας, όπως για παράδειγμα μπορεί να είναι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, είτε η θνητότητα που αφορά καταστάσεις έπειτα από επιλεγμένες παρεμβάσεις. Σημαίνοντα ρόλο στη διαμόρφωση των δεικτών αυτών μπορούν να διαδραματίσουν τα πληροφοριακά συστήματα, τα οποία πρόκειται να επεκταθούν περαιτέρω, στα πλαίσια του ψηφιακού μετασχηματισμού του τομέα της υγείας, ο οποίος βρίσκεται σε εξέλιξη, όπως και ευρύτερα ο ψηφιακός μετασχηματισμός του δημοσίου τομέα.

## **5.5 Σταδιακή αναμόρφωση**



Η αναδιάταξη του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας θα πρέπει να γίνει με αργά βήματα και αφού πρώτα ληφθεί υπόψη το σύνολο των παραμέτρων που επιδρούν σ' αυτό. Ειδικότερα, θα πρέπει να υπάρξει εκτενής εξέταση του συνόλου των διαθέσιμων των δεδομένων, τόσο από τα ίδια τα νοσοκομεία, όσο και από τις Υγειονομικές Περιφέρειες, αλλά και από το Υπουργείο Υγείας, ενώ στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν όλα τα απαραίτητα δεδομένα θα πρέπει να γίνει μελέτη για την εκτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης που επικρατεί εντός του εκάστοτε οργανισμού. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα δεδομένα που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον των νοσοκομειακών οργανισμών. Μάλιστα, η αναδιάταξη αυτή θα μπορούσε να αρχίσει αφού λάβει υπόψη τις σχετικές καλές πρακτικές και αντίστοιχες εμπειρίες από χώρες του εξωτερικού, ενώ θα μπορούσε να υπάρξει και πιλοτική εφαρμογή σε ορισμένες περιοχές της Ελλάδος, όπου το ρίσκο εφαρμογής φαίνεται να κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα.

Λαμβάνοντας υπόψη την μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας-Τομέα Οικονομικών της Υγείας θα πρέπει να παρουσιαστεί το υπόδειγμα αξιολόγησης και αναδιάταξης του νοσοκομειακού χάρτη, το οποίο αφορούσε τις περιοχές της Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας. Στα πλαίσια λοιπόν της μελέτης αυτής εξετάστηκαν έντεκα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία ανήκαν στην Περιφερειακή Ενότητα Θεσσαλονίκης (2), στην Περιφερειακή Ενότητα Γρεβενών (1), στην Περιφερειακή Ενότητα Ημαθίας (2), στην Περιφερειακή Ενότητα Κοζάνης (2), στην Περιφερειακή Ενότητα Καστοριάς (1), στην Περιφερειακή Ενότητα Πέλλας (2), καθώς επίσης και στην Περιφερειακή Ενότητα Φλώρινας (1). Για την αξιολόγηση των συγκεκριμένων δομών υγείας υπήρξε εξέταση των δεικτών αποδοτικότητας, με βάση τους πόρους και τη χρήση για δύο έτη (2009 και 2010). Στα πλαίσια της μελέτης αυτής γίνεται σύγκριση των δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, όπου πρόκειται για τα νοσοκομεία Παπαγεωργίου και Παπανικολάου, με τα υπόλοιπα εννιά δευτεροβάθμια νοσοκομεία, τα οποία παρουσιάζουν ορισμένα προβλήματα χαμηλής αποδοτικότητας, καθώς επίσης και μικρής ανταπόκρισης στις προσδοκίες, αλλά και στις προτιμήσεις των χρηστών.

Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντικά μεγάλη ροή ασθενών από το σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων προς τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης για την αναζήτηση νοσηλείας σε τριτοβάθμιο επίπεδο, ενώ αντίστοιχη τάση διαπιστώνετε και από τα νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας και για τα Ιωάννινα. Αντίστοιχα, στα

περιφερειακά νοσοκομεία που εξετάζονται διαπιστώνετε χαμηλή τεχνική αποδοτικότητα, όπως επίσης και μικρή κάλυψη κλινών, με τις καταστάσεις αυτές να συνδέονται με τη μείωση των ανθρωπίνων πόρων στα περιφερειακά νοσοκομεία, καθώς επίσης και με τη μονοπωλιακή κυριαρχία της προσφοράς. Ουσιαστικά, τα τριτοβάθμια πανεπιστημιακά νοσοκομεία, δηλαδή το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΓΝ) Παπαγεωργίου, καθώς και το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΠΓΝ) Παπανικολάου, δέχονται αυξημένη ζήτηση από το σύνολο των δύο περιφερειών, εξαιτίας της υψηλής ελκυστικότητας που τα χαρακτηρίζει, με αποτέλεσμα να υπάρξει σημαντική αύξηση του κόστους του χρόνου, όπως και του χρήματος για τους πολίτες που καλούνται να μεταβούν σε διαφορετική περιοχή από αυτή που διαμένουν προκειμένου να νοσηλευτούν στις αντίστοιχες δομές υγείας.

Η χαμηλή αποδοτικότητα των περιφερειακών νοσοκομείων, συνδέεται με τη μη βέλτιστη χρήση των πόρων, όπως επίσης και με την απουσία σχετικών κινήτρων αναζήτησης μεθόδων βελτίωσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αποδοτικότητα μιας νοσοκομειακής μονάδας δεν επηρεάζεται μόνο από το μέγεθός της, αλλά και παράγοντες όπως είναι το είδος υπηρεσιών υγείας που παρέχει το νοσοκομείο, καθώς επίσης και η βαρύτητα των περιστατικών που καλείτε να διαχειριστεί, αλλά και η ίδια η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Συνεπώς, η λήψη αποφάσεων για συγχώνευση των νοσοκομειακών μονάδων, είτε η μείωση των κλινών δεν πρέπει να στηρίζεται μόνο σε οικονομικά μεγέθη και εκτιμήσεις. Ουσιαστικά, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και κοινωνικές παράμετροι, όπως μπορεί να το κόστος μετακίνησης των ασθενών στις μονάδες υγείας που βρίσκονται σε διαφορετική πόλη από τον τόπο διαμονής τους, όπως επίσης θα πρέπει να συνεκτιμάται η ανάγκη ύπαρξης μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας σε μια περιοχή, λαμβάνοντας υπόψη το φορτίο νοσηρότητας. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι τα τριτοβάθμια νοσοκομειακά ιδρύματα, παρά το γεγονός ότι διαθέτουν τους κατάλληλους πόρους, τόσο σε οικονομικό επίπεδο, όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και τους αντίστοιχους τεχνολογικούς πόρους, παρουσιάζουν δυσκολίες απόκρισης στις ανάγκες των ασθενών, λόγω των αυξημένων ροών ασθενών από την περιφέρεια.

Περαιτέρω, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στα περιφερειακά νοσοκομεία διαπιστώνετε χαμηλή τεχνική αποδοτικότητα, όπως αντίστοιχα συμβαίνει και στα

ειδικά νοσοκομεία, κάτι που συνδέετε άμεσα με την απουσία κατάλληλου μάνατζμεντ, όπως επίσης και με την απουσία των κατάλληλων κινήτρων, αλλά και λόγω της μονοπωλιακής θέσης που κατέχουν οι μονάδες αυτές στην περιοχή ευθύνης τους. Από την άλλη, εξαιτίας των κατακερματισμένων κλινικών, τμημάτων, αλλά και εργαστηρίων, απαντώνται αντιοικονομίες κλίμακος και φάσματος, στο σύνολο σχεδόν των νοσοκομειακών μονάδων. Επομένως, για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί η κατάσταση αυτή, καθίσταται αναγκαίο να υπάρξει απανασυγκρότηση της κλινικής ιατρικής ιεραρχίας στο επίπεδο του κλινικού, αλλά και του εργαστηριακού τομέα. Ακόμη, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η χαμηλή αποδοτικότητα, καθώς και η μονοπωλική συμπεριφορά των περιφερειακών νοσοκομείων μπορεί να μετριάσει σε μεγάλο βαθμό, μέσω της εισαγωγής κινήτρων, τα οποία λαμβάνουν υπόψη τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), σε συνδυασμό με την εισαγωγή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών.

Ιδίως στην περίπτωση που εξετάζετε, λαμβάνοντας υπόψη τη γεωγραφία της περιοχής, αλλά και το υφιστάμενο ανθρώπινο δυναμικό ιατρών που υπάρχει στις Περιφέρειες Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας, θα μπορούσε να εφαρμοστεί ο θεσμός του Ανοιχτού Νοσοκομείου, σύμφωνα με τον οποίο οι ιατροί δεν έχουν εξαρτημένη σχέση εργασίας με το νοσοκομειακό ίδρυμα, αλλά συνεργάζονται μ' αυτό σύμφωνα με ορισμένες προϋποθέσεις, έτσι ώστε να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους ασθενείς. Ακόμη, θα μπορούσε να διερευνηθεί την περίπτωση που μελετάτε, αλλά και σε άλλες περιπτώσεις στην Ελλάδα η συγκρότηση νοσοκομειακού συμπλέγματος, ο οποίο θα λειτουργεί ως ένα ενιαίο σχήμα τόσο ως προς το ανθρώπινο δυναμικό, όσο και ως προς τον προϋπολογισμό του και την κατανομή των πόρων. Αντίστοιχα δίκτυα μπορούν να διαμορφωθούν και σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), έτσι ώστε να υπάρξει καλύτερος συντονισμός και ταχύτερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των περιστατικών σε τοπικό επίπεδο.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω δεδομένα που αφορούν την περιοχή μελέτης, διατυπώνονται ορισμένες προτάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν εφόσον υπάρξει το κατάλληλο πεδίο συνεννόησης, αλλά και η αντίστοιχη διάθεση συνεργασίας από τους εμπλεκόμενους. Ειδικότερα, τα νοσοκομεία της Καστοριάς, της Φλώρινας και των Γρεβενών μπορούν να συνεργάζονται από κοινού σε μόνιμη βάση, κατόπιν σύναψης σχετικού συμβολαίου, το οποίο θα περιγράφει με τρόπο αναλυτικό τις δραστηριότητες των επιμέρους αυτών μονάδων. Ακόμη, στα πλαίσια

της συνεργασίας αυτής προτείνετε το Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών να προβεί στη συγκρότηση σχετικής μονάδας διαγνωστικής τεχνολογίας, όπως και αντίστοιχα μονάδας επειγόντων περιστατικών, αλλά και μονάδας ημερήσιας νοσηλείας. Θα μπορούσε να εξεταστεί και η μετατροπή του σε ανοιχτό νοσοκομείο, ωστόσο ανασταλτικός παράγοντας προς την κατεύθυνση αυτή θεωρείται ο περιορισμός αριθμός ιατρικού προσωπικού που υπάρχει στην ευρύτερη περιοχή των Γρεβενών. Αντίστοιχα, το Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, σύμφωνα με την αξιολόγηση του παρουσιάζει σχετική επάρκεια πόρων, αλλά και υψηλές επιδόσεις, ωστόσο κρίνετε σκόπιμο και συνάμα αναγκαίο να προβεί στην ανάπτυξη μονάδας διαγνωστικής τεχνολογίας, καθώς και μονάδα επειγόντων περιστατικών, αλλά και μονάδας ημερήσιας νοσηλείας. Αντίστοιχα, και το Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας διαθέτει σχετική επάρκεια πόρων, αλλά και υψηλή επίδοση, ωστόσο, κρίνετε αναγκαίο να αναπτύξει μονάδα διαγνωστικής τεχνολογίας, μονάδα επειγόντων περιστατικών, όπως και μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Ακόμη, δυνητικά θα μπορούσε να μελετηθεί η μετατροπή του νοσοκομείου Φλώρινας σε ανοιχτό νοσοκομείο, πρόβλημα και στην περίπτωση αυτή αποτελεί ο μικρός αριθμός διαθέσιμων ιατρών που θα μπορούσαν να αναπτύξουν συνεργασία με την αντίστοιχη δομή.

Περαιτέρω, όσον αφορά το Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας και το Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών, αυτά λειτουργούν ήδη ως δίκτυο, έχοντας σημαντική επάρκεια πόρων, ενώ διαθέτουν και τη δυνατότητα περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχουν, αλλά και επέκτασης των δραστηριοτήτων τους. Στα πλαίσια αυτά, θα πρέπει να υπάρξει ανάπτυξη διαγνωστικής τεχνολογίας, όπως επίσης και μονάδας επειγόντων περιστατικών, αλλά και μονάδας ημερήσιας νοσηλείας. Θα μπορούσε και αυτά τα νοσοκομεία να λειτουργήσουν ως ανοιχτά νοσοκομεία, αξιοποιώντας και τη γειτνίαση με τη Θεσσαλονίκη για τη βελτίωση της ελκυστικότητας στο ιατρικό προσωπικό.

Αντίστοιχα, το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης και το Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας συγκροτούνται και λειτουργούν ήδη ως δίκτυο, έχοντας σχετική επάρκεια πόρων, αλλά και σημαντικά περιθώρια για την περαιτέρω βελτίωση της λειτουργίας τους. Όπως και στις υπόλοιπες νοσοκομειακές μονάδες που εξετάστηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, θα μπορούσαν στα νοσοκομεία αυτά να αναπτυχθεί μονάδα διαγνωστικής τεχνολογίας, όπως και μονάδα επειγόντων περιστατικών, αλλά και μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Ακόμη, στην περίπτωση των

νοσοκομείων αυτών θα μπορούσε να υπάρξει εξέλιξη των δομών αυτών σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς, εκπαίδευσης και έρευνας, το οποίο θα λειτουργούσε ως ένα διαφορετικός «πόλος» έναντι των μεγάλων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, αλλά και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Έτσι, θα υπάρξει καλύτερη λειτουργία και αποσυμφόρηση των τριτοβάθμιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων της Θεσσαλονίκης και των Ιωαννίνων, αλλά και ταχύτερη διαχείριση των σοβαρότερων και κρίσιμων περιστατικών που προέρχονται από την περιοχή της Δυτικής Μακεδονίας, αλλά ακόμη και της Κεντρικής, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν περιστατικά που προέρχονται τουλάχιστον από τις περιοχές της Πέλλας και της Ημαθίας.

Επιπλέον, το Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας και το Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας λειτουργούν και αυτά ως δίκτυο και διαθέτουν σχετική επάρκεια πόρων, έχοντας παράλληλα τη δυνατότητα περαιτέρω βελτίωσής τους, αλλά και επέκτασης των δραστηριοτήτων τους. Στα νοσοκομεία αυτά θα μπορούσε να εξεταστεί η λειτουργία μονάδων διαγνωστικής τεχνολογίας, όπως επίσης και μονάδων επειγόντων περιστατικών, καθώς και μονάδας ημερήσιας νοσηλείας. Ακόμη, θα μπορούσαν τα νοσοκομεία αυτά να λειτουργήσουν στα πλαίσια του ανοιχτού νοσοκομείου, προσελκύοντας ιατρούς συνεργάτες από την ευρύτερη περιοχή για την παροχή της αναγκαίας φροντίδας στον πληθυσμό.

Αναφορικά με το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, μπορεί να ανασυνταχθεί ως νοσοκομείο αναφοράς και εκπαίδευσης και καθώς παρουσιάζει αντικοινωνικές κλίμακος και φάσματος, έχοντας φθίνουσα απόδοση, είναι αναγκαίο να εξεταστεί η σταδιακή μείωση των κλινών του, καθώς και η ανάπτυξη μονάδας επειγόντων περιστατικών, αλλά και μονάδας ημερήσιας νοσηλείας. Αντίστοιχα, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου μπορεί να λειτουργήσει και αυτό ως κέντρο αναφοράς, έρευνας και εκπαίδευσης, καθώς και να αναπτύξει μονάδα επειγόντων περιστατικών, καθώς και μονάδα ημερήσιας νοσηλείας (ΕΣΔΥ,2013).

## **5.6 Διασφάλιση ποιότητας**

Αναμφίβολα, η επιδίωξη ασφάλειας των ασθενών συνιστά προτεραιότητα για τη λειτουργία του συστήματος υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την ιατρική ηθική,

όσο και την Διακήρυξη του Τόκιο, ενώ αντίστοιχες κατευθύνσεις παρέχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και από τον ΟΑΣΑ. Η διασφάλιση ποιότητας είναι αναγκαία στις δομές υγείας, καθώς το κόστος που προκύπτει από τα ιατρικά λάθη δεν περιορίζεται στο ηθικό σκέλος, αλλά επεκτείνεται και σε οικονομικό επίπεδο. Αξιοσημείωτο δε, είναι το γεγονός ότι σε διεθνές επίπεδο εκτιμάται ότι τα ιατρικά λάθη και η σχετική χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εκτιμάται στα 42 δις δολάρια ανά έτος. Συνεπώς, θα πρέπει να τεθεί προτεραιότητα σε εθνικό επίπεδο η ασφάλεια των ασθενειών και να υπάρξει ο κατάλληλος συντονισμός των ενεργειών, έτσι ώστε να μπορεί να διασφαλίζεται η ποιότητα στο σύνολο των λειτουργιών (Καδδά,2019).

Ειδικότερα, θα πρέπει να γίνει ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης ως προς την ποιότητα ανά Υγειονομική Περιφέρεια, δίνοντας έμφαση στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών, όπως επίσης και στην ασφάλεια που αποκομίζουν οι ασθενείς κατά τη λήψη των σχετικών υπηρεσιών. Ακόμη, είναι αναγκαίο να αναπτύσσεται εθνική στρατηγική που να αφορά την ασφάλεια των ασθενών, έχοντας πενταετή ή επταετή βάση, όπου στην στρατηγική αυτή θα προβλέπονται στόχοι, θα υλοποιούνται και εν συνεχεία θα αξιολογούνται εκ νέου, υπό το πρίσμα ενός δυναμικού περιβάλλοντος. Περαιτέρω, θα πρέπει να προσδιοριστούν οι προτεραιότητες άμεσης παρέμβασης, μέσω των οποίων θα υπάρξει βελτίωση της ποιότητας σε επιμέρους σημεία άμεσα, ενώ παράλληλα θα πρέπει να ξεκινήσει η εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων, οι οποίες δύναται να έχουν πολλαπλασιαστικό όφελος σε μελλοντικό χρόνο (Κουλλιάς κ.α.,2020).

Η ασφάλεια των ασθενών θα πρέπει να λαμβάνετε υπόψη σε κάθε απόφαση που παίρνει το Υπουργείο Υγείας και μπορεί να αφορά την αναδιάρθρωση του τομέα υγείας. Κρίσιμη παράμετρος για την εφαρμογή του σχεδιασμού αυτού συνιστά η χρηματοδότηση του σχεδίου. Συνεκτιμώντας το γεγονός ότι η χώρα βρίσκεται αντιμέτωπη με υγειονομική κρίση, θα πρέπει να προσδιοριστούν τα κατάλληλα πρωτόκολλα αντιμετώπισης των επιδημιών και πανδημιών σε εθνικό επίπεδο, καθώς επίσης και τα αντίστοιχα πρωτόκολλα ανά Υγειονομική Περιφέρεια, ενώ συνάμα θα πρέπει να υπάρχει η εξασφάλιση του αναγκαίου εξοπλισμού προστασίας για τους υγειονομικούς εργαζόμενους, όπως και για τους ίδιους τους ασθενείς που δυνητικά θα βρίσκονται στις δομές υγείας. Η χρήση δεικτών που αφορά την ασφάλεια θεωρείται

επιβεβλημένη, ενώ εν οι λόγω δείκτες μπορούν να παρακολουθούνται μέσω του κατάλληλου λογισμικού.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναπτυχθούν τα κατάλληλα πρωτόκολλα και οι αντίστοιχες οδηγίες που αφορούν την κάθε κλινική πράξη, ενώ κομβικής σημασίας θεωρείται η προώθηση της νοοτροπίας κλινικής διακυβέρνησης στο σύνολο της διοικητικής δομής. Ακόμη, θα πρέπει να αναπτυχθούν οι κατάλληλο διάλογοι επικοινωνίας με τους ασθενείς, όπου θα αξιοποιούνται και οι νέες τεχνολογίες, όπως για παράδειγμα είναι η επικοινωνία μέσω διαδικτύου, με τους ασθενείς και με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για συγκέντρωση στοιχείων που αφορούν εμπειρίες των ασθενών, καθώς επίσης και για την διατύπωση σχετικών προτάσεων. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναπτυχθούν και σχετικές εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες που θα αποσκοπούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να υπάρχει πρόληψη των βασικότερων σφαλμάτων-επιπλοκών, όπως είναι για παράδειγμα οι νοσοκομειακές λοιμώξεις (Κουλλιάς κ.α.,2020).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά διαπιστώνεται ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα οργανώθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων σαράντα ετών και κατάφερε να πετύχει σημαντικά αποτελέσματα, παρά το γεγονός ότι για μεγάλα χρονικά διαστήματα δεν υπήρχαν οι ανάλογοι οικονομικοί πόροι. Ωστόσο, στο πέραςμα του χρόνου διαπιστώθηκαν αρκετές αδυναμίες, ορισμένες εκ των οποίων επιδιώχθηκε να αντιμετωπιστούν, χωρίς όμως αυτό να ήταν απόλυτα επιτυχές. Έτσι, σήμερα, έπειτα από μια βαθιά οικονομική κρίση, η διάρκεια της οποίας προσέγγισε την δεκαετία, αλλά και σχεδόν μετά από δύο χρόνια πανδημίας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και η παροχή φροντίδα υγείας προς τους ασθενείς, χρήζει αναβάθμισης και εκσυγχρονισμού, έτσι ώστε να καλύπτει αποτελεσματικότερα και πληρέστερα τις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού, όπως επίσης και να επιτυγχάνετε βέλτιστη δυνατή διαχείριση των διαθέσιμων οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.

Από την παρούσα Διπλωματική Εργασία διαπιστώνεται η ύπαρξη χρόνιων παθογενειών του δημόσιου συστήματος υγείας, με τις αδυναμίες αυτές να συνδέονται με την θεσμική ανεπάρκεια, όπως επίσης και με την απουσία σχεδιασμού και αξιολόγησης, όπως και λόγω της κακοδιοίκησης, της υποχρηματοδότησης, αλλά και της υποστελέχωσης, η οποία οξύνθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών της οικονομικής κρίσης, καθώς δεν υπήρξαν προσλήψεις του αναγκαίου ανθρώπινου δυναμικού. Εξαιτίας της κατάστασης αυτής, σήμερα δεν καλύπτονται επαρκώς οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα διατηρούνται κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα αυτά που αντιμετωπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά και γενικότερα για να υπάρξει αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας, η παρούσα εργασία προτείνει διαδικασίας ανασχεδιασμού του νοσοκομειακού χάρτη, δίνοντας έμφαση στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα, όπως επίσης προτείνετε η περαιτέρω εφαρμογή της τεχνολογίας, στις επιμέρους λειτουργίες του συστήματος υγείας και της παροχής φροντίδας υγείας. Ωστόσο, οι τελικές αποφάσεις που θα ληφθούν προς την κατεύθυνση αυτή της αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις αλλαγές του εξωτερικού περιβάλλοντος, όπως επίσης και τις απόψεις και



προτάσεις του συνόλου των εμπλεκόμενων, έτσι ώστε να υπάρξει η μέγιστη δυνατή στόχευση προς την κατεύθυνση αυτή. Είναι σημαντικό να μπορέσει η χώρα να αξιοποιήσει και τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία που αφορούν τη νέα προγραμματική περίοδο, είτε αυτοί προέρχονται από το νέο ΕΣΠΑ 2021-2027, είτε από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, είτε από άλλα προγράμματα που μπορούν να συμμετέχουν οι επιμέρους φορείς του τομέα της υγείας.

Συνοπτικά ορισμένες ενέργειες που θα μπορούσαν να γίνουν είναι να δοθεί έμφαση στην βελτίωση και αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσω της αναβάθμισης και ουσιαστικής λειτουργίας των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και δικτύων παροχής σχετικών υπηρεσιών, στα οποία θα μπορούσαν να έχουν περισσότερο ενεργό ρόλο και οι θεσμοί της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, έτσι ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε τοπικό επίπεδο. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να μπορέσει να λειτουργήσει με επιτυχία και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, όπου ο ασθενής θα μπορεί να προβαίνει σε ελεύθερη επιλογή αυτού, είτε ατομικά, είτε σε επίπεδο οικογένειας. Ακόμη, έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη των σχετικών εθνικών προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, με τις δράσεις αυτές να καλύπτονται χρηματοδοτικά από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, έχοντας μάλιστα πολλαπλασιαστικό όφελος, καθώς δύναται να αποτρέψουν την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, αλλά και να συμβάλλουν στη μείωση του κόστους για την κάλυψη των δαπανών υγείας σε μελλοντικό χρόνο.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να υπάρξει περαιτέρω εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας στο σύνολο των πιθανών δραστηριοτήτων του νοσοκομείου, αλλά και ευρύτερα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, μέσω των εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας μπορεί να υπάρξει καλύτερη παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων, όπως επίσης και μετριασμός των ανισοτήτων σε θέματα πρόσβασης στο σύστημα υγείας, ιδίως στις απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας. Ακόμη, κάνοντας χρήση των κατάλληλων πληροφοριακών συστημάτων μπορεί να υπάρξει βελτίωση των διαδικασιών των δομών υγείας, όπως και μείωση του κόστους, αλλά και καλύτερη διαχείριση των δεδομένων τόσο αυτών που αφορούν τους ασθενείς, όσο και των οικονομικών δεδομένων.

Ακόμη, αξιολογώντας τα δεδομένα που αφορούν τη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας, καθίσταται αναγκαίο να υπάρξει αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας. Κατά τη διαδικασία αυτή θα πρέπει να ληφθεί υπόψη τόσο το οικονομικό όφελος, όσο και η καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, ενώ δεν θα πρέπει να παραλειφθούν και οι τυχόν ιδιαιτερότητες που απαντώνται σε κάθε περιοχή. Μέσω της αναδιοργάνωσης των δομών αυτών, θα μπορούν να παρέχονται καλύτερες υπηρεσίες προς τους ασθενείς, ενώ θα δημιουργηθούν οικονομίες κλίμακας, οι οποίες θα θωρακίσουν την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Πέρα από την αναδιάταξη των δομών υγείας ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί και στο ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις νοσοκομειακές μονάδες, καθώς το ανθρώπινο δυναμικό, είτε το ιατρικό, είτε το νοσηλευτικό, συνιστούν σημαντικές παραμέτρους για την αποτελεσματική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Για παράδειγμα, προς την κατεύθυνση αυτή θα έπρεπε να διαμορφωθεί ένα νέο πλαίσιο ανταμοιβών και εξέλιξης εντός του δημόσιου συστήματος υγείας, έτσι ώστε η προσέλκυση νέων ιατρών υψηλής εξειδίκευσης να είναι περισσότερο εύκολη και συνάμα αποτελεσματική. Παράλληλα, όσον αφορά το υφιστάμενο ανθρώπινο δυναμικό θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την εργασιακή εξουθένωση, με τα προβλήματα αυτά να οξύνονται κατά τη διάρκεια της τελευταίας διετίας εξαιτίας της κρίσης της πανδημίας που αντιμετώπιση και εξακολουθεί να αντιμετωπίζει έως ένα βαθμό το σύστημα υγείας. Για τις αμοιβές των στελεχών των νοσοκομείων, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο η οικονομική, όσο και η κλινική αποδοτικότητα, ενώ θα μπορούσε να εφαρμοστεί και ένα σύστημα κινητικότητας εντός του ΕΣΥ, έτσι ώστε να υπάρξει η βέλτιστη δυνατή κατανομή των ανθρώπινων πόρων εντός του συστήματος υγείας. Ακόμη, για το ανθρώπινο δυναμικό θα πρέπει να υπάρξει το κατάλληλο ενδιαφέρον για την εκπαίδευση και επιμόρφωση αυτού, έτσι ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις σύγχρονες προκλήσεις που απορρέουν από το εξωτερικό περιβάλλον και συνδέονται για παράδειγμα με την πανδημία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Brofidi, K., Vlasiadis, K., Philalathis, A. (2018). Greek Hospital Environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(3), 645-652.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolas, M., Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), 1-192.

Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., Walters, R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ*, 325 (7358),246.

Jensen, J.D., King, A.J., Guntzviller, L.M., Davis, L.A. (2010). Patient-provider communication and low-income adults: Age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Educ. Couns*, 79, 30-35.

Kjekshus, L. & Hagen, T. (2007). Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services & Policy*, 12(4), 230-235.

Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., Benow, A. (2011). Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece, *BMC Health Services Research*, 11, 234.

Kristensen, T., Bogetoft, P., Pedersen, K.M. (2010). Potential gains from hospital mergers in Denmark. *Health Care Management Science*, 13(4), 334-345.

Magoulios, G., & Pretsios, N. (2015). Structures and Financing Means of Local Government's Social Policy in Greece. A Case Study of Thessaloniki's Municipalities. *Procedia Economis and Finance* , 287-302.

Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos, N., Thireos, E., Tountas, Y. (2015). Reengineering NHS Hospitals in Greece: Redistribution Leads to Rational Mergers, *Global Journal of Health Science*, 7(5), 272-287.

Overtveit, J. (2003). The Quality of Health Purchasing. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1(3), 116-127.

Papanikolaou, V. & Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital Care, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 2017-27.

PROOPSIS Consulting S.A. (2020). *Promoting social inclusion, combating poverty and any discrimination “e-Social Health Care (e-SOHECA)”-Πακέτο Εργασίας WP3: «Καταγραφή*

διεθνών τάσεων και Υιοθέτηση Κοινών πρακτικών»-Παραδοτέο D3.1.3: «Αξιολόγηση των διεθνών τάσεων σχετικά με τις ηλεκτρονικές κοινωνικές πρακτικές περιθάλψης και την ενσωμάτωσή τους στο έργο».

PROOPSIS Consulting S.A. (2020a). *Promoting social inclusion, combating poverty and discrimination “e-Social Health Care (e-SOHECA)”*- Πακέτο Εργασίας WP3: «Καταγραφή διεθνών τάσεων και Υιοθέτηση Κοινών πρακτικών»-Παραδοτέο D3.1.4: «Προτάσεις που θα βοηθήσουν στην καθιέρωση κοινών πρακτικών στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία σχετικά με την ηλεκτρονική κοινωνική φροντίδα υγείας».

Smith, P. & Coddard, M. (2009). *The English National Health Service: An Economic Health Check. OECD Economics Department Working Papers, No 176*. Paris: OECD Publishing.

Vasileiou, I., Giannopoulos, A., Klonaris, C., Vlasis, K., Marinos, S., Koutsonasios, I., Katsargyris, A., Konstantopoulos, K., Karamoutsos, C., Tsitsikas, A. & Marinos, C. (2009). The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece, *Quality in Primary Care*, 17(2), 145-148.

WHO (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009-2012. *Cost effectiveness and resource allocation*, 15(6).

Yfantopoulos, P. & Yfantopoulos, J. (2015). The Greek Tragedy in the Health Sector: Social and Health Implications, *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 84(3), 165-182.

Zilidis, C., Kastanioti, C., Polyzos, N., Yfantopoulos, J. (2015). Development of a Health Work force Monitoring System in Greece. *Journal of Investment and Management*, 4(5), 256-263.

Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. (2012). Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. *Νοσηλευτική*, 51, 216-226.

Βενιού, Α. & Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς-Ειδικό Άρθρο-*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), 613-618.

Γονιδάκης, Φ., Καραπατσιά, Μ., Μυλωνά, Κ., Ξηρού, Ε. (2020). *Η ψυχοθεραπεία εν μέσω της πανδημίας-Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό Προαγωγής Υγείας-Νέα Υγείας-Τεύχος 107, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2020*. Διαθέσιμο στο: <https://neaygeia.gr/wp/wp-content/uploads/2020/05/%CE%A4%CE%95%CE%A5%CE%A7%CE%9F%CE%A3-107.pdf> [Πρόσβαση 1 Φεβρουαρίου 2022].

Δικαίος, Κ., Κοτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

ΕΣΔΥ (2013). *Η Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων*. Αθήνα: Τομέας Οικονομικών της Υγείας-Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). "Συστήματα Υγείας". Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

ΙΚΠΠ (2012). *Μελέτη καταγραφής νοσοκομειακών μονάδων και του ανθρώπινου δυναμικού στους στα πλαίσια του Υποέργου 1: «Εκπόνηση μελέτης για την καταγραφή και τη βελτιστοποίηση της κατανομής των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων του δημοσίου τομέα και του προσωπικού τους» της Πράξης «Μελέτη για την καταγραφή της κατανομής των νοσοκομειακών μονάδων του δημοσίου τομέα και τον ορθολογικό επανασχεδιασμό τους» με MIS 332750*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΠ).

Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας (2017). *Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία*. Αθήνα: Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας-Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία.

Καδδά, Ο. (2019). Κλινική διακυβέρνηση στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18(1), 1-3.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα-Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), 233-240.

Καλογερόπουλου, Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών-Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673.

Καραφύλλης, Ι.Γ. (2011). *Διδακτορική Διατριβή: Μελέτη της βελτίωσης των υφιστάμενων διαδικασιών για την εκτέλεση των προμηθειών στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα και η υποστήριξη της εφαρμογής νέων μοντέλων δημοσίων προμηθειών*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τμήμα Νοσηλευτικής.

Κουλλιάς, Ε., Αποστολάκης, Ι., Σαράφης, Π. (2020). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών. *Επιστημονικά Χρονικά-Τόμος 25<sup>ος</sup>-Τεύχος 3*, 473-488.

Κυριόπουλος, Γ. (2018). *Θεωρία και πολιτική στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Κυριόπουλος, Γ. & Τέλλογλου, Τ. (2019). Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. Ο Γιάννης Κυριόπουλος και ο Τάσος Τέλλογλου συζητούν για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μπαλάσκα, Δ. & Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3), 106-120.

Μποστανίτης, Ι. & Τσαλίδου, Μ. (2010). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 21, 15-19.

Νεκτάριος, Μ. (2016). *Επιχειρησιακός Σχεδιασμός για τον Εκσυγχρονισμό του Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Δίκτυο για τη Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Διαθέσιμο στο: <https://todiktio.eu/meleti-metarrythmisi-sto-systima-ygeias/> [Πρόσβαση 1 Σεπτεμβρίου 2021].

Νεκτάριος, Μ. (2021). *Υγεία: Αναδόμηση και ανασχεδιασμός λειτουργίας*. Αθήνα: ΚΕΦΙΜ-Ελλάδα 2021-Ατζέντα για την ελευθερία και την ευημερία.

Ντουνιάς, Γ., Μαρκεζίνη, Π., Ναούμ, Β., Ρίζα, Ε., Βίγκα, Υ. (2019). *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας-Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας.

Πετρίδου, Ε. (2011). *Διοίκηση-Management. Μια εισαγωγική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σοφία.

Πιερράκος, Γ. & Τομάρας, Π.Η. (2009). Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας, *Νοσηλευτική*, 48(1), 105-114.

Πλυμάκης, Σ. (2017α). *Αξιολόγηση της επιχειρησιακής ικανότητας και βιωσιμότητα των αλλαγών*. Κόρινθος :Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Πλυμάκης, Σ. (2017). *Εργαλεία αξιολόγησης της επιχειρησιακής λειτουργίας των ΟΤΑ* . Κόρινθος : Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Πολυκανδριώτη, Μ. (2011). Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(4), 439-440.

Πολυκανδριώτη, Μ. & Κουτελέκος, Ι. (2013). Ανάγκες ασθενών. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2), 73-83.

Σπυριδάκη, Α., Αντωνάκος, Ι., Αποστολάκης, Ι., Τούντας, Ι. (2019). Εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health) στα χρόνια νοσήματα και διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους-Ανασκόπηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), 73-80.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. Φιλαλήτης, Τ. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις διαΝΕΟσις-Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίας υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 532-546.

Τσελέπη, Χ. (2000). *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων υπηρεσιών υγείας, τόμος Α'*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 158-164.

Τσίμτσιου, Ζ. (2006). Η σχέση ιατρού-ασθενή και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο ιατρικής πράξης: Μια πρόκληση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 13, 28-43.

Υπουργείο Υγείας (2018). *mHealth-Υγεία εν Κινήσει*. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/5688-mhealth> [Πρόσβαση 1 Φεβρουαρίου 2022].

Υπουργείο Υγείας (2019). *Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας-Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας.

Χλέτσος, Μ. (2015). *Κεφάλαιο Δεύτερο: Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Στο Χλέτσος Μ., Κύκλος Διαλέξεων "Οικονομία και Κοινωνία" (σσ. 3-23). Ιωάννινα: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών-Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.*