

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΜΙΑΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΩΝ
ΚΑΙ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΔΡΑΣΗΣ**

**ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 2012**

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος

Καθηγητής Σωτήριος Σούλης

ΑΘΗΝΑ ΜΑΙΟΣ 2022

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΟΓΗΡΟΥΑΡ.

ΜΗΤΡΩΟΥ: 20102

Επιβλέπων	Σωτήριος	Υπογραφή
Καθηγητής	Σούλης	

Μέλος	Καθηγητής	Αναστάσιος	Υπογραφή
		Σεπετής	

Μέλος	Καθηγητής	Ιωάννης	Υπογραφή
		Πατέρας	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η υπογεγραμμένη Μαρία Καλογήρου του Παντελή, με αριθμό μητρώου 20102, φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Διοίκησης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, Σχολή Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο 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 ενός έτους από τη δημοσίευσή της και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα Μαρία Καλογήρου

(Υπογραφή)



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδιασμού στην περιφερειακή δομή του ΕΣΥ και των μονάδων του αποτελεί ένα πρωτοποριακό βήμα στη θετική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας. Σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες, η Ελλάδα έχει χρονική καθυστέρηση στην υλοποίηση τέτοιων σχεδίων, με αποτέλεσμα χρόνια εμπόδια στις διοικητικές και οργανωτικές λειτουργίες στον τομέα της υγείας.

Η έλλειψη εργαλείων διοίκησης, η αυξανόμενη γραφειοκρατία, η ανάγκη για αποκέντρωση και η μειωμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα οδήγησαν στην ανάγκη για τα συστήματα υγείας να αναπτύξουν σχέδια εκσυγχρονισμού των λειτουργιών και της οργάνωσής τους, διοικητική αναδιάρθρωση, οικονομική εξυγίανση και απόδοση, διασφάλιση ποιότητας και μέτρηση αποτελεσμάτων .

Οι παρεμβάσεις στους παραπάνω τομείς καθορίζουν το επιχειρησιακό σχέδιο της μονάδας υγείας, αναδύκνείουν με σαφήνεια τις προτεραιότητες και τους στρατηγικούς και τακτικούς στόχους, αναπτύσσοντας έτσι την επιχειρησιακή ικανότητα του Οργανισμού. Με βάση αυτό το επιχειρησιακό σχέδιο αξιολογείται η απόδοση του οργανισμού και συνεπώς η διοίκησή του.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

...Στον φύλακα άγγελό μου, τον πατέρα μου...

Υπάρχουν άνθρωποι που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της δουλειάς και νομίζω ότι είναι καθήκον μου να τους εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου κ. Σωτήριο Σούλη. Η καθοδήγηση και η παρέμβασή του ήταν καθοριστικές για την εξέλιξη της δουλειάς μου.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω τους καθηγητές και όσους συμμετείχαν στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Η συμμετοχή μου στο συγκεκριμένο ΜΠΣ έχει εμπλουτίσει τις γνώσεις μου στον τομέα της διοίκησης και διαχείρισης της υγείας και μου έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσω και να συνεργαστώ με πολλούς εξαιρετικούς ανθρώπους.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ. Νάτση που πέρα από τις γνώσεις που μου έδωσε, μου παρείχε ανεκτίμητη πνευματική υποστήριξη στις δύσκολες προσωπικές μου στιγμές.

Κλείνοντας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω την κ. Κατοικου Ευσταθία, Αν. Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, που είναι πάντα αρωγός σε οτιδήποτε κι αν της ζητηθεί στις ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες που αντιμετωπίζουμε ως άνθρωποι και ως επαγγελματίες υγείας.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που στέκεται πάντα δίπλα μου για να απορροφήσει το άγχος και να αγκαλιάσει τα όνειρά μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι θεμελιώδεις στόχοι και αρχές κάθε δημόσιου συστήματος υγείας είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών.

Η επίτευξη αυτών των στόχων απαιτεί καλή οργάνωση και αποτελεσματική διαχείριση σε όλα τα επίπεδα και τα τμήματα του συστήματος.

Σε λειτουργικό, οικονομικό και καθημερινό κλινικό επίπεδο.

Οι εργασίες για τη μεταρρύθμιση της υγείας ξεκινούν καθώς ο νόμος 2889/01 καθοδηγεί τα νοσοκομεία στον καθορισμό της μελλοντικής στρατηγικής τους κατεύθυνσης, καθώς υποχρεώνει τη διοίκηση του νοσοκομείου να αναπτύξει επιχειρησιακά σχέδια δράσης.

Μέσω του επιχειρησιακού και στρατηγικού σχεδιασμού εισάγεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας η έννοια της ορθής διαχείρισης και επιχειρείται η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και αποτελεσματικής διαχείρισης.

Η εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδιασμού στην περιφερειακή δομή του ΕΣΥ και των μονάδων του αποτελεί ένα πρωτοποριακό βήμα στη θετική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας

Η έλλειψη εργαλείων διαχείρισης, η αυξανόμενη γραφειοκρατία, η ανάγκη για αποκέντρωση και η μειωμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα οδηγούν στην ανάγκη για τα συστήματα υγείας να αναπτύξουν σχέδια για τον εκσυγχρονισμό των λειτουργιών και της οργάνωσής τους, διοικητική αναδιάρθρωση, οικονομική εξυγίανση και απόδοση, διασφάλιση ποιότητας και μέτρηση αποτελεσμάτων.

Οι παρεμβάσεις στους παραπάνω τομείς καθορίζουν το επιχειρησιακό σχέδιο της μονάδας υγείας, το οποίο καθορίζει με σαφήνεια τις προτεραιότητες και τους στρατηγικούς και τακτικούς στόχους, αναπτύσσοντας έτσι τη λειτουργική ικανότητα του οργανισμού.

Ο ΣΚΟΠΟΣ αυτής της μελέτης είναι να αναδείξει πώς ο στρατηγικός σχεδιασμός μπορεί να μεταμορφώσει τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο εθνικό σύστημα υγείας , μέσω πειθαρχημένων προσπαθειών για τη λήψη βασικών αποφάσεων και ενεργειών που διαμορφώνουν και καθοδηγούν τι είναι ένας οργανισμός, τι κάνει και γιατί.

Μέσα από αυτά, επιχειρείται η ανάλυση στις βασικές γραμμές ενός επιχειρησιακού σχεδίου και η αιτιολόγηση της αναγκαιότητάς του.

Για να επιτευχθεί αυτό, το πρώτο μέρος της μελέτης αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο και το δεύτερο μέρος είναι μια πρακτική εφαρμογή στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης.

Αυτό το άρθρο παρέχει μια σύντομη επισκόπηση των λειτουργιών, της αποστολής και του ρόλου του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, περιγράφοντας συνοπτικά την υπάρχουσα στρατηγική ανάπτυξής του μέχρι σήμερα, το εσωτερικό του περιβάλλον και τις δραστηριότητές του, την οργάνωση λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, την υλικοτεχνική υποδομή και τα οικονομικά στοιχεία. Παράλληλα, γίνεται αναφορά στον προσδιορισμό των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού και στον προσδιορισμό του εξωτερικού περιβάλλοντος για της γεωγραφικής περιοχής ευθύνης.

Στη συνέχεια μελετώνται οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τις ανταγωνιστικές συνθήκες μιας υγιούς αγοράς,

Αναδεικνύει επίσης τα δυνατά και αδύνατα σημεία του, καθώς και βασικές παραμέτρους που μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του νοσοκομείου και την εκπλήρωση της αποστολής του.

Η χαρτογράφηση των δυνατών και αδύναμων σημείων και ευκαιριών και απειλών ενός νοσοκομείου είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανάπτυξη της στρατηγικής του, η οποία θα πρέπει να είναι προσανατολισμένη προς τους μελλοντικούς του στόχους.

Από τη μια τα δυνατά σημεία του νοσοκομείου - τα πλεονεκτήματα είναι κυρίως η τοποθεσία, οι υποδομές, ο εξοπλισμός και το ανθρώπινο δυναμικό. Από την άλλη πλευρά, το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό είναι υποστελεχωμένο. Λόγω εξουθένωσης το προσωπικό καταφεύγει στα non- covid νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος προσφέρει καλύτερες αποδοχές και προοπτικές καριέρας.

Το χρηματοδοτούμενο από το ΕΣΠΑ Περιβαλλοντικό Λειτουργικό Σχέδιο και Σχέδιο Αειφορίας θεωρούνται ευκαιρίες από το εξωτερικό περιβάλλον και η αυξανόμενες απαιτήσεις ασθενών-συνοδών και η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας ως σημαντικοί κίνδυνοι.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, εντοπίζεται και αναφέρεται η κύρια ερευνητική ερώτηση που προκύπτει για το υπό διερεύνηση θέμα:

Κατά πόσο η ύπαρξη επιχειρησιακών σχεδίων στις μονάδες υγείας συμβάλουν στην καθολική και ισότιμη πρόσβαση της νοσοκομειακής περίθαλψης του εθνικού συστήματος υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος έρευνας, η οποία θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη αποτελεί η ανασκοπική μέθοδος, όπου θεωρείται ένας συστηματικός τρόπος συλλογής δεδομένων - πληροφοριών προκειμένου αναλυθούν και να επεξηγηθούν

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

ΑΠΟΔΟΣΗ

ΑΕΙΦΟΡΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ

ΕΛΕΓΧΟΣ

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ

ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ

ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑ

ΤΜΗΜΑΤΑ

ΥΓΕΙΑ

ABSTRACT

The standard of Greece's National Health System is fully reflected in hospitals. The provision of high quality services is necessary for the system to function efficiently. These institutions deal with significant issues both in Greece and other nations. Business planning, a crucial tool for managing healthcare organizations, has only recently been made available in the US and Europe's health services sector. Greece adopted the practice recently. The manager establishes goals as part of this planning, applies SWOT analytical tools, creates the action plan, develops yearly predictions, implements the business plan, controls, and assesses the outcomes. The business plan makes reference to Law 2889/2001, which created Peripheral Health Systems, their administrators, and administration committees. There is evidence to support the claim that the economic administration and the dearth of staff are the core components of the institution's existence. Additionally, there are recommendations that will help it work properly while also enhancing its reputation and financial standing.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
Περίληψη.....	6
Σκοπός.....	7
Ερευνητική ερώτηση.....	9
Επιλογή μεθόδου έρευνας.....	9
Λέξεις – Κλειδιά.....	10
Abstract.....	11
Εισαγωγή.....	17
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εθνικό Σύστημα Υγείας – Οργάνωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης	

1.1 Η Αναγκαιότητα Ανασυγκρότησης του ΕΣΥ.....	20
1.2 Οργάνωση-Διοίκηση.....	21
1.3 Χρηματοδότηση του Τομέα Υγείας.....	23
1.4 Ο Νοσοκομειακός Τομέας.....	25
1.5 Το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό του ΕΣΥ.....	31
 Κεφάλαιο 2 ^ο : Επιχειρησιακά σχέδια δράσης σε νοσοκομειακές μονάδες	
2.1 Δυνατά σημεία-πλεονεκτήματα.....	41
2.2 Αδύνατα σημεία-μειονεκτήματα.....	49
2.3 Ευκαιρίες-opportunities.....	54
2.4 Απειλές-threats.....	60

Κεφάλαιο	3 ^ο :	Επιχειρησιακά	σχέδια	μέσω	στόχων	
3.1	Εργαλεία	οργανωσιακής	υποδομής	.....		71
Κεφάλαιο 4 ^ο : Οργάνωση συστημάτων δημόσιας υγείας σε ευρωπαϊκές χώρες						
4.1		Νομοθετικό			πλαίσιο	
	.....					76
4.2	Προτεραιότητες	για το	διάστημα	2021-2027	.....	76
4.3	Εντοπισμός	προβλημάτων	.....			79
4.4	Δημοσιονομική	βιωσιμότητα	των	συστημάτων	υγείας	..... 80
4.5	Προσδιορισμός	των	μέσων	πολιτικής	για την	αντιμετώπιση των προκλήσεων
	.....					88
Κεφάλαιο 5 ^ο : Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης Η νοσοκομειακή μονάδα με μία ματιά						
5.1	Δομή	νοσοκομείου	.....			99
5.2	Φορείς	.....				105
5.3	Διευθύνσεις	.....				105
5.4	Γραφείο	Προστασίας	Δικαιωμάτων	Ληπτών	Υπηρεσιών Υγείας	

5.5	Εξωτερικό περιβάλλον...	111
5.6	Εσωτερικό περιβάλλον...	129
5.7	SWOT Analysis.....	142
5.8	Καθορισμός στρατηγικών στόχων.....	150
5.9	Όραμα Παίδων Πεντέλης.....	151
	Επίλογος.....	157
	Συμπερασματικές προσδοκίες.....	159
	Βιβλιογραφία	161
	Παράρτημα.....	173

,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι θεμελιώδεις αρχές και κύριοι στόχοι κάθε δημόσιου συστήματος υγείας είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η επίτευξη αυτών των στόχων απαιτεί καλή οργάνωση και αποτελεσματική διαχείριση σε όλα τα επίπεδα και τα τμήματα του συστήματος. Δηλαδή σε λειτουργικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και σε επίπεδο καθημερινής κλινικής πράξης.

Στον Νόμο 2889/01, που ξεκίνησε το έργο για τη μεταρρύθμιση της υγείας, θεσπίστηκαν και εφαρμόστηκαν σε μεγάλο βαθμό δύο πολύ σημαντικές αλλαγές: η ίδρυση του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (ΠΕΣ.Υ.) και αργότερα της Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ. ΠΕ) .) όπως απορρέουν από την αναδιάρθρωση του 2007 του νόμου και της διοίκησης του δημόσιου νοσοκομείου. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια και τις κατευθύνσεις, ο Ν.2889/01 ορίζει ξεκάθαρα ότι τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να εκπονήσουν στρατηγικό και επιχειρησιακό σχέδιο δράσης. Αυτό από μόνο του είναι μια σημαντική καινοτομία για τον τομέα της υγείας μας.

Παράλληλα με τον επιχειρησιακό και στρατηγικό σχεδιασμό, για πρώτη φορά εισήχθη στο σύστημα υγείας η έννοια της ανάπτυξης υγιούς διαχείρισης και έγινε προσπάθεια εισαγωγής σύγχρονων οργανωτικών μεθόδων και αποτελεσματικής διαχείρισης.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι απαραίτητο στοιχείο διοίκησης και σχεδιασμού δράσης για τους παρόχους υγείας καθώς λειτουργούν σε ένα τόσο ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Απαραίτητο εργαλείο για την ανάπτυξη ενός επιχειρησιακού σχεδίου είναι η ύπαρξη ενός οδηγού που θα αποτελέσει τη βάση για τη δημιουργία του ως χρήσιμου υποχρεωτικού οδηγού για όλα τα νοσοκομεία για την ανάπτυξη

σχεδίων. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένα κοινό πλαίσιο οδηγιών, έτσι, εκτός από σημαντική αναπτυξιακή και λειτουργική αξία για το ίδιο το νοσοκομείο, παρέχει αντικειμενική βάση για παρακολούθηση και τακτική αξιολόγηση του έργου της διοίκησης.

Ως εκ τούτου, σε αυτή την εργασία, ρίχνουμε μια προκαταρκτική ματιά στη διοίκηση της νοσοκομειακής μονάδας (κεφάλαιο 1^ο) και στο επιχειρησιακό σχέδιο δράσης εν γένει (κεφάλαιο 2^ο). Στη συνέχεια αναφέρουμε την αποτελεσματικότητα των σχεδίων λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας (Κεφάλαιο 3) και περιγράφουμε πώς επηρεάζουν την καθολική και δίκαιη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Στο (Κεφάλαιο 4) παρέχουμε μια συγκριτική ανάλυση των ευρωπαϊκών εθνικών συστημάτων υγείας και την υιοθέτηση καλών πρακτικών. Στο τελευταίο κεφάλαιο, αναφερόμαστε στην περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, στην υιοθέτηση συγκεκριμένου Στρατηγικού Σχεδίου και στο όραμα της Νοσηλευτικής Μονάδας στις προτάσεις υλοποίησης, ενώ παράλληλα αναφέρονται κάποια βασικά συμπεράσματα, τα οποία προέκυψαν από την ανασκόπηση βιβλιογραφικών δεδομένων.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Εθνικό Σύστημα Υγείας – Οργάνωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης

Η εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδιασμού στην περιφερειακή δομή του ΕΣΥ και των μονάδων του αποτελεί ένα πρωτοποριακό βήμα στη θετική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας. Σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες, η Ελλάδα παρουσιάζει χρονική καθυστέρηση στην εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων, με αποτέλεσμα χρόνια εμπόδια στις διοικητικές και οργανωτικές λειτουργίες στον τομέα της υγείας.

Η έλλειψη εργαλείων διοίκησης, η αυξανόμενη γραφειοκρατία, η ανάγκη για αποκέντρωση και η μειωμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα οδήγησαν στην ανάγκη για τα συστήματα υγείας να αναπτύξουν σχέδια εκσυγχρονισμού των λειτουργιών και της οργάνωσής τους, διοικητική αναδιάρθρωση, οικονομική εξυγίανση και απόδοση, διασφάλιση ποιότητας και μέτρηση αποτελεσμάτων .

Οι παρεμβάσεις στους παραπάνω τομείς καθορίζουν το επιχειρησιακό σχέδιο της μονάδας υγείας, καθορίζουν με σαφήνεια τις προτεραιότητες και τους στρατηγικούς και τακτικούς στόχους, αναπτύσσοντας έτσι την επιχειρησιακή ικανότητα του Οργανισμού. Με βάση αυτό το επιχειρησιακό σχέδιο αξιολογείται η απόδοση του οργανισμού και συνεπώς η διοίκησή του.

1.1 Η Αναγκαιότητα Ανασυγκρότησης του ΕΣΥ

Το ΕΣΥ σήμερα δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες απαιτήσεις και τις σύγχρονες προκλήσεις στο χώρο της υγείας.

Επιπλέον, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ),
- Έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (κατ' οίκον νοσηλεία, μονάδα ημερήσιας φροντίδας, κέντρο αποκατάστασης, μονάδα χρόνιων παθήσεων),
- Περιορισμό της χρήσης νέων τεχνολογιών,
- Έλλειψη μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και ποιότητας,
- Υπαρξη σημαντικής παραοικονομίας
- Γήρανση του ανθρώπινου δυναμικού και εργασιακή εξουθένωση.

Σαφώς, αυτά τα ζητήματα δίνουν στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της χώρας έναν χαρακτήρα επείγουσας μεταρρύθμισης

Σε συνδυασμό με φόβους και επιφυλάξεις σχετικά με την γρήγορη έξοδο από την οικονομική κρίση, αρνητικές δημογραφικές τάσεις, αύξηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, δυσκολίες στην εφαρμογή πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας και κοινωνική δυσπιστία και «ομάδες πίεσης» που αντιτίθενται σε κάθε προσπάθεια για μεταρρύθμιση όπως και ομάδες συμφερόντων που γνωρίζουν επίσης την πολυπλοκότητα και τη δυσκολία των επιχειρηματικών απαιτήσεων.

Τα τελευταία χρόνια, μια σειρά από ερευνητικά προγράμματα έχουν δείξει ότι υπάρχουν σημαντικά εμπόδια για την είσοδο των πολιτών στο σύστημα υγείας. Τα εμπόδια εισόδου αφορούν κυρίως άτομα με χρόνια νοσήματα, ηλικιωμένους και ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Ειδικότερα, για τα άτομα με μεγαλύτερες ανάγκες, η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί, επηρεάζοντας έτσι τα πρότυπα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. (Νέο ΕΣΥ: Ανοικοδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2020)

Ως αποτέλεσμα, στο σύστημα υγείας της χώρας υπάρχουν: υποχρησιμοποίηση πόρων σε ορισμένες δομές και υπερχρησιμοποίηση σε πολλές άλλες, που στο πλαίσιο ενός μη ολοκληρωμένου και ασυντόνιστου συστήματος υγείας δημιουργεί ένα μη παραγωγικό και ασυντόνιστο σύστημα υγείας.

1.2 Οργάνωση-Διοίκηση

Το ΕΣΥ υποφέρει από σοβαρά οργανωτικά προβλήματα και υποστελέχωση. Η εξαιρετικά συγκεντρωτική και αναχρονιστική φύση της διοίκησης μειώνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Στο επίκεντρο αυτού του φαινομένου βρίσκεται η έλλειψη δομημένης διοίκησης και συχνά ευθυγραμμίζεται με τις πιο «εξαρτημένες» παρατάξεις του πολιτικού συστήματος, που θεωρούν τη διοικητική συνέχεια ως πολιτικά απαράδεκτη.

Η στάση της διοικητικής ιεραρχίας όταν προσπαθεί να εισαγάγει δομική αλλαγή χαρακτηρίζεται από απροθυμία μέχρι σημείου άρνησης, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια μνήμης για τη διασφάλιση της διοικητικής συνέχειας.

Η κατανομή των νοσοκομείων και των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας και τις προσδοκίες του πληθυσμού σε κάθε περιοχή. Οι χάρτες της δομής του ΕΣΥ έχουν σχεδόν αλλάξει και δεν έχουν προσαρμοστεί στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και τα δεδομένα από τη σύγχρονη τεχνολογία, με αποτέλεσμα την καταστροφή της αυτάρκειας υγείας σε πολλές περιοχές και αναγκάζοντας τους πολίτες τους να ταξιδεύουν συνεχώς για ιατρική περίθαλψη.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Ο επιτελικός και εποπτικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας στο ΕΣΥ.
2. Δημιουργία «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης» ΕΣΥ.
3. Αναδιοργάνωση της Υγειονομικής Περιφέρειας
4. Κατασκευή διασυνδεδεμένων «νοσοκομειακών συγκροτημάτων», «νοσοκομειακών δικτύων».
5. Μετατροπή νοσοκομείων ΕΣΥ σε μη κερδοσκοπικά ΝΠΙΔ του Υπουργείου Υγείας.
6. Ενίσχυση της διαχείρισης της κλινικής συναίνεσης με την ενίσχυση της ιατρικής ιεραρχίας, ιδιαίτερα των ευθυνών και των εργαλείων λήψης αποφάσεων του διευθυντή-συντονιστή.
7. Διαχείριση Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το Δ.Σ.
8. Η ίδρυση ιατρικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας – κοινωνικής ιατρικής στο Υπουργείο Υγείας.
9. Αναπύξηση της ηλεκτρονικής υγείας.

10. Συμπληρωματική υποστήριξη μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. (Νέο NHS: Ανοικοδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2020)

1.3 Χρηματοδότηση του Τομέα Υγείας

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ο τομέας της υγείας ήταν ο κύριος τομέας για περιοριστικές πολιτικές με ρητή πρόθεση να διατηρηθούν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ, ιδίως οι δημόσιες δαπάνες για φάρμακα στο 1% του ΑΕΠ. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, κατά την περίοδο 2012-2016, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά, από 9,47% το 2009 σε 14,72 δισ. ευρώ ή 8,45% του ΑΕΠ. (ΕΛΣΤΑΤ)

Το σύστημα υγείας της χώρας δεν μοιάζει με οποιοδήποτε άλλο ευρωπαϊκό σύστημα, λόγω ενός συνδιασμού εισροών δημόσιων δαπανών για την υγεία από τη φορολογία και την ασφάλιση, καθώς και λόγω της έντονης συμμετοχής ιδιωτικών δαπανών.

Το σύστημα χρηματοδότησης του τομέα της υγείας έχει σοβαρές στρεβλώσεις και πρέπει να διορθωθεί. Ίσως οι διαρθρωτικές αλλαγές σε αυτόν τον τομέα να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας στο σύνολό του για να διασφαλιστεί μια σταθερή δημοσιονομική βάση.

Ταυτόχρονα, πρέπει να γίνουν αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας τιμολογούνται, διαπραγματεύονται και αποζημιώνονται για αποτελεσματική κατανομή και χρήση των πόρων.

Η έννοια των δαπανών για την υγεία αναφέρεται σε κάθε είδους δαπάνη με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση ή την πρόληψη της υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Αυτός ο ορισμός των δαπανών για την υγεία επιτρέπει τη μέτρηση της οικονομικής δραστηριότητας σε σχέση με τον πρωταρχικό σκοπό του συστήματος υγείας και τα αποτελέσματα που παράγει. Η έννοια της δραστηριότητας σχετίζεται επίσης με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας, αλλά και με δραστηριότητες που υιοθετούνται για τη βελτίωση ή και τη διατήρηση της υγείας. (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, το κόστος υγείας μπορεί να χωριστεί σε τρεις κατηγορίες δαπανών:

Ιατρικά έξοδα, που αναφέρονται στην αμοιβή του γιατρού, στο κόστος μεταφοράς του ασθενούς, στο κόστος διαφόρων θεραπειών, όπως θεραπείες spa κ.λπ.

Αμοιβές νοσηλείας που σχετίζονται με αμοιβές νοσηλείας, αμοιβές χειρουργείου, αμοιβές φαρμάκων, αμοιβές κλινικής εξέτασης κ.λπ.

Κόστος φαρμακευτικής αγωγής, που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, οπτική και ορθοπεδική.

Εάν στις κύριες κατηγορίες προστεθούν δαπάνες για σχολική ιατρική, στρατιωτικές υπηρεσίες υγείας, ιατρική της εργασίας, εκπαίδευση, πρόληψη, έρευνα και λειτουργικές δαπάνες, τα ποσά αυτά ορίζονται ως συνολικές δαπάνες υγείας.

Όπως φαίνεται από όσα αναφέρθηκαν ήδη, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μιας χώρας είναι το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης και των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων.

Μέτρα ελέγχου κόστους για συστήματα υγείας:

Η έμφαση στη μικρο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο κόστος του συστήματος υγείας που καλύπτεται από τους εθνικούς προϋπολογισμούς, ενώ η ιδιωτική κατανάλωση επικεντρώνεται στο ίδιο κόστος και στο κόστος συμμετοχής των καταναλωτικών νοικοκυριών. Το κράτος εξακολουθεί να συμμετέχει στο σύστημα υγείας μέσω των δημοσίων επενδύσεων. Η έννοια των ιδιωτικών επενδύσεων σχετίζεται με την ιδιωτική δημιουργία υποδομών για τη μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους, επομένως έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Σούλης, 1998).

1.4 Ο Νοσοκομειακός Τομέας

Περίπου το 65% των κλινών ανήκει στον δημόσιο τομέα και το 35% στον ιδιωτικό τομέα. Τα περισσότερα ιδιωτικά κρεβάτια είναι σε μικρές έως μεσαίες γενικές, μαιευτικές ή ψυχιατρικές κλινικές με λιγότερες από 100 κλίνες, χαμηλό αριθμό ασθενών και χαμηλά ποσοστά προσωπικού. Αυτά τα νοσοκομεία έχουν κατά κύριο λόγο συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή υπηρεσιών μεσαίας ποιότητας στους ασφαλισμένους. (Νέο ΕΣΥ: Ανοικοδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2020)

Το σύστημα υγείας της χώρας είναι ιδιαίτερα συγκεντρωμένο σε νοσοκομεία με τη μικρότερη μέση διάρκεια παραμονής στην ΕΕ (5,2 ημέρες) και ποσοστό πληρότητας κρεβατιών (74%) παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα διαχείρισης,

Αυτά περιλαμβάνουν την έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, την υποκειμενική λήψη ιατρικών αποφάσεων από τους γιατρούς και την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας, που μερικές φορές οδηγούν σε υπερβολική χρήση υπηρεσιών, αυξημένο κόστος και αναποτελεσματικότητα.

Σε διεθνές επίπεδο, οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης έχουν δείξει ισχυρές τάσεις ανάπτυξης: ημερήσιες κλινικές και χειρουργεία, κέντρα νοσηλείας, νοσηλευτικές μονάδες για παραπομπές

χρόνιων ασθενειών και συγχωνεύσεις δομών με μείωση των κλινών που διαθέτουν.

Τα δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με άνιση κατανομή κλινών, κλινικών, εργαστηρίων και προσωπικού, σοβαρές ελλείψεις ανθρωπίνων πόρων και αναποτελεσματική διαχείριση.

Προκειμένου να βελτιωθεί το δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα, σύμφωνα με τις ιατρικές ανάγκες του πληθυσμού σε κάθε διοικητική περιφέρεια, το νομικό καθεστώς των δημόσιων νοσοκομείων πρέπει να μεταρρυθμιστεί θεσμικά, να ενισχυθεί η αυτονομία, η περιφερειακή διασύνδεση και να προσαρμοστεί η κατανομή υλικού και ανθρώπινου δυναμικού.

Δεδομένων των δημοσιονομικών περιορισμών, πρέπει να γίνει εξοικονόμηση πόρων για να βελτιστοποιηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και να διευκολυνθεί η πρόσβαση των ληπτών σε αυτές. Καθώς οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται παγκοσμίως, η πρόσβαση σε καινοτόμες λύσεις αποτελεί μονόδρομο. Οι αλλαγές στην διοίκηση και την δομή των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ο ανασχεδιασμός του τρόπου χρηματοδότησης και συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα, η διασύνδεση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης αλλά και η ενίσχυση της μετανοσοκομειακής φροντίδας δύνανται να βοηθήσουν το ΕΣΥ να ανασυγχρονιστεί.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

- Διασφάλιση ελεύθερης επιλογής και ισότητας για τους ασθενείς στην παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- Ενοποίηση και αλλαγή χρήσης νοσοκομείων, ιδιαίτερα μικρών νοσοκομείων σε επίπεδο νομού.
- Διαμόρφωση ανταγωνιστικού περιβάλλοντος με νοσοκομεία υψηλών αποδόσεων με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας.
- Επανεκχώρηση κλινικών και εργαστηρίων με συγχώνευση ή απόσυρση και ίδρυση νέων, με αλλαγή των υφιστάμενων οργανωτικών και λειτουργικών κανόνων.
- Οργάνωση και λειτουργία νοσοκομείων σε λειτουργική βάση με ευρεία αυτονομία και ευθύνη.
- Εφαρμογή κλειστού προϋπολογισμού και αποζημίωση με βάση μια ομοιογενή διαγνωστική ομάδα (DRGs).

- Με αυξημένη διοικητική ευθύνη, ένας διευθυντής- συντονιστής διαχειρίζεται τον κλειστό προϋπολογισμό για κάθε κλινική και εργαστήριο.
- Ολοκλήρωση νοσοκομειακής λογιστικής και διοικητικής μηχανογράφησης και λειτουργία νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών.
- Αξιοκρατική στελέχωση του τμήματος διοίκησης του νοσοκομείου

- Οι αμοιβές, ιδιαίτερα των γιατρών, διαφοροποιούνται ανάλογα με την οικονομική και την κλινική αποδοτικότητα.

Υπάρχουν σημαντικά προβλήματα με την οργάνωση και τη διαχείριση του ΕΣΥ. Η κατανομή των νοσοκομείων και των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας και τις προσδοκίες του πληθυσμού σε κάθε περιοχή. Η εξαιρετικά συγκεντρωτική και αναχρονιστική φύση της διαχείρισης μειώνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Προς τούτο προτείνονται σημαντικές αλλαγές με στόχο τον ορθό σχεδιασμό, την αποκέντρωση, τη σύγχρονη διαχείριση και αξιολόγηση σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης και λειτουργίας και νέο πλαίσιο συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, σύμφωνα με άλλα προηγμένα συστήματα υγείας. Άλλα ζητήματα που εντοπίστηκαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι κυρίως:

- Αυξημένη χρήση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών ΤΕΠ για την εισαγωγή ασθενών και αυξημένη χρήση των τμημάτων ρουτίνας εξωτερικών ασθενών (ΤΕΙ) των νοσοκομείων για τη διαχείριση περιπτώσεων που μπορούν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο λόγω υποανάπτυξης και δυσλειτουργικών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα.
- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού που προσδιορίζονται από δείκτες που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού, τις συννοσηρότητες, τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών και τη μετανάστευση, την ψυχική υγεία κ.λπ.
- Λόγω έλλειψης ειδικών μονάδων όπως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).

- Η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού στην ανάπτυξη των νοσοκομείων, που επικεντρώνεται κυρίως στην εξυπηρέτηση τοπικών συμφερόντων, όπως πολιτικοί λόγοι, συχνά δεν συνάδει με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, με αποτέλεσμα:
 - Τα επαρχιακά νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα
 - Έλλειψη σημαντικών ιατρικών ειδικοτήτων, ιδιαίτερα στα περισσότερα επαρχιακά νοσοκομεία
 - Έλλειψη ιατρικού/διαγνωστικού εξοπλισμού με σύγχρονες διαγνωστικές και επεμβατικές τεχνολογίες (άρα απλά περιστατικά μεταφέρονται σε μεγάλα νοσοκομεία στα αστικά κέντρα) ή/και υποχρησιμοποίηση της υπάρχουσας υποδομής.

- Η οργάνωση των νοσοκομείων και η λειτουργία τους στερούνται ενιαίου και τυποποιημένου τρόπου.
- Η ύπαρξη κατακερματισμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων απαιτεί ανασχεδιασμό των κανονισμών οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων, κυρίως αναδιοργάνωση της κλινικής ιατρικής ιεραρχίας των κλινικών και των εργαστηρίων. (Νέο ΕΣΥ: Ανοικοδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2020)

- Λόγω της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης της χώρας και των δημοσιονομικών περιορισμών, υπάρχει ανάγκη για βελτιωμένη τεχνική αποτελεσματικότητα και αποτελεσματικότερη χρήση των νοσοκομειακών πόρων.

- Υπάρχουν διαφορές (μέσα στον οργανισμό ΦΕΚ) μεταξύ καλά ανεπτυγμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων και νόμιμα λειτουργούντων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων.

Όπως φαίνεται από προηγούμενες εκθέσεις, υπάρχουν ορισμένα ζητήματα που καθιστούν επιτακτική την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα της χώρας, και αυτά εντοπίζονται σε πολλές χώρες που επανασχεδιάζουν και αναθεωρούν την οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα τους.

Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας στις περισσότερες χώρες της ΕΕ βασίζεται σε συνδυασμό σύγχρονης τεχνολογίας και δυναμικού υγείας. Η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας στη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών υπήρξε θεμελιώδης παράγοντας που συνέβαλε στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ευρωπαίων πολιτών.

Ωστόσο, η παραγωγή υπηρεσιών υγείας παραμένει ένας κλάδος «έντασης εργασίας». Βασίζεται πρωτίστως στη γνώση, την εκπαίδευση, την έρευνα και την τεχνογνωσία του εργατικού δυναμικού της υγείας.

Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει να διερευνηθεί η βέλτιστη σύνθεση του ιατρικού, νοσηλευτικού, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού για να επιτευχθεί το μέγιστο αποτέλεσμα στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Η περιορισμένη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, η ανεπαρκής θεωρητική και κλινική κατάρτιση, η ανεπαρκής έρευνα και η έλλειψη καινοτομίας στον είναι σημαντικοί παράγοντες υπανάπτυξης. Για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος απαιτείται προσεκτικός

σχεδιασμός και έρευνα για τη συνεχή εκπαίδευση και την παραγωγική χρήση του ανθρώπινου κεφαλαίου στα συστήματα υγείας.

Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πιστεύει ότι οι ανάγκες υγείας των εθνικών και περιφερειακών πληθυσμών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό του δυναμικού υγείας. Η απασχόληση στον τομέα της υγείας πρέπει να είναι συνάρτηση της ζήτησης υγείας (ΠΟΥ, 2019).

1.5 Το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό του ΕΣΥ

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι η τεράστια έλλειψη μη ιατρικού προσωπικού, κυρίως νοσηλευτών. Το νοσηλευτικό προσωπικό σε πολλά τμήματα είναι κάτω από τα ασφαλή όρια, ενώ άλλα, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων ιδιαίτερα κρίσιμων τμημάτων, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, είναι υποστελεχωμένα και δεν λειτουργούν καθόλου.

Οι προσλήψεις νοσηλευτών μέσω ΑΣΕΠ χρειάζονται 18-24 μήνες για να ολοκληρωθούν και το αρμόδιο Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας έχει καθυστερήσει ή ανέβαλε τις σχετικές διαδικασίες για λόγους δημοσιονομικής πολιτικής.

Ως αποτέλεσμα, η αναλογία νοσηλευτών προς ιατρικό προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σήμερα είναι περίπου 1:3, ενώ η διεθνής ιδανική αναλογία είναι 2-3 νοσηλευτές προς 1 γιατρό, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος.

Εκτός από τις τεράστιες ελλείψεις, μεγάλος αριθμός νοσηλευτών αποσπάται σε διοικητικές θέσεις εντός και εκτός του συστήματος υγείας, παρά την ανακοίνωση της κυβέρνησης για άμεση επιστροφή τους. Την ίδια ώρα, διαρκώς γίνονται μετακινήσεις κυρίως από τα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας.

Υπάρχουν επίσης σημαντικά κενά στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες. Οι προσλήψεις για αυτές τις υπηρεσίες είναι λίγες και οι κενές θέσεις καλύπτονται συχνά με μεταθέσεις ακατάλληλου προσωπικού.

Όσον αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες, βασικοί τομείς δυσκολεύονται να λειτουργήσουν. Η καθυστέρηση στην ολοκλήρωση των κρίσεων είναι μεγάλη –έως 3 χρόνια– και το αποτέλεσμα είναι συχνά το ιατρικό προσωπικό να μετατρέπεται σε ένα «ηλικιωμένο» και εξαντλημένο εργατικό δυναμικό χειριστών χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο για συνεισφορά.

Όλο το προσωπικό των νοσοκομείων, εκτός από τον μεγάλο φόρτο εργασίας λόγω υποστελέχωσης, υποφέρει από εξαιρετικά χαμηλές αποδοχές και κακές συνθήκες εργασίας. Σε αυτό πρέπει να προστεθεί και η άνιση κατανομή του προσωπικού σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών. Με την πάροδο του χρόνου, το ιατρικό προσωπικό συγκεντρώθηκε σε δύο αστικά κέντρα, την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη

Παρά τα προβλήματα (θεσμικά, οργανωτικά, λειτουργικά κ.λπ.), πρέπει να σημειωθεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό περιλαμβάνει επαγγελματίες που παρακολουθούν τις επιστημονικές εξελίξεις, εργάζονται με επιμέλεια και παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Αυτό υποστηρίζεται από τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα και την καλή κατάσταση των

δεικτών υγείας που αντικατοπτρίζουν τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα και είναι ικανοποιητική.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

- Το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, αναπτύσσει ένα στρατηγικό σχέδιο ανθρώπινου δυναμικού που προσαρμόζει τις εισαγωγές στη Σχολή Επιστημών Υγείας.
- Η ΑΔΙΠ θεσπίζει ελάχιστα πρότυπα προγράμματος σπουδών για τις επιστήμες υγείας.
- Εκσυγχρονισμός του θεσμικού πλαισίου χορήγησης ιατρικών ειδικοτήτων και καθορισμός του αριθμού των ειδικών που απαιτούνται για κάθε ιατρική ειδικότητα.
- Για τους γιατρούς, το σύστημα «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» πρέπει να ισχύει μόνο για ειδικούς με υψηλότερους μισθούς και δυνατότητα παροχής ιδιωτικής εργασίας αμειβόμενης εντός του νοσοκομείου. Για τους υπόλοιπους ιατρούς θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα πλήρους αλλά μερικής απασχόλησης ώστε να μπορούν να απασχοληθούν σε δύο ή περισσότερα νοσοκομεία με ατομικές συμβάσεις εργασίας.
- Οι ιδιώτες γιατροί έχουν τη δυνατότητα να συνάπτουν συμβάσεις πλήρους ή μερικής απασχόλησης με νοσοκομεία του ΕΣΥ για να καλύψουν επείγουσες ή εποχιακές ανάγκες

- Θεσμοθετηση της κινητικότητας εντός του ΕΣΥ για την παροχή απαραίτητου προσωπικού σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε περιοχής και κάθε μονάδας.
- Ενίσχυση και ανάπτυξη του νοσηλευτικού δυναμικού μέσω νέων προγραμμάτων σπουδών και αυξημένων μισθών.
- Εκσυγχρονισμός του πλαισίου χρηματοδότησης για συνέδρια για τον περιορισμό των «συγκρούσεων συμφερόντων» για συνέδρια και συμμετέχοντες.
- Επαναξιολογήση των απαιτήσεων εργασίας και των συνθηκών υγείας και ασφάλειας σε όλες τις ειδικότητες που υπηρετούν στο ΕΣΥ.
- Ανάπτυξη στοχευμένων προγραμμάτων δια βίου κατάρτισης για όλο το προσωπικό των μονάδων του ΕΣΥ (Souliotis et al. 2003).

Το στρατηγικό σχέδιο ενός οργανισμού περιλαμβάνει ένα όραμα, την αποστολή, την ανάλυση του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος και τον προσδιορισμό των κατάλληλων στρατηγικών μέσω μιας σειράς εναλλακτικών λύσεων.

Είναι απαραίτητο να αναλυθεί τόσο το περιβάλλον όσο και η κατεύθυνση της νοσοκομειακής μονάδας, πώς να αναπτυχθούν οι ικανότητες και πώς να δημιουργηθεί ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Επομένως, η περιβαλλοντική ανάλυση είναι απαραίτητη για να κατανοήσουμε πού πηγαίνει ο οργανισμός στο μέλλον.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός απαιτεί καλά εκπαιδευμένα και έμπειρα στελέχη, δεν είναι απλώς η αναπαραγωγή ενός σχεδίου που δανείστηκε από έναν άλλο πανομοιότυπο οργανισμό, είναι μια δυναμική προσέγγιση, εάν υπάρχει.

Ο σχεδιασμός αυτός ποτέ δεν θα διακρίνεται από ευκολία γιατί το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον γίνεται όλο και πιο πολύπλοκο και το μέλλον δεν δύναται να προβλεφθεί με ακρίβεια.

Οι σχεδιασμοί που μπορεί να υπάρχουν ήδη απαιτούν επικαιροποίηση, γιατί όπως είπαμε το περιβάλλον δεν χαρακτηρίζεται ως στατικό.

Συνεπώς η διοίκηση οφείλει να ασχολείται περισσότερο και με υπευθυνότητα με το κομμάτι του σχεδιασμού υπό το πρίσμα ενός ασταθούς περιβάλλοντος και ενός συνόλου αστάθμητων μεταβλητών. (Γεωργόπουλος 2004).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Επιχειρησιακά σχέδια δράσης σε νοσοκομειακές μονάδες.

Ένα επιχειρηματικό σχέδιο είναι η διαδικασία διαίρεσης των στρατηγικών στόχων σε έργα, ενέργειες, ετήσιους στόχους και δείκτες, προσδιορίζοντας πώς θα επιτευχθούν οι στρατηγικοί στόχοι και το στρατηγικό σχέδιο κάθε χρόνο.

Η προσαρμογή των υπηρεσιών στο εξελισσόμενο τοπίο της υγείας απαιτεί την ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων, αλλά και την αξιοποίηση των υπάρχοντων θετικών. Η ανάλυση S.W.O.T είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για κάθε

υπηρεσία. Στόχος του δεν είναι η ατελείωτη συλλογή λεπτομερών δεδομένων και πληροφοριών, αλλά η ανάλυση δεδομένων και πληροφοριών που έχουν άμεσο αντίκτυπο στη διαδικασία του. Έχει σχεδιαστεί για να διερευνά συγκεκριμένα ζητήματα, βάσει των οποίων οι διευθυντές θα μπορούν να προσδιορίζουν και να αξιολογούν στρατηγικές επιλογές. Τα τελευταία χρόνια, η στρατηγική διαχείριση έχει αρχίσει σταδιακά να απαλλασσεται από αυτή την ορθολογική και στατική ανάλυση και να κινείται προς την επιχειρηματικότητα. Οι παγκόσμιες αγορές απαιτούν γρήγορες απαντήσεις.

Αν και η ανάλυση S.W.O.T έχει επικριθεί ότι είναι ουσιαστικά ένας εκτενής κατάλογος παραγόντων χωρίς να αξιολογείται η χρησιμότητά της (Oliver 2000), γενικά είναι ένα παραγωγικό και χρήσιμο εργαλείο για στρατηγική ανάλυση, εφόσον εφαρμόζεται κατάλληλα. Διαφορετικά, μπορεί να είναι μια χρονοβόρα διαδικασία χωρίς ιδιαίτερη σημασία. Η ανάλυση S.W.O.T είναι ένας μηχανισμός αξιολόγησης εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, αν και πολλές φορές θεωρείται ως αυτόνομο εργαλείο στρατηγικής ανάλυσης, ενώ άλλες μέθοδοι και νέα πολύτιμα εργαλεία εισάγονται στην υπηρεσία. Είναι ένα χρήσιμο αλλά όχι αυτόνομο εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού που υπόσχεται στις υπηρεσίες υγείας να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις, που δίνουν έμφαση στη δημιουργία αξίας και δεν αφήνουν καμία ευκαιρία να παραμείνουν ανταγωνιστικές.

Η ανάλυση S.W.O.T είναι η μέθοδος στρατηγικής ανάλυσης που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ).

Πλεονεκτήματα ή αλλιώς **δυνατά σημεία** από τη σκοπιά του εσωτερικού περιβάλλοντος της υπηρεσίας, όπως: προσβασιμότητα, υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έμπειρο και επαγγελματικό νοσηλευτικό προσωπικό, σύγχρονο επίπεδο τεχνικού βιοϊατρικού εξοπλισμού, διαχείριση

με γνώμονα την ποιότητα, **αδύνατα σημεία** όπως η μη ικανοποίηση και οι αδυναμίες του ανθρώπινου δυναμικού, οι ελλείψεις εξοπλισμού, η ψυχική και η σωματική κόπωση, η μη εφαρμογή πρωτοκόλλων διαχείρισης θεραπείας, οι ασαφείς νοσηλευτικές ευθύνες, η ανεπαρκής ή μειωμένη εκπαίδευση του προσωπικού, η κουλτούρα προσωπικού.

Από το εξωτερικό περιβάλλον, αναδύονται οι **ευκαιρίες** για συστήματα διασφάλισης ποιότητας, έναρξη και λειτουργία αυτών, επίγνωση των αδυναμιών των παρεχόμενων υπηρεσιών, τήρηση ιατρικών αρχείων, ο εθελοντισμός, μορφές ιδιωτικής χρηματοδότησης σε νοσοκομειακές μονάδες, πολιτισμικότητα και οι **απειλές** όπως η οικονομική κρίση, καθημερινά θέματα γραφειοκρατίας στην διαχείριση, μεγάλη μετανάστευση και ανασφάλιστοι, δυσαρέσκεια των χρηστών υγείας, φροντίδα του ιδιωτικού τομέα, αλλαγή επιδημιολογικών προτύπων.

Με τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους, στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες, με εξαιρετική σπανιότητα πόρων, οι οργανισμοί υγείας πρέπει να επιδιώξουν να μεγιστοποιήσουν το παραγόμενο έργο (Lee 2012) και να αξιοποιήσουν τους διαθέσιμους πόρους για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων, όπως υγεία, νοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη, νοσηλευτική δραστηριότητα, διάγνωση ασθενειών, θεραπεία ασθενών. (Γώγος 2014).

Συγκεκριμένα, σκοπός μιας μονάδας υγείας είναι η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό της υγειονομικής της περιφέρειας και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλη περιφέρεια. Παροχή εξειδίκευσης, εκπαίδευση γιατρών, νοσηλευτών και άλλων

επαγγελματιών υγείας, ανάπτυξη και προώθηση έρευνας στον τομέα της υγείας, εφαρμογή νοσηλευτικών μεθόδων, κάλυψη αποτελεσματικών αναγκών υγείας και συνεργασία με άλλους φορείς για την προώθηση της υγείας, της εκπαίδευσης και της έρευνας (World Health Organization 2007) .

Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν έναν αυξανόμενο αριθμό νέων προκλήσεων που υπερβαίνουν τις αρχικές προθέσεις του τομέα υγείας που περιγράφηκαν παραπάνω. Οι ιατρικές γνώσεις, η πρόοδος της τεχνολογίας, οι προσδοκίες των ασθενών, η οικονομική κρίση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η γήρανση του πληθυσμού και οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι για την υγεία έχουν φέρει στην επιφάνεια την ανάγκη για προγραμματισμό. Κάθε υπηρεσία υγείας θα επιλέξει την πορεία της με βάση τις νέες προκλήσεις και τις ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν, εισάγοντας εργαλεία και προσεγγίσεις που εφαρμόζονται στον ιδιωτικό τομέα για την επίτευξη στόχων και την ανταπόκριση σε ένα εξελισσόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον (Van Wijngaarden et al 2012).

Η ανάλυση S.W.O.T είναι ένα βασικό, προκαταρκτικό εργαλείο λήψης αποφάσεων. Πολλές επιχειρήσεις το χρησιμοποιούν για να αξιολογήσουν την τρέχουσα κατάστασή τους. Ο σκοπός είναι να λαμβάνουν αποφάσεις και να διαμορφώνουν τις μελλοντικές τους στρατηγικές (Suarez et al 2016).

Είναι πολύ κοινό τα τελευταία 50 χρόνια ως σημαντικό εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού στο πλαίσιο της διαχείρισης επιχειρήσεων και έχει τη δυνατότητα να εφαρμοστεί και σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (Van Wijngaarden et al 2012)

Η ανάλυση S.W.O.T (Suarez et al. 2016) είναι μια προτεινόμενη μέθοδος στρατηγικής ανάλυσης οργανισμών υγείας. Τα ζητήματα που εντοπίστηκαν στην ανάλυση S.W.O.T εμπίπτουν σε τέσσερις κατηγορίες. Είναι ένα

αρκτικόλεξο που σχηματίζεται με τον εντοπισμό και την περιγραφή των δυνατών και αδυναμιών του εσωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού και των υπηρεσιών, των ευκαιριών και των απειλών που υπάρχουν στο εξωτερικό του περιβάλλον.

Ο προγραμματισμός είναι η κύρια διοικητική λειτουργία που βοηθά στην επίτευξη των στόχων του νοσηλευτικού τμήματος και, με τη σειρά του, των στόχων της νοσηλευτικής εγκατάστασης. Οι Koontz και O'Donnell (1984) επεσήμαναν ότι μέσω του προγραμματισμού, αποφασίστε εκ των προτέρων τι να κάνετε, πότε να το κάνετε και ποιος να το κάνει. Ο Μπουραντάς (2002) επισημαίνει ότι ο προγραμματισμός συνιστάται όταν προσδιορίζονται στόχοι, στρατηγικές, ενέργειες ρουτίνας και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την επίτευξή τους σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Τα προγράμματα-σχέδια χωρίζονται σε στρατηγικό σχεδιασμό και τακτικό-επιχειρησιακό σχεδιασμό. Η διαδικασία στρατηγικού σχεδιασμού βοηθά στη διαμόρφωση της αποστολής, του οράματος, των μακροπρόθεσμων στόχων και των στρατηγικών αποφάσεων (Μπογιατζίδης 2016). Αντανακλά την οργανωτική πολιτική και την προσωπικότητα του ιδρύματος. Ορίζει ένα καθοδηγητικό πλαίσιο που παρέχει τελικά κριτήρια αξιολόγησης για τη διοικητική συμπεριφορά, τους οργανισμούς και τις διαδικασίες τους (Suarez et al 2016). Τα τακτικά επιχειρησιακά σχέδια έχουν μικρότερους χρονικούς ορίζοντες. Ποσοτικά, ποιοτικά και χρονικά, διατυπώνονται οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη μετρήσιμων βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων στόχων. Η ανάλυση SWOT είναι μια στρατηγική τεχνική (Suarez et al 2016) που θα συλλάβει στοιχεία του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος για να σχεδιάσει τα κύρια στρατηγικά ζητήματα και να διαμορφώσει στρατηγικές επιλογές για

την επίτευξη στόχων και τη μελλοντική ανάπτυξη. Στη συνέχεια, θα τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι που ευθυγραμμίζονται με την ικανοποίηση των στόχων της νοσηλευτικής μονάδας και αντικατοπτρίζουν το όραμα και την αποστολή της (Μπογιατζίδης 2016).

Ο σαφής καθορισμός των στόχων διαχείρισης για τον νοσηλευτικό τομέα είναι το πρώτο βήμα στον στρατηγικό σχεδιασμό (Harrison 2010). Είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν ταυτόχρονα δείκτες για τη μέτρηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και των συνεπειών τους.

Ο καθορισμός στόχων αρχικά περιελάμβανε τη συλλογή και αξιολόγηση βασικών δεδομένων (Gibis et al. 2001), όπως οι ανάγκες των ασθενών, δημογραφικά δεδομένα και αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης της υγείας τους, πηγές χρηματοδότησης για τη φροντίδα, η τρέχουσα κατάσταση της ιατρικής τεχνολογίας, η ταυτότητα του εργαζομένου και ανάγκες υλικών πόρων, Η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τη συνολική πραγματική ικανότητα του οργανισμού.

Στο δεύτερο βήμα του στρατηγικού σχεδιασμού, συλλέγονται και αξιολογούνται δεδομένα από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Η αξιολόγηση και εκτίμηση των μελλοντικών τάσεων ταξινομεί τα δεδομένα σε τέσσερις κατηγορίες (Harrison 2010, Καϊτελίδου 2011): δυνατά σημεία, αδυναμίες, ευκαιρίες και απειλές.

Το τρίτο βήμα, είναι αυτό όπου γίνεται η αποτύπωση και χαρτογράφηση, της τρέχουσας κατάστασης, και η διαμόρφωση στρατηγικής - η ανάλυση S.W.O.T, που οδηγεί στη διαμόρφωση στρατηγικών στόχων. Τέλος, ενσωματώνεται η ανάλυση SWOT στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, στοχεύοντας μελλοντικές εναλλακτικές σε υπηρεσίες που ανταποκρίνονται

καλύτερα στο συνολικό στρατηγικό σχέδιο του οργανισμού (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου 2008, Wijngaarden et al. 2012).

2.1 ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ-ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Το πλεονέκτημα είναι τα τρέχοντα καλά εσωτερικά χαρακτηριστικά. Μπορούν να διαδραματίσουν αποφασιστικό ρόλο στη βελτίωση των λειτουργιών υπηρεσιών.

Δυνατά σημεία του εσωτερικού περιβάλλοντος όπως το έμπειρο επαγγελματικό νοσηλευτικό προσωπικό και τα ενδιαφέροντά τους, οι προσπάθειες τους για κατάρτιση και περαιτέρω επαγγελματική εξέλιξη, υποστήριξη - εφαρμογή νοσηλευτικών διαδικασιών, με επιστημονική γνώση και άριστη επαγγελματική κατάρτιση και οι ευκαιρίες από το εξωτερικό περιβάλλον βοηθούν όταν τα δυνατά τους σημεία συνδυαστούν, παράγοντας που συμβάλλει αποφασιστικά στον περιορισμό των εσωτερικών αδυναμιών και στην αποφυγή διαφόρων απειλών από το περιβάλλον. Η εξωτερική ανάλυση εντοπίζει ευκαιρίες που παρέχονται από το περιβάλλον. Ο οργανισμός θα πρέπει να τα αξιοποιήσει και να τα χρησιμοποιήσει για το επόμενο σχέδιο δράσης του, καθώς και για τις απειλές για προστασία ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο πιθανός αντίκτυπός τους.

2.1.1 Γεωγραφική Τοποθεσία - Προσβασιμότητα

Η ευκολία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει το είδος και τον όγκο της ζήτησης. Αυτό εξαρτάται από γεωγραφικούς και οικονομικούς παράγοντες, τρόπους μεταφοράς, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες (ασφαλιστική κάλυψη, μείωση χρήσης υπηρεσιών) που επικρατούν σε κάθε χώρα (Τούντας & Οικονόμου 2007).

Η προσβασιμότητα και η καλή τοποθεσία δημιουργούν προϋποθέσεις για την ανάπτυξη αποτελεσματικών έργων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2002), οι χρήστες υγείας είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη τη σωστή στιγμή, τόπο και ανάλογα με τις ανάγκες τους, γεγονός που επιτρέπει υπηρεσίες υγείας υψηλής απόδοσης.

2.1.2 Παροχή καλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας

Οι σύγχρονες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας από κάθε εργαζόμενο. Οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των υγιών χρηστών γίνονται όλο και πιο περίπλοκες (Sofaer & Firminger 2005). Οι οργανισμοί υγείας πρέπει να εργαστούν σκληρά για να ανταποκριθούν στη ζήτηση, σύμφωνα με τις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας, ενώ επιτυγχάνουν τους στόχους τους.

2.1.3 Πολύ καλή κατανόηση του λειτουργικού περιβάλλοντος

Θα ήταν καλύτερο για την ηγεσία να γνωρίζει τις δυνατότητες εξυπηρέτησης των πολιτών προκειμένου να προγραμματίσει και να ρυθμίσει τις θέσεις εργασίας που προκύπτουν. Σε σύγκριση με άλλα νοσοκομεία, ο αριθμός των περιστατικών που εξυπηρετούνται από τον οργανισμό και οι πολυάριθμες εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει έχουν δημιουργήσει σταθερή προτίμηση στους πολίτες.

Λειτουργία και ανάπτυξη διεπιστημονικών τμημάτων (επείγοντα, βραχυχρόνια νοσηλεία κ.λπ.), σε συνδυασμό με τη λειτουργία τμημάτων και κλινικών, όπως: ενδοσκόπηση, αλλεργία, αρτηριακή πίεση, ανώδυνος τοκετός, στεφανιαία μονάδα, αιμοδυναμική, τεχνητός νεφρός, οικογενειακός προγραμματισμός. Η ανάπτυξη ψυχολογικών δομών οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες (Τούντας 2006).

Η καλή φήμη και η αξιοπιστία των νοσοκομείων διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο κοινωνικό σύνολο όσον αφορά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Gogos 2014)

2.1.4 Έμπειρο Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Προσωπικό

Για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, η ύπαρξη έμπειρου, εξειδικευμένου και ικανού ανθρώπινου δυναμικού είναι σημαντική για την αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων και τη μείωση της νοσηλείας και του κόστους των ασθενών (Οικονομάκης 2004, Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010).

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι ο κυρίαρχος παράγοντας στην αύξηση της προτίμησης των χειριστών. Οι εξειδικευμένοι υπάλληλοι μπορούν να αποφέρουν διαρκή, μακροπρόθεσμα οφέλη σε έναν οργανισμό.

Η μεγαλύτερη εξειδίκευση του ανθρώπινου παράγοντα αποτελεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε μια εποχή μεγάλων εξελίξεων στον τομέα της υγείας και ραγδαίων αναγκών του πολίτη.

2.1.5 Προγράμματα Ανάπτυξης και Κατάρτισης Ανθρώπινου Δυναμικού

Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον και η συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί βασικό

παράγοντα για την επιτυχή λειτουργία του νοσηλευτικού τομέα (Κελέση- Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010). Είναι απαραίτητο να επικαιροποιηθούν οι γνώσεις και οι δεξιότητες, να αναθεωρηθούν και να επικαιροποιηθούν οι υπάρχουσες γνώσεις, να δοθεί ανατροφοδότηση, αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών στο εργασιακό περιβάλλον, εκπαίδευση σε νέες τεχνολογίες, βελτίωση της απόδοσης ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, βελτίωση της κλινικής πρακτικής και της προσωπικής, επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού, Σύμφωνα με τις ατομικές προσδοκίες, ο καθένας αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του (Dahlgaard et al 2002).

Διεξαγωγή εσωτερικών ή εξωτερικών προγραμμάτων κατάρτισης, συμμετοχής εργαζομένων σε συνέδρια ή σεμινάρια σε όλα τα επίπεδα, προγράμματα ανταλλαγής εργαζομένων (HOPE, ERASMUS) και προγράμματα «δια βίου μάθησης», τα οποία θα πρέπει να συνάδουν με το όραμα και τους στόχους της υπηρεσίας. «Δια βίου μάθηση» είναι μια επένδυση σε κάθε οργανισμό (Κελεσή-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου 2010).

Όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα υποστηρίζουν την απασχόληση και δημιουργούν συνθήκες κατάλληλες και υποστηρικτικές για την εργασία. Αυξάνουν σημαντικά την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών (Kabene et al 2006).

Τα τελευταία χρόνια η «δια βίου μάθηση» έχει αναπτυχθεί ραγδαία. Υποστηρίζεται από το εθνικό σύστημα υγείας και συντονίζεται με στρατηγικούς στόχους, συνδυάζοντας τη θεωρητική εκπαίδευση με την πρακτική εφαρμογή στους τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

2.1.6 Επίπεδο σύγχρονης τεχνολογίας - ιατρικός, βιοϊατρικός εξοπλισμός

Η εισαγωγή, η διάδοση και η χρήση νέων τεχνολογιών από τους οργανισμούς υγείας έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία τους. Όταν χρησιμοποιείται ορθολογικά σύμφωνα με τις ανάγκες προτεραιότητας, μπορεί να μειώσει τις παραμονές στο νοσοκομείο, να μειώσει το κόστος της διαδικασίας διάγνωσης και θεραπείας, να μειώσει τις ώρες εργασίας, να παρέχει την καλύτερη ποιότητα ιατρικής περίθαλψης, να καταναίμει τη νοσηλευτική εργασία και να εκπαιδεύσει τους διαχειριστές.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας και ασφάλειας των ασθενών απαιτεί την εφαρμογή τεκμηριωμένης γνώσης και νέας εμπειρογνωμοσύνης που θα είναι αλληλένδετες με τη φροντίδα και θα στοχεύουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος 2010).

2.1.7 Πληροφοριακό σύστημα

Η ύπαρξη καλά ανεπτυγμένων πληροφοριακών συστημάτων παίζει καθοριστικό ρόλο στον χειρισμό διαγνωστικών, θεραπευτικών, προληπτικών και διοικητικών διαδικασιών για τους εξυπηρετούμενους πολίτες. Παρουσία πολλών τμημάτων με συγκεκριμένες και διαφορετικές απαιτήσεις μηχανογράφησης, πολλά ενδιαφερόμενα μέρη (γιατροί, νοσηλευτές, οικονομικές υπηρεσίες κλπ.) πρέπει να ανταλλάσσουν και να έχουν εύκολη πρόσβαση σε δεδομένα ασθενών από απομακρυσμένα σημεία και συστήματα. Imperative (Βουτσίδου & Μωραΐτης, 2016).

Τα ηλεκτρονικά αρχεία δεδομένων ασθενών που λαμβάνει ο νοσηλευτής από τον ίδιο και το περιβάλλον του καθώς και οι παρεμβάσεις εξυπηρετούν την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.,

Τα ανεπτυγμένα πληροφοριακά συστήματα έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές και βελτιώσεις στη διαχείριση φροντίδας. Γίνονται σιωπηρές αναφορές για την πρόληψη και την αποφυγή λαθών, την προώθηση της πληροφορίας και την εξοικονόμηση χρόνου με εύκολη και σωστή διαχείριση μεγάλου όγκου πληροφοριών.

Η αξία της ηλεκτρονικής νοσηλευτικής τεκμηρίωσης - αρχείων, η διασφάλιση της ταχείας συλλογής δεδομένων για ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα και η νομική προστασία των επαγγελματιών υγείας. Αποφεύγονται οι περιττές εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, εξοικονομώντας χρήματα και διαχειριζόμενοι αποτελεσματικά μεγάλο όγκο ιατρικών πληροφοριών (Vagelatos 2001, DesRoches et al 2008).

2.1.8 Διοίκηση προσανατολισμένη στη διαδικασία ποιότητας

Η ηγεσία, της διοίκησης και της κλινικής πρακτικής, βασισμένη στις αρχές της βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση της διαχείρισης ολικής ποιότητας, είναι μια φιλοσοφία που οδηγεί στην ορθολογική διαχείριση των πόρων (Sofaer & Firminger 2005).

Η φιλοσοφία λειτουργίας ενός νοσοκομείου καθορίζει πώς και σε ποιο βαθμό αντιμετωπίζονται οι ανάγκες, χρησιμοποιούνται και αναπτύσσονται δομές και μέθοδοι, παρέχονται, τεκμηριώνονται και πιστοποιούνται ποιοτικές υπηρεσίες (Lee 2012).

2.1.9 Αναβαθμισμένες κτιριακές εγκαταστάσεις

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις αποτελούν τα βασικά δομικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο σωστός σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, η συνεχής ενημέρωση και

συντήρηση και η ασφάλεια των ασθενών και η άνετη διαμονή είναι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της υγείας (Backstrom et al. 2014).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις. Η διαπροσωπική συνιστώσα (προτιμήσεις και ανάγκες των ασθενών), η τεχνική συνιστώσα (γνώση, επιστημονική κατάρτιση, κατάλληλα μέσα για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων) και η συνιστώσα φιλοξενίας (περιβαλλοντική υποδομή, προϋποθέσεις παροχής φροντίδας).

2.1.10 Ικανοποίηση των εργαζομένων

Όλοι οι εργαζόμενοι αποτελούν το θεμέλιο του συστήματος και το κλειδί της επιτυχίας του όσον αφορά την παροχή ποιότητας και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η συστηματική εκπαίδευσή τους, τα εργαλεία, οι τεχνικές και η υποστήριξη που τους παρέχεται αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και προσωπική ικανοποίηση.

Η ηγεσία πρέπει να κατανοεί τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις αδυναμίες των εργαζομένων προκειμένου να οργανώσει προγράμματα ενδυνάμωσης, εκπαίδευσης και αξιολόγησης ικανοτήτων (Ugboro & Obeng 2000).

Η ομαδική εργασία, η επικοινωνία, η ανατροφοδότηση, η ενδυνάμωση και η προσωπική ανάπτυξη συμβάλλουν σε καλύτερα αποτελέσματα σε λιγότερο χρόνο και κόστος. Οι εργαζόμενοι με υψηλά κίνητρα μπορούν να αυξήσουν την παραγωγικότητα και την απόδοση (Jackson 2001)

2.1.11 Καλές διαπροσωπικές σχέσεις - Συνεργασία εργαζομένων

Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για την ποιότητα της φροντίδας και την επίλυση προβλημάτων που εμφανίζονται καθημερινά (Ugboro & Obeng 2000, Jackson 2001).

Οι τακτικές και προγραμματισμένες συναντήσεις μεταξύ του Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, των Προϊσταμένων Τμημάτων και των Προϊσταμένων Νοσηλευτικής, καθώς και η καλή επαγγελματική σχέση μεταξύ προσωπικού και ρυθμιστικών αρχών συμβάλλουν στην εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας. Η διοίκηση έχει ευθύνη να εμπνέει σεβασμό, ακεραιότητα, όραμα ποιότητας και ευκαιρίες για επαγγελματικά και ηθικά επιτεύγματα.

2.1.12 Δράσεις καινοτομίας

Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να αναλάβουν ενέργειες που βοηθούν στη βελτίωση της εικόνας και της κοινωνικής αποδοχής τους (ΠΟΥ 2007). Δράσεις δημόσιας υγείας, κατά του καπνίσματος, προληπτική οδοντιατρική, εμβολιασμοί ευπαθών ομάδων, προγράμματα συλλογής φαρμάκων, υλικών πρώτων βοηθειών.

Επιπλέον, τα προγράμματα ενημέρωσης του κοινού για θέματα υγείας και περίθαλψης συμβάλλουν σε θετικές κριτικές και ικανοποίηση μεταξύ των χρηστών υγείας (Van Wijngaarden et al., 2012).

2.1.13 Υπηρεσίες δικτύωσης

Οι υπηρεσίες δικτύωσης με άλλες ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες και με ευρύτερες δομές παροχής υπηρεσιών (π.χ. κέντρα υγείας, νοσοκομεία,

κοινωνικές υπηρεσίες, ΚΑΠΗ) μπορούν να βοηθήσουν στην εξυπηρέτηση των ασθενών (Gibis et al 2001).

2.1.14 Ενδιαφέρον για επιμόρφωση

Το ενδιαφέρον και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για εκπαίδευση, περαιτέρω επαγγελματική εξέλιξη, κοινωνική ευθύνη και συνεισφορά συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τόμος 13 - Τεύχος 1 [15] Ανασκόπηση Συνεχιζόμενης Φροντίδας(Karia & Hasmi Abu Hassan Assari 2006).

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι η κινητήρια δύναμη. Είναι απαραίτητο να δοκιμαστούν τα ενδιαφέροντα και οι ειδικές του ικανότητες και να προγραμματιστεί η εφαρμογή τους στην κλινική πράξη.

2.2 ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ-ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Οι αδυναμίες είναι εσωτερικά χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας που την καθιστούν προβληματική και ανεπαρκή στην παροχή της (Harrison 2010).

2.2.1 Υποστελέχωση

Η επαρκής στελέχωση ενός τμήματος με αντίστοιχο αριθμό εργαζομένων αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχία του μοντέλου λειτουργίας του τμήματος. Οι οργανωτικές προσπάθειες στα νοσοκομεία, εάν δεν συνοδεύονται από αύξηση του προσωπικού, θα αποτύχουν (Λιαρόπουλος 2010).

Η ποιοτική απόδοση των υπηρεσιών υγείας, το προσωπικό και η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτώνται από την επάρκεια του αριθμού του

προσωπικού. Οι ελλείψεις προσωπικού οδηγούν σε μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών (Pravikoff et al., 2005).

2.2.2 Ανεπαρκής ή μειωμένη εκπαίδευση των εργαζομένων

Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σε διάφορους τομείς της μονάδας υγείας, ψυχικής υγείας ή αντιμετώπισης ευάλωτων πληθυσμών, στερεί την φροντίδα των υπηρεσιών πρόνοιας, την ψυχολογική υποστήριξη και την εφαρμογή καινοτόμων και αποτελεσματικών προγραμμάτων από προσωπικό που γνωρίζει τις νέες τάσεις και έχει επιστημονική γνώση (Τούντας 2006). Ησωματική και πνευματική κόπωση μεταξύ των εργαζομένων, τα πολυάριθμα προβλήματα υγείας μεταξύ των εργαζομένων, οι συχνές ημέρες ασθενείας και τα χρόνια προβλήματα υγείας υποδηλώνουν ότι οι εργαζόμενοι είναι εξουθενωμένοι και δεν έχουν κανένα ενδιαφέρον και θετικά συναισθήματα για την εργασία τους και τους ασθενείς τους.

Οι εργαζόμενοι είναι δυσαρεστημένοι με τη δουλειά και την απόδοσή τους και έχουν κακή εικόνα για τον εαυτό τους. Η κόπωση σχετίζεται με μειωμένη απόδοση των εργαζομένων και κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Lee et al 2004).

2.2.3 Μη ικανοποιητική συνεργασία

Η μη ικανοποιητική συνεργασία μεταξύ όλων των αρμόδιων φορέων σε ένα οργανισμό και πιθανά προβλήματα επικοινωνίας επιβαρύνουν τη λειτουργία του οργανισμού. Σε αγχωτικά περιβάλλοντα, μπορεί να προκύψουν σχέσεις με τους εργαζόμενους, συγκρούσεις και αντιπαράθεσεις, που μπορούν να αποσυντονίσουν τις καθημερινές εργασιακές διαδικασίες (Mosadeghrad 2014).

2.2.4 Ανεπαρκής εξοπλισμός

Πολλές εγκαταστάσεις υγείας λειτουργούν χωρίς τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Τα πληροφοριακά συστήματα δεν ανταποκρίνονται σε βασικές καθημερινές νοσηλευτικές δραστηριότητες, με προβλήματα στην παραγγελία του απαραίτητου υλικού, των ιατρικών αρχείων περίθαλψης ασθενών ή στην τήρηση αρχείων (Backstrom et al 2014).

Ο εξοπλισμός είναι παλιός και δύσκολο να αντικατασταθεί, ενώ υπάρχουν προφανή σημεία κινδύνου για την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού.

2.2.5 Ασαφείς νοσηλευτικές ευθύνες

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί πολλές δραστηριότητες στις καθημερινές κλινικές λειτουργίες του τμήματος.

Σύμφωνα με την εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη (π.χ. θεωρητικό υπόβαθρο), υπάρχουν παράμετροι που εμποδίζουν την εφαρμογή και τήρηση βασικών καθημερινών συμπεριφορών και στον τομέα της νοσηλευτικής έχουν προκύψει πολλαπλά επίπεδα εκπαίδευσης (Sakelaropoulos et al. 2012).

Στο νομικό πλαίσιο, σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 351/8-6/1989 διάταγμα, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι υποχρεωμένο και υποχρεωμένο, ωστόσο υπάρχει έντονη ανάγκη αναθεώρησής του, συμβαδίζοντας με την ακαδημαϊκή και επιστημονική τους κατάρτιση και ενσωμάτωση επίπεδο γνώσεων κλινικής πρακτικής τους. Δηλώστε ξεκάθαρα τη δυνατότητα εφαρμογής τους σε διάφορα περιβάλλοντα εργασίας.

Το γεγονός αυτό οδηγεί σε σύγχυση, σύγκρουση και παράνομη αναγνώριση δραστηριοτήτων. Εμφανίζονται συγκρούσεις ρόλων, δυσαρέσκεια των εργαζομένων και επαγγελματική κόπωση.

Η ύπαρξη σαφών επαγγελματικών δικαιωμάτων θέτει όρια ασφαλείας για νοσηλευτές και ασθενείς. Προστασία και κύρος επαγγελματικών και υγειονομικών μονάδων, καθώς κάθε εργαζόμενος γνωρίζει ξεκάθαρα το αντικείμενο της εργασίας του (Ελληνική Επιθεώρηση Νοσηλευτικής Επιστήμης).

2.2.5 Έλλειψη κατάλληλων κατευθυντήριων οδηγιών θεραπείας

Οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα πρωτόκολλα περιγράφουν ξεκάθαρα, συνοπτικά και με ακρίβεια τις νοσηλευτικές ενέργειες, διαδικασίες και συμπεριφορές και ακολουθούν μια ολιστική προσέγγιση για τη θεραπεία και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Η ικανοποίηση και η ασφάλεια των επαγγελματιών υγείας και οι μειώσεις στο κόστος νοσηλείας ασθενών βασίζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία και στην εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων φροντίδας (Νακάκης & Ουζούνη 2008).

2.2.6 Μη ισχυρό management

Συχνά, λίγοι άνθρωποι έχουν βασικές γνώσεις διαχείρισης, είτε θεωρητικές είτε εμπειρικές. Το αποτέλεσμα είναι λάθος χειρισμός, ανεπαρκής διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και ανεπαρκής σχεδιασμός δράσης, σχεδιασμός, στελέχωση, ανάθεση, αξιολόγηση και διδασκαλία (Mosadeghrad 2013).

Οι ευθύνες των ανώτερων στελεχών επικεντρώνονται στην αξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης, στη δημιουργία και διατήρηση οράματος, βέλτιστης ποιότητας, παρακίνησης, επιβράβευσης, αξιολόγησης και διόρθωσης, οδηγώντας σε ικανοποιητικά αποτελέσματα μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης σε σύγχρονες μεθόδους διαχείρισης (Backstrom et al 2014).

2.2.7 Η κουλτούρα των εργαζόμενων

Ο όρος κουλτούρα περιλαμβάνει τις αξίες, τις φιλοσοφίες, τις πεποιθήσεις, τα ήθη, τις σχέσεις, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν μια ομάδα (Γερογιάννη & Πλεξίδα 2008).

Η αποτελεσματικότητα της ομάδας βασίζεται στο ομαδικό πνεύμα, τους κοινούς στόχους, την εμπιστοσύνη, τη συνεργασία και τον σεβασμό. Οι εργαζόμενοι πρέπει να αντιμετωπίζουν ζητήματα ποιότητας, να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τα αποτελέσματα της εργασίας, να μετρούν την απόδοσή τους και να σχεδιάζουν βελτιώσεις.

Όλοι πρέπει να προσαρμοστούν σε νέες απαιτήσεις, να αλλάξουν στάσεις και συμπεριφορές, να προσαρμοστούν στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις και να προσαρμοστούν στην προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη (Scott et al 2003).

Σύμφωνα με τον Buradas (2002), η οργανωτική αλλαγή είναι βασικός παράγοντας για την οργανωτική επιτυχία και προϋπόθεση για την επιβίωση.

2.2.8 Εσωτερικές αλλαγές

Οι εσωτερικές αλλαγές στο νοσηλευτικό προσωπικό, όπως οι μεταθέσεις και οι μετακινήσεις, μειώνουν αριθμητικά τον συνολικό αριθμό των θέσεων.

Οι εσωτερικές αλλαγές στις θέσεις και τις αρμοδιότητες των εργαζομένων πρέπει να βασίζονται στις ικανότητες, τις επιστημονικές γνώσεις, τις ώρες εργασίας ή τις ανάγκες υπηρεσίας και τις ατομικές φιλοδοξίες των εργαζομένων (Κελέση-Σταυροπούλου 2010). Ο χαμηλός αριθμός εργαζομένων που εργάστηκαν για πολλά χρόνια και οι νέοι υπάλληλοι, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι ασαφείς στόχοι, η έλλειψη προτύπων απόδοσης και παρακολούθησης της διαδικασίας και η έλλειψη αξιολόγησης

αποτελεσμάτων είναι μερικές από τις ελλείψεις που πρέπει να λάβει υπόψη η υπηρεσία στο μελλοντικό σχεδιασμό.

2.3 ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ

Ευκαιρίες είναι οι συνθήκες που καθιστούν δυνατή τη βελτίωση των υπηρεσιών. Είναι καταστάσεις από το εξωτερικό περιβάλλον με θετικές ή ενδιαφέρουσες τάσεις προς βελτίωση (Cibis 2001).

2.3.1 Έναρξη και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας τμημάτων και υπηρεσιών

Ο εκσυγχρονισμός της εργασίας έχει βελτιώσει σημαντικά την εσωτερική λειτουργία της. Ένα νοσοκομείο είναι ένας πολύπλοκος οργανισμός που χειρίζεται μεγάλο αριθμό εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, συνοδών, επισκεπτών, πωλητών, φοιτητών επαγγελματιών υγείας. Δημιουργείται μεγάλος όγκος διοικητικών, οικονομικών και τεχνικών πληροφοριών (Jackson 2001). Τα νοσοκομειακά συστήματα πληροφορικής είναι χρήσιμα εργαλεία για τη διαχείριση αυτών των δεδομένων.

Μέσω αυτών οργανώνεται εσωτερικά και εξωτερικά η ροή της πληροφορίας και η συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση της. Ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα συνδέει όλα τα υποσυστήματα του οργανισμού. Παρέχει πάντα αξιόπιστα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Δίνονται δυνατότητες αξιολόγησης και συλλέγονται αξιόπιστα στοιχεία και συμπεράσματα για τη διευκόλυνση των κατάλληλων διορθωτικών παρεμβάσεων (Τσούνης & Σαράφης 2012).

2.3.2 Ο ιατρικός φάκελος

Η ανάπτυξη ιατρικών αρχείων αποτελεί τον πυρήνα της νέας ιδέας και οργάνωσης της σύγχρονης υπηρεσίας υγείας. Επικεντρώνεται σε ασθενείς και

χρήστες υγείας γενικότερα. Τα ιατρικά αρχεία περιλαμβάνουν δεδομένα για όλους τους υγιείς χρήστες σχετικά με την υγεία τους. Παρέχει ενημερωτική κάλυψη του ασφαλισμένου πληθυσμού. Αποτελεί το θεμέλιο της διάγνωσης, της θεραπείας, της ανάπτυξης έρευνας, των προγραμμάτων πρόληψης και της αγωγής υγείας. Παράλληλα, παρέχει πληροφορίες διοικητικού και οικονομικού χαρακτήρα, συμβάλλοντας έτσι στον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας (Τσουνής & Σαράφης 2012).

Τα ιατρικά αρχεία διευκολύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών εντός ενός οργανισμού και μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών και οργανισμών χωρίς να αυξάνουν τον φόρτο εργασίας των εργαζομένων.

Συμβάλλει στη βελτιωμένη λήψη αποφάσεων, προωθεί τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, εστιάζει στις ανάγκες των ασθενών και, στη συνέχεια, σε διάφορες δομές υγείας, προωθεί την εξυπηρέτηση και την ικανοποίηση νέων ασθενών (Shekelle et al 2006).

2.3.3 Θεσμικό πλαίσιο για τις δημόσιες συμβάσεις

Το σύστημα προμηθειών των δημόσιων νοσοκομείων, που βασίζεται στον προγραμματισμό της ζήτησης και σε δεδομένα πραγματικού πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τη μέγιστη ροή χρηστών σε διαφορετικές περιόδους, νέα δεδομένα, που διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή, μπορεί να χαρακτηρίζεται και να διέπεται από συντομότερη συνοπτική διαδικασία (Καρασούλης 2014, Ν. 4412/2016).

Απώτερος στόχος είναι η αύξηση των εσόδων μέσω αυξημένων χρηστών υπηρεσιών, διαφάνειας, βελτιωμένων διαδικασιών, διανομής προϊόντων και υπηρεσιών με τη σύνταξη τεχνικών προδιαγραφών και προτύπων.

Με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων σχετικά με τη ζήτηση υπηρεσιών, την παροχή συγκεκριμένων αδυναμιών υπηρεσιών, τη θέσπιση νέων, ευέλικτων μορφών συμβάσεων και συμφωνιών προμηθειών με βάση νοσολογικά προφίλ και την εισαγωγή μακροοικονομικών και μικροοικονομικών ελέγχων (Γούλα, 2007).

2.3.4 Στελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό

Λόγω της αυξημένης έντασης της ιατρικής, νοσηλευτικής και εργαστηριακής περίθαλψης, τα οργανωμένα νοσοκομεία απαιτούν περισσότερη στελέχωση προκειμένου να επιτευχθεί γρήγορη μετακίνηση των ασθενών (Κελέση- Σταυροπούλου 2010).

Ο ορθολογικός σχεδιασμός και η ακριβής ταξινόμηση του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες που προκύπτουν. Αν και ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την οικονομική ικανοποίηση, οι διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης θα πρέπει να απομακρυνθούν από τις αναποτελεσματικές πρακτικές δημοσίων υπαλλήλων (Πολύζος & Υφαντόπουλος 2000).

2.3.5 Σύγχρονη πραγματικότητα

Η σύγχρονη πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από τη μεγάλη κινητικότητα των ανθρώπων, που καθιστά την κοινωνία πολυπολιτισμική.

Οι άνθρωποι συνοδεύουν και φέρουν τις δικές τους μοναδικές πολιτιστικές ταυτότητες, τις απόψεις τους για την υγεία και τις ασθένειες. Η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η διαπολιτισμική φροντίδα είναι ηενσάρκωση μιας ολιστικής προσέγγισης στους χρήστες υγείας (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου).

Ένας βασικός παράγοντας για την προσαρμογή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον είναι η πολιτιστική τους ικανότητα, η ικανότητα να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ατόμων που μπορεί να έχουν διαφορετική κουλτούρα και πολιτισμικό υπόβαθρο. Η πολιτιστική φροντίδα ενσωματώνει τις πνευματικές και πρακτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής με νέους τρόπους παροχής φροντίδας (Leininger 2002).

2.3.6 Πολιτική περιβαλλοντικής διαχείρισης

Οι διευθυντές νοσοκομείων αποφασίζουν κυρίως με οικονομικά κίνητρα όταν πρέπει να εφαρμόσουν πολιτικές περιβαλλοντικής διαχείρισης. Με βάση αυτό το σκεπτικό, το νοσοκομείο θα εφαρμόσει δημόσιες ή εθελοντικές πολιτικές περιβαλλοντικής διαχείρισης για τον περιορισμό των ιατρικών μολυσματικών αποβλήτων και άλλων επιβλαβών επιπτώσεων στο περιβάλλον και θα εφαρμόσει εθελοντικές περιβαλλοντικές πρωτοβουλίες όταν διαπιστώσει ότι οι περιβαλλοντικές πολιτικές θα αποφέρουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα και μακροπρόθεσμα σταθερά κέρδη.

Η επιστημονική έρευνα που διερευνά την οικονομική αποτίμηση των πολιτικών περιβαλλοντικής διαχείρισης στον τομέα της υγείας μέχρι σήμερα υποστηρίζεται από μεθοδολογίες που εφαρμόζονται στα οικονομικά του περιβάλλοντος και τα οικονομικά της υγείας (Σούλης, 1999. Γούλα, 2007).

Προτείνεται οι πολιτικές περιβαλλοντικής διαχείρισης στα νοσοκομεία να καταγράφονται και να αξιολογούνται ως εξής: α) να προστεθούν οι νέοι «περιβαλλοντικοί λογαριασμοί» στις λογιστικές καταστάσεις των νοσοκομείων σύμφωνα με τα διεθνή λογιστικά πρότυπα ώστε να

ενσωματώσουν τα περιβαλλοντικά κόστη και οφέλη στα οικονομικά αποτελέσματα του νοσοκομείου, β) να καθορίζεται η επίδραση των περιβαλλοντικών πολιτικών στην εκτίμηση της επιχειρησιακής αξίας με τους χρηματοοικονομικούς δείκτες όπως ο ROA και ROE και γ) να συμπληρωθεί η ανάλυση των επιδράσεων των περιβαλλοντικών πολιτικών στα νοσοκομεία με τα αντίστοιχα στατιστικά περιγραφικά μέτρα όπως με τη μέθοδο της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων (ΠΑΔ, Data Envelopment Analysis). (Σεπετης 2019)

2.3.7 Εθελοντισμός

Ο εθελοντισμός είναι απλήρωτη εργασία, μια εθελοντική ανιδιοτελής αφοσίωση (Πολυζώης 2006) για την επίτευξη ενός δημόσιου σκοπού.

Έχει πολιτιστικά και κοινωνικά οφέλη. Προωθεί τις αξίες της ανεκτικότητας, της συμπόνιας για τη διαφορετικότητα και της αυξημένης κατανόησης των κοινωνικών θεμάτων.

Οι εθελοντές αποκτούν μια αίσθηση ακεραιότητας, ικανοποίησης και συνεισφοράς, ενώ ο αποδέκτης της εθελοντικής οργάνωσης νιώθει ασφάλεια και πληρότητα. Ο εθελοντισμός είναι ένα ισχυρό κοινωνικό κατασκευάσμα για ευάλωτες και μειονεκτούσες ομάδες. Βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από εθνικούς μηχανισμούς, άτομα ή οργανισμούς (εθελοντική αιμοδοσία, εθελοντές σε δομές ψυχικής υγείας, προγράμματα επιδοτήσεων για νέους, εθελοντικές ομάδες εργαζομένων ή συνταξιούχων) (Πολυζώης 2006).

Ορθή αξιοποίηση στις δεξιότητες και στις γνώσεις των εθελοντών διευκολύνουν την ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική υποστήριξη, με

συγκεκριμένες προϋποθέσεις και αρχές που ανταποκρίνονται στις οργανωτικές ανάγκες (Rochester et al., 2009).

2.3.8 Μορφές Ιδιωτικής Χρηματοδότησης Νοσοκομείων

Δωρεές και φιλανθρωπίες, οικονομική χρηματοδότηση από μη κυβερνητικές φιλανθρωπικές οργανώσεις, εθνικές και παγκόσμιες (ΠΟΥ, ΟΟΣΑ, ΕΕ, Παγκόσμια Τράπεζα), κληρονομίες και χορηγίες από άλλα ιδρύματα, είναι οι μέθοδοι χρηματοδότησης που χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Αυξάνουν τις καθαρές δαπάνες για την υγεία (Sisko 2010).

Αντικαθιστούν μέρος της κρατικής χρηματοδότησης. Στόχος τους είναι η κάλυψη των αναγκών των πολιτών και η βελτίωση της υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να μεγιστοποιήσουν τη χρήση του οικονομικού σχεδιασμού για την ολοκλήρωση της προμήθειας εξοπλισμού ιατρικής τεχνολογίας, με ιδιαίτερη έμφαση στις αναβαθμίσεις των υπηρεσιών (Sisko 2010).

2.3.9 Επίγνωση των αδυναμιών της υπηρεσίας

Όταν εντοπίζονται ανάγκες, αδυναμίες και ευκαιρίες για αλλαγή, προετοιμάζονται για κάτι νέο. Ανοίγει ένα πλαίσιο θετικών προσδοκιών και οραμάτων, μια νέα ιδανική κατάσταση, ένα σχέδιο δράσης για αλλαγή αξιών, στάσεων, συμπεριφορών, ανάπτυξη κοινής δέσμευσης και κοινών προσδοκιών μεταξύ όλων των ενδιαφερομένων (Μπουραντάς 2002).

2.4 ΑΠΕΙΛΕΣ

Κάθε εξωτερικό ερέθισμα που θα μπορούσε να διαταράξει σοβαρά την αποτελεσματική λειτουργία μιας υπηρεσίας θεωρείται απειλή (Cibis 2001).

2.4.1 Οικονομική κρίση και κρίση αξιών

Η πρόσφατη οικονομική κρίση, η ύφεση και το δημοσιονομικό έλλειμμα στην Ελλάδα έχουν αναδείξει τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, μεταξύ άλλων.

Οι μειωμένοι προϋπολογισμοί, οι μεγάλες ανησυχίες για την υγεία των πολιτών και η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας έχουν επιβαρύνει τον τομέα της δημόσιας υγείας καθώς οι ασθενείς στρέφονται σε ασφαλισμένες υπηρεσίες (Patelaru et al. 2011).

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα των νοικοκυριών και η φτώχεια μειώνουν τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Αυξάνουν τις καθυστερήσεις στη θεραπεία και την έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες, οδηγώντας σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Κυριόπουλος & Τσιάντου 2010).

Επιπλέον, η δυσαρέσκεια των πολιτών επικεντρώνεται στο υψηλό κόστος, την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες τους. Η θνησιμότητα, οι χαμηλόμισθοι εργαζόμενοι, οι μειωμένοι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων και τα προβλήματα με τις πληρωμές των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν επηρεάσει αρνητικά την υγειονομική περίθαλψη (Kyriopoulos and Tsiandou 2010). Τα άτομα και οι οικογένειες σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας και πρόωρου θανάτου.

2.4.2 Γραφειοκρατία στη διαχείριση των καθημερινών υποθέσεων

Τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν με γραφειοκρατικό σύστημα διαχείρισης, με μεγάλες καθυστερήσεις στις διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού και υλοποίησης επενδυτικών σχεδίων.

Παρουσιάζεται έτσι το φαινόμενο του δομικού κατακερματισμού (Σιγάλας 1999) σύγχυση ευθυνών, έλλειψη συντονισμού, λανθασμένη γραφειοκρατική νοοτροπία, έλλειψη εμπιστοσύνης, δυσaráσκεια του κοινού, σχέσεις με τους πελάτες, φόβος εκσυγχρονισμού, τάση προς αδιαφάνεια, περιορισμένη χρήση ανθρώπινου δυναμικού και δυσκολία προμήθειας αναλώσιμων υλικών. (Προμηθευτές – Οικονομικές Συναλλαγές) (Οικονόμου 2012).

2.4.3 Εμφάνιση εναλλακτικών μορφών περίθαλψης

Οι εναλλακτικές θεραπείες έχουν γίνει πολύ δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια. Διαφέρουν ανάλογα με τη θεραπεία που ακολουθείται. Το χαμηλό κόστος ορισμένων εναλλακτικών θεραπειών τις καθιστά διαθέσιμες σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος και σε ανασφάλιστους (Ευκαρπίδης 2011).

Ο τεχνοκρατισμός και η αποπροσωποποίηση της παραδοσιακής ιατρικής έχει οδηγήσει σε μεγάλο αριθμό ασθενών που αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες, ειδικά για χρόνιες παθήσεις, για τις οποίες δεν υπάρχει ξεκάθαρη θεραπεία. Οι φιλοδοξίες των ανθρώπων εστιάζονται στην ανάπτυξη αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτών και ασθενών, κάτι που λείπει από τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

2.4.5 Παροχή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στον Ιδιωτικό Τομέα

Η αρνητική εικόνα του δημόσιου συστήματος υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα νοσοκομεία εκδηλώνονται με τη μεταφορά ασθενών από τα επαρχιακά νοσοκομεία στα κεντρικά νοσοκομεία.

Ανάλογα με την οικονομική κατάσταση του ασθενούς, υπάρχει επίσης μια τάση μετακίνησης σε νοσοκομεία του εξωτερικού ή παροχής ιδιωτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, οι οποίες αναμένεται να παρέχονται μέσω προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας γενικών νοσοκομειακών υπηρεσιών με μετρήσιμα αποτελέσματα. (Pierrakos & Tomaras 2009).

2.4.6 Μη ικανοποίηση των χρηστών υγείας

Τα τελευταία χρόνια, τα παράπονα που αναφέρθηκαν από ασθενείς επικεντρώθηκαν κυρίως στις συνθήκες καθαρισμού, στις συνθήκες διαμονής, στην ποιότητα των τροφίμων, στη συμπεριφορά του προσωπικού, στον χρόνο αναμονής για σέρβις και στον χρόνο επεξεργασίας. Το πρόβλημα είναι ότι οι προσδοκίες και οι βασικές τους ανάγκες δεν ικανοποιούνται (Αντεριώτη & Αντωνίου 2014).

Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται κυρίως με την αδυναμία των νοσοκομείων να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες. Οι οργανισμοί υγείας δεν κατανοούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, δεν έχουν τα κατάλληλα πρότυπα υπηρεσιών, το προσωπικό αδυνατεί να ανταποκριθεί και τα ανώτερα στελέχη αδιαφορούν για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου 2011).

2.4.7 Ύπαρξη μεγάλου αριθμού μεταναστών και ανασφάλιστων

Στην εποχή που ζούμε, το θέμα της μετανάστευσης έχει λάβει τεράστια διάσταση λόγω κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών αλλαγών και παραγόντων.

Οι μετανάστες που έρχονται σε άλλη χώρα προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα τους καθημερινότητα και συχνά βρίσκονται σε κατάσταση οικονομικής φτώχειας. Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο έχουν τα ίδια δικαιώματα σε ιατρικές υπηρεσίες με τους Έλληνες πολίτες. Το ίδιο ισχύει και για άτομα που είναι ανασφάλιστα ή χαμηλού εισοδήματος. Αυτό έχει επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και στις ανάγκες τους.

Η οικονομική κατάσταση αυτών των ατόμων οδηγεί σε αλλαγές στους δείκτες υγείας, στο προσδόκιμο ζωής, στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα (Κοτσώνη 2009).

Η φτώχεια, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και διατροφής συνδέονται με την εμφάνιση ασθενειών. Τα άτομα που ζουν σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αρρωστήσουν ή να πεθάνουν πρόωρα (Athanasopoulou et al., 2013).

2.4.8 Επιδημιολογικό πρότυπο

Καθώς το επιδημιολογικό πρότυπο αλλάζει, η συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και αναπηριών μεταξύ των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί. Αύξηση σε χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις, οξείες παθήσεις όπως λοιμώξεις, ψυχικές διαταραχές και ασθένειες (Χαραλάμπους & Ρούσσου 2010).

Η αύξηση ή η μείωση διαφόρων ασθενειών, ανάλογα με τα δεδομένα του χρόνου και της περιοχής (όπως πιθανές αυξήσεις σε καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο, ακόμη και ψυχιατρικά νοσήματα), αποτελεί το πλαίσιο μιας νέας μεθόδου προσέγγισης για τη νοσοκομειακή μονάδα (Χαραλάμπους& Ρούσσου 2010).

2.4.9 Πανδημία

Τα προγράμματα και οι πολιτικές για την υγεία επιδιώκουν να δημιουργήσουν ένα σύνολο αλληλεπιδρώντων παραγόντων για την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας των πληθυσμών.

Οι πρόσφατες εξελίξεις στην υγεία του πληθυσμού χαρακτηρίζονται από αυξημένο προσδόκιμο ζωής, χρόνιες ασθένειες που αντιπροσωπεύουν το 90% του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης και διαφορές στις αιτίες θανάτου (πάνω από 70% από καρκίνο, καρδιακές και εγκεφαλικές παθήσεις και εξωτερικές αιτίες).

Οι αναδυόμενες τάσεις στους δείκτες υγείας διαμορφώνουν τις τρέχουσες πολιτικές υγείας και οδηγούν στην ανάγκη προσαρμογής των συστημάτων υγείας ώστε να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Ειδικά στο πλαίσιο του μεταβαλλόμενου επιδημιολογικού φάσματος και της μεταβλητής νοσηρότητας και θνησιμότητας, η εστίαση δeneίνεται μόνο στην περαιτέρω αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής χωρίς χρόνιες ασθένειες και στην ελαχιστοποίηση της θνησιμότητας. 65 ετών μπορεί να μην πεθάνει. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι κύριες στρατηγικές προτεραιότητες της πολιτικής υγείας της ΕΕ για την περίοδο 2014-2020 είναι:

- **Η πρόληψη της υγείας** (καταπολέμηση ασθενειών που συνδέονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής),
- **Προστασία από διαφόρων ειδών ασθένειες**(για την αντιμετώπιση τηςεξωτερικής επίδρασης των διαφόρων συσχετιζόμενων ασθενειών, καταπολεμώντας επιδημίες και πανδημίες)
- **3. Βιωσιμότητα** (για την αντιμετώπιση της έλλειψης πόρων με την υιοθέτηση της καινοτομίας)
- **Προσβασιμότητα** (για να διασφαλιστεί η πρόσβαση σε ιατρική εμπειρογνωμοσύνη). Ως εκ τούτου, οι βασικές προτεραιότητες είναι η πρόληψη των ασθενειών και η βελτίωση της ζωής σε καλή υγεία, η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ετοιμότητα στη διαχείριση κρίσεων και κινδύνων υγείας.

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Επιχειρησιακά σχέδια μέσω στόχων

Στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχει χρονική καθυστέρηση, στην καθιέρωση σύγχρονων διοικητικών και οργανωτικών συστημάτων, αλλά και στην αποδοχή και εφαρμογή εργαλείων διαχείρισης, που υποβοηθούν στην αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας με την επικέντρωση στους τομείς εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών, αξιοποίησης προγραμμάτων διοικητικής αναδιάρθρωσης, οικονομικής εξυγίανσης και απόδοσης, όπως και κυρίως της διασφάλισης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω αξιολόγησης, ελέγχου και αποτίμησης με μετρήσιμες μεθόδους των αποτελεσμάτων.

Η εισαγωγή της ορθολογικής διαχείρισης ως τρόπου σκέψης στον νοσοκομειακό τομέα απαιτεί σχεδιασμό και ανάπτυξη ολοκληρωμένης στρατηγικής.

Ειδικότερα, ο σχεδιασμός και η στρατηγική πρέπει να επικεντρωθούν στη δημιουργία και ανάπτυξη ικανοτήτων, μεθόδων και τεχνικών μεσαίας και ανώτερης διοίκησης για τη μεγιστοποίηση της απόδοσης των οικονομικών και τεχνικών λειτουργιών, καθώς και στη διαχείριση των πόρων, τις τεχνικέςελέγχου και τη διασφάλιση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωςκαθιέρωση μιας κουλτούρας διαχείρισης με βάση τις σχέσεις συνεργασίας που θα αντιμετωπίζει υπεύθυνα τους χρήστες, με στόχο την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και με μια επιχειρηματική νοοτροπία, η οποία αντιστοιχεί στη λήψη αποφάσεων καθώς και στη διαχείριση πόρων. Επίσης, θα πρέπει να ενισχύεται η δημιουργία ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος κατάλληλου για την ανάπτυξη της αποτελεσματικής λειτουργίας του θεσμού του Διοικητή μέσα από την καθιέρωση στρατηγικούκαι επιχειρησιακού σχεδιασμού οι οποίοι θα καθορίζουν με σαφήνεια τις προτεραιότητες και τους στρατηγικούς στόχους του νοσοκομείου με προαπαιτούμενη ενίσχυση των επιχειρησιακών δυνατοτήτων του.

Τα αποτελέσματα και η σωστή εκτέλεση του επιχειρηματικού σχεδίου θα είναι οι δείκτες απόδοσης της νοσοκομειακής μονάδας.

Η αποτελεσματική διαχείριση προϋποθέτει ευελιξία στη χρήση των πόρων, χωρίς άκαμπτες διαδικασίες.

Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, είμαστε προσανατολισμένοι σε κοινωνικούς και ποιοτικούς οργανισμούς - επειδή η φύση του τελικού προϊόντος είναι φροντίδα υψηλής ποιότητας. Επομένως, η ανάπτυξη ενός επιχειρηματικού σχεδίου νοσοκομείου πρέπει να βασίζεται στην αντίληψη

της κοινωνικής οργάνωσης, όπου η φύση της διοίκησης πρέπει να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς και ποιοτικούς στόχους του οργανισμού.

Μια πολιτική υγείας που περιλαμβάνει μια σειρά στρατηγικών επιλογών στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών υγείας και στην προώθηση αυτών των αναγκών μέσω κατάλληλων, αποτελεσματικών και αποδοτικών συστημάτων.

Εκτός από την προαγωγή της υγείας, η πολιτική υγείας πρέπει επίσης να στοχεύει στη βελτίωσή της, όχι μόνο μέσω των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, αλλά και μέσω κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών παρεμβάσεων που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής, την προστασία του περιβάλλοντος και βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, με σεβασμό στην ατομικότητα και τις ατομικές ανάγκες. (Σούλης 2015)

Το στρατηγικό σχέδιο καθορίζει τους κύριους στόχους και τη διαδικασία για την επιλογή μιας κατάλληλης στρατηγικής μέσω εναλλακτικών λύσεων για μια περίοδο πέντε ή επτά ετών. Η επιτυχία και οι προοπτικές του οργανισμού θα εξαρτηθούν από την επιλογή της στρατηγικής.

Σκοπός του είναι να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και να ενισχύσει τα δυνατά του σημεία, ενώ αναδεικνύει ευκαιρίες ή απειλές από το εξωτερικό περιβάλλον.

Οι στρατηγικοί στόχοι πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και μετρήσιμοι, με την ευελιξία να μεταφράζονται σε μεμονωμένους επιχειρησιακούς στόχους για κάθε διαφορετικό επίπεδο του οργανισμού.

Το επιχειρησιακό σχέδιο καθορίζει τους στόχους του Στρατηγικού Σχεδίου και τον τρόπο εφαρμογής του κάθε χρόνο. Μαζί με το στρατηγικό σχέδιο διαμορφώνουν ένα πλήρες οργανωμένο σχέδιο δράσης. Τα σχέδια δράσης έχουν χρονικό ορίζοντα έως και πέντε χρόνια. Το επιχειρηματικό σχέδιο

περιγράφει τις δραστηριότητες κάθε τμήματος, τμήματος, τμήματος, μονάδας και στόχους για κάθε έτος ξεχωριστά και για την περίοδο συνολικά.

Σκοπός είναι ο καθορισμός του τρόπου επίτευξης των στόχων, ο καθορισμός των ευθυνών για κάθε στόχο, η ανάπτυξη του χρονικού πλαισίου για τις ενέργειες και οι ενέργειες και η έναρξη και το τέλος, ο εντοπισμός των βασικών σημείων και ο εντοπισμός των πηγών και των τρόπων εύρεσης των απαιτούμενων πόρων.

Ένα ολοκληρωμένο, συνεκτικό και πρακτικό επιχειρηματικό σχέδιο πρέπει να προσδιορίζει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του εσωτερικού περιβάλλοντος, έτσι ώστε ο οργανισμός να μπορεί αντικειμενικά να προβλέψει το μέλλον και να αναπτύξει ευέλικτες πολιτικές επίλυσης προβλημάτων.

Πρέπει να προσδιορίζει ομάδες εργασίας ή κατάλληλα άτομα που θα συμμετάσχουν στην ανάπτυξη και υλοποίηση στόχων μέσω μιας συμμετοχικής διαδικασίας.

Συμμετοχή όλου του ανθρώπινου δυναμικού συμμετέχοντας στη διαδικασία καθορισμού και υλοποίησης επιχειρηματικών στόχων.

Πρόβλεψη αποτελεσμάτων σε οικονομικό, ποιοτικό και κοινωνικό επίπεδο μετά την εφαρμογή.

Να αναφέρεται σε διαφορετικές δεσμεύσεις διοίκησης.

Συνοδεύεται από ένα αξιόπιστο σύστημα ελέγχου που αποτελείται από ένα κατάλληλο σύνολο ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.

Να είναι έγκυρο και ευέλικτο βασισμένο στον έλεγχο των κρίσιμων σημείων στην ακριβή και έγκαιρη πληροφόρηση.

Η κατάρτιση επιχειρησιακών σχεδίων προϋποθέτει την εφαρμογή ενός συγκεκριμένου μοντέλου ανάλυσης και σύνθεσης, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημεία:

- Πρωτογενής ανάλυση των στρατηγικών στόχων σε αρχικούς επιχειρησιακούς στόχους και υπο-στόχους και καθορισμός προτεραιοτήτων.
- Αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με τους στρατηγικούς στόχους (νομοθεσία, εγκύκλιοι, κατευθυντήριες οδηγίες, διεργασίες Υπουργείου και φορέων, πόροι, σχετικές δράσεις που έχουν υλοποιηθεί ή που βρίσκονται σε εξέλιξη, μέσω της SWOT και της PESTEL analysis.
- Επιμερισμός των αρχικών επιχειρησιακών στόχων ανά Γενική Διεύθυνση, Διεύθυνση, Τμήμα, Αυτοτελή Διεύθυνση, Αυτοτελή Τμήματα, Αυτοτελές Γραφείο, Μονάδα και Φορέα.
- Εξειδίκευση των αρχικών επιχειρησιακών στόχων σε επίπεδο Διεύθυνσης, Τμήματος και ανά Υπάλληλο.

Στο πλαίσιο της επιλογής των επιχειρησιακών στόχων, αυτοί οφείλουν να είναι:

- Συγκεκριμένοι ήτοι προδιορισμένοι με ακρίβεια
- Μετρήσιμοι ήτοι να δύνανται να προσδιοριστούν ποσοτικά
- Εφικτοί, δηλαδή υλοποιήσιμοι (λαμβάνοντας υπόψη τους πόρους που διαθέτει ο Οργανισμός).
- Ρεαλιστικοί, δηλαδή λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συνθήκες, να μπορούν να εφαρμοστούν μέσω εκτίμησης πραγματικών ποσοστών
- Με καθορισμένο χρονικό όριο, δηλαδή με μια σαφώς καθορισμένη χρονική περίοδο για την ολοκλήρωση κάθε στόχου.

Η σύνταξη των επιχειρησιακών σχεδίων αποτελεί μια τυποποιημένη διαδικασία, με τελικό αποτέλεσμα μια γενική δομή, η οποία μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με τα χαρακτηριστικά κάθε Διοικητικής Μονάδας.

Η κατάρτιση και εποπτεία της υλοποίησης των επιχειρησιακών σχεδίων των διοικητικών μονάδων κεντρικής υπηρεσίας και των ρυθμιζόμενων φορέων πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Υποστήριξης και Εποπτείας Στρατηγικού Σχεδιασμού Αρχή Εποπτείας και Υποστήριξης Επιχειρηματικών Σχεδίων, σύμφωνα με το Ν. 4600/19 «Τροποποίηση στον Οργανισμό Υπουργείου Υγείας» Αρ. 81 Κριτήριο 47.

Η διαμόρφωση στρατηγικών και επιχειρησιακών σχεδίων απαιτεί τον καθορισμό των λειτουργιών κάθε νοσοκομειακού τμήματος, τη δημιουργία ενός συστήματος υποστήριξης για τη συλλογή και διαχείριση πληροφοριών και την επάρκεια των γνώσεων και των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού.

Στα νοσοκομεία μας, υπάρχουν διαφορές ως προς την επάρκεια των δεξιοτήτων και των γνώσεων του ανθρώπινου δυναμικού και των συστημάτων συλλογής και διαχείρισης πληροφοριών σε διαφορετικά νοσοκομεία.

Τα μεγάλα νοσοκομεία διαθέτουν εξειδικευμένο διοικητικό προσωπικό, αλλά τα περισσότερα από αυτά λείπουν. Λίγες νοσοκομειακές μονάδες έχουν δημιουργήσει αντίστοιχα συστήματα διαχείρισης πληροφοριών, αλλά τα περισσότερα από αυτά δεν έχουν μηχανογραφηθεί.

Κάθε δραστηριότητα ενός οργανισμού έχει μερικά επαναλαμβανόμενα στοιχεία και μερικά μοναδικά στοιχεία.

Μια σειρά πράξεων που δημιουργούν ένα στοιχείο εξόδου από ένα στοιχείο εισόδου ονομάζεται διεργασία. Όσο μεγαλύτερη είναι η αντιστοιχία μεταξύ του στοιχείου εξόδου και του στοιχείου εισόδου, τόσο μεγαλύτερη είναι η απόδοση της λειτουργίας.

Η εκροή μιας διαδικασίας μπορεί να είναι εισροή μιας άλλης.

Ένας οργανισμός μπορεί να περιγραφεί ως μια ιεραρχία διαδικασιών. Οι λειτουργικές διαδικασίες συνδέονται με τις διατμηματικές διαδικασίες. Η επιτυχία ενός οργανισμού άπτεται του πόσο καλά έχουν προσδιοριστεί οι διάφορες διαδικασίες και από το υψηλός είναι ο βαθμός ικανοποίησής τους.

3.1 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ

3.1.1 Ανάπτυξη Πλαισίου λειτουργίας

Στο πλαίσιο λειτουργίας περιγράφεται ο τρόπος λειτουργίας του νοσοκομείου μέσα από τη συνεργασία όλων των διευθύνσεων. Το κείμενο αυτό θα αποτελέσει βασικό υλικό εξοικείωσης των νεοεισερχόμενων και θα τους δώσει μια σαφή κατανόηση του πώς λειτουργούν τα νοσοκομεία και πώς συνεργάζονται τα τμήματα για την παροχή φροντίδας. Σε αυτό το κείμενο περιγράφονται οι λειτουργίες, οι χώροι του νοσοκομείου, οι αρμοδιότητες κάθε διεύθυνσης/τομέα/τμήματος, προσδιορίζεται το προσωπικό των διευθύνσεων και η δομή διοίκησης ελέγχου και επικοινωνίας του οργανισμού.

Το οργανόγραμμα ενός οργανισμού αποτελεί τη σχηματική απεικόνιση της αρχιτεκτονικής του. Ο κύριος σκοπός του είναι να κάνει ορατή τη βασική του

δομή, ώστε τα μέλη του να μπορούν να την κατανοήσουν. Είναι το μέσο για να γίνουν αντιληπτά τα τμήματα του νοσοκομείου, οι θέσεις και τίτλοι εργασίας, τα επίπεδα ιεραρχίας, η θέση του εργαζόμενου στην οργανωτική δομή, τους μηχανισμούς συντονισμού ή και τις άτυπες σχέσεις και ομάδες.

Η περιγραφή θέσης αντικατοπτρίζει τις ευθύνες, τους σκοπούς, τις εξουσίες και τις ευθύνες κάθε θέσης και τη σχέση της με άλλες θέσεις. Αναφέρεται στο όνομα της θέσης και το όνομα του κατεστημένου, τις κύριες αρμοδιότητες της θέσης και την εκτέλεση των καθηκόντων που θα έπρεπε να αναλάβει ο υφιστάμενος. Τι; Οι απαιτήσεις για τα προσόντα εργασίας μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την εργασία και τις συνθήκες εργασίας της εργασίας. Η υλοποίηση εκπαιδευτικών συναντήσεων στοχεύει στην ενημέρωση του ανθρώπινου δυναμικού τόσο για τις λειτουργίες των άλλων τμημάτων όσο και στον ακριβή αριθμό εμπλοκής του τμήματός του στην αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των άλλων τμημάτων.

Κατά τη διάρκεια αυτών των συναντήσεων υπάρχει επικοινωνιακή ανταλλαγή απόψεων και πιθανές αντιπαραθέσεις μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο διαπραγμάτευσης σε υψηλότερο επίπεδο ιεραρχίας.

Στη συνέχεια θα ακολουθήσει ενημέρωση των συναδέλφων τους για να εξασφαλιστεί η διάχυση της πληροφόρησης στοιχείο απαραίτητο για τη διασφάλιση της ροής επικοινωνίας και ενημέρωσης σε όλο το φάσμα των ιεραρχικών επιπέδων της οργανωτικής δομής του νοσοκομείου.

3.1.2 Εναλλακτικά σχέδια δράσης

Ενα ολοκληρωμένο σχέδιο διασφάλισης της Επιχειρησιακής συνέχειας σε περίπτωση ζημιογόνου γεγονότος. Αφορά μια κρίσιμη κατάσταση που θα μπορούσε να συσχετισθεί με τη διακοπή των καθημερινών λειτουργιών του νοσοκομείου για μια χρονική περίοδο.

Το αίτιο δεν έχει ιδιαίτερη σημασία αντίθετα έχει η δυνατότητα της διοίκησης να ανακτήσει εγκαίρως τον διαχειριστικό έλεγχο και να θέσει άμεσα σε επαναλειτουργία όλες τις κρίσιμες καθημερινές λειτουργίες.

Το σχέδιο είναι ένα δυναμικό κείμενο που ενημερώνεται και επικυρώνεται ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την ομάδα διαχείρισης κρίσεων.

Μεθοδολογία Στοχοθεσίας του Νοσοκομείου μέσω *balanced score card*

Αποτελεί μεθοδολογία ολοκληρωμένης στοχοθεσίας και ταυτόχρονα μέτρησης επιδόσεων του οργανισμού. Συνίσταται σε ένα ευρύ πλαίσιο λειτουργικών διαστάσεων-στόχων και σε ορισμένους αντίστοιχους δείκτες που καλύπτουν τον κύριο άξονα αποτελεσματικότητας.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Οργάνωση συστημάτων δημόσιας υγείας σε ευρωπαϊκές χώρες.

Πολλές χώρες έχουν προβλέψει από παλιά την εισαγωγή στη διοίκηση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας τους εργαλεία και μεθόδους ορθολογικού management όπως εξασφάλισης και ελέγχου ποιότητας, μέτρησης της απόδοσης, διοίκησης βασισμένης σε πληροφοριακά συστήματα επιχειρώντας να μειώσουν μέσω αυτών τη γραφειοκρατία, την αποκέντρωση των εξουσιών, να αξιοποιήσουν καλύτερα το ανθρώπινο δυναμικό τους και να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του Οργανισμού.

Η κύρια ευθύνη για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικών υπηρεσιών ανήκει στις χώρες της ΕΕ. Ως εκ τούτου, η πολιτική της ΕΕ για την υγεία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές για τη διασφάλιση της προστασίας της υγείας σε όλες τις πολιτικές της ΕΕ και τη συμβολή σε μια ισχυρότερη συμμαχία για την υγεία.

Οι πολιτικές και οι δράσεις της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας στοχεύουν στη:

- * Προστασία και βελτίωση της υγείας των πολιτών της ΕΕ
- * Υποστήριξη εκσυγχρονισμού και ψηφιοποίησης συστημάτων και υποδομών υγείας
- * Βελτίωση της ανθεκτικότητας των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας.
- * Παροχή στις χώρες της ΕΕ τα κατάλληλα μέσα για την καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπιση μελλοντικών επιδημιών

Εκπρόσωποι των εθνικών αρχών και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής συζητούν στρατηγικά θέματα υγείας στο πλαίσιο της ομάδας εργασίας υψηλού επιπέδου για τη δημόσια υγεία. Τα θεσμικά όργανα της ΕΕ, τα κράτη μέλη, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές και άλλοι ενδιαφερόμενοι συμβάλλουν στην εφαρμογή της στρατηγικής της ΕΕ για την υγεία και του ετήσιου σχεδίου εργασίας.

Αρχές διαμόρφωσης κατευθύνσεων και αξόνων πολιτικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η ανασύνθεση των κατευθυντήριων πολιτικών υγείας οριοθετεί τις γενικότερες ευρωπαϊκές πολιτικές κοινωνικής προστασίας.

Δημιουργήθηκε η Κοινωνική Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού (ΚΑΜΣ) με σκοπό την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών και συντονισμένων μεθόδων παρακολούθησης.

Τα κράτη μέλη έχουν ορίσει κοινούς στόχους και μέσω κοινών δεικτών παρακολούθησης (πρόγραμμα progress) δίνεται η δυνατότητα συγκριτικής ανάλυσης, μεταφοράς τεχνογνωσίας και καλύτερου συντονισμού και στρατηγικού σχεδιασμού.

Μέσω των αρχών της Διακυβερνητικής συνεργασίας που στοχεύει σε μια προσβάσιμη, βιώσιμη και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα η οποία θα είναι ανεξάρτητη από τις οικονομικές συνθήκες και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες της κοινωνίας με ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων, την παροχή κινήτρων για παρόχους και χρήστες, συντονισμό μεταξύ των συστημάτων περίθαλψης και ανάπτυξη υψηλού

αισθήματος ευθύνης μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας. (Σούλης 2015).

4.1 Νομοθετικό πλαίσιο

Η ΕΕ μπορεί να νομοθετεί στον τομέα της υγείας βάσει της Συνθήκης για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή το άρθρο 168 (Προστασία της δημόσιας υγείας), το άρθρο 114 (ενιαία αγορά) και το άρθρο 153 (κοινωνική πολιτική).

Οι τομείς της νομοθεσίας της ΕΕ περιλαμβάνουν:

- * Δικαιώματα ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη
- * Φάρμακα και Ιατρικά Προϊόντα - Φαρμακοεπαγρύπνηση - Πλαστικά Φάρμακα - Κλινικές Δοκιμές.
- * Ασφάλεια Υγείας και Λοιμώδη Νοσήματα
- * Ψηφιακή Υγεία και Φροντίδα
- * προϊόντα καπνού
- * Όργανα, αίμα, ιστούς και κύτταρα

Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορεί επίσης να κάνει συστάσεις για τη δημόσια υγεία στις χώρες της ΕΕ.

4.2 Προτεραιότητες για το διάστημα 2021-2027

Η Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας θα επικεντρωθεί σε επείγουσες και μακροπρόθεσμες προτεραιότητες για την υγεία, από την απάντηση στην κρίση του COVID-19 και την ανθεκτικότητα στις διασυνοριακές απειλές για την υγεία, μέχρι το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου, την Ευρωπαϊκή Φαρμακευτική Στρατηγική και την Ψηφιακή Υγεία.

Η ΕΕ θα συνεχίσει να συνεργάζεται διεθνώς για τις παγκόσμιες απειλές και προκλήσεις για την υγεία, όπως οι ανθεκτικές στα φάρμακα λοιμώξεις και ο εμβολιασμός.

Τα συστήματα υγείας των κρατών μελών της ΕΕ συμβάλλουν αποφασιστικά στο υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας και συνοχής που απολαμβάνει η Ευρώπη. Τα συστήματα υγείας στην ΕΕ είναι διαφορετικά και αντικατοπτρίζουν διαφορετικές κοινωνικές επιλογές. Παρά τις διαφορές στην οργάνωση και τη χρηματοδότηση, βασίζονται σε κοινές αξίες, όπως αναγνωρίζονται από το Συμβούλιο Υπουργών Υγείας 2006¹: καθολικότητα, πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη, ισότητα και αλληλεγγύη. Πιστεύεται επίσης ευρέως ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι οικονομικά βιώσιμα προκειμένου να διατηρηθούν αυτές οι αξίες για το μέλλον.

Την τελευταία δεκαετία, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετώπισαν παρόμοιες αυξανόμενες κοινές προκλήσεις: • Ο πληθυσμός της Ευρώπης γερνάει και εκτίθεται περισσότερο σε πολλαπλές χρόνιες ασθένειες. Αυτό οδήγησε σε αυξημένη ζήτηση και δημοσιονομικές πιέσεις για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το κόστος των καινοτόμων τεχνολογιών και φαρμάκων αυξάνεται, επιβαρύνοντας τα δημόσια οικονομικά, την άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας, που οδηγεί σε ελλείψεις σε ορισμένους ιατρικούς τομείς και την πρόσβαση σε άνιση κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης έχει ως αποτέλεσμα άνισα αποτελέσματα υγείας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων της κοινωνίας. Η ανακοίνωση της Επιτροπής για τα αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας καθορίζει τη στρατηγική ατζέντα για τα συστήματα υγείας της ΕΕ.

Μια κοινή έκθεση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης και τη δημοσιονομική βιωσιμότητα, που

συντάχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής, συμβάλλει σημαντικά σε αυτό το θεματολόγιο.

Ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων, που εγκρίθηκε τον Απρίλιο του 2017, δηλώνει ότι όλοι έχουν δικαίωμα στην έγκαιρη πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή, προληπτική και θεραπευτική ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Η έγκαιρη πρόσβαση σημαίνει ότι όλοι έχουν τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη όταν τη χρειάζονται.

Η επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί μια ισορροπημένη γεωγραφική κατανομή των ιατρικών εγκαταστάσεων και των επαγγελματιών υγείας, καθώς και πολιτικές για την ελαχιστοποίηση των μεγάλων χρόνων αναμονής. Η προσιτή υγειονομική περίθαλψη σημαίνει ότι οι άνθρωποι δεν πρέπει να αποκλείονται από τις ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται λόγω κόστους. Ποιοτική υγειονομική περίθαλψη σημαίνει σχετική, κατάλληλη, ασφαλή και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη. Υπάρχει αυξανόμενη αλληλεπίδραση μεταξύ των συστημάτων υγείας της ΕΕ.

Στο πλαίσιο αυτό, η οδηγία για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο διασυνοριακό ιατρικό πλαίσιο αποτελεί ορόσημο, καθώς παρέχει το νομικό πλαίσιο και τα εργαλεία πολιτικής για μια τέτοια συνεργασία. Ειδικότερα, η Οδηγία παρέχει στους ασθενείς σαφείς κανόνες και αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση στη φροντίδα και την επιστροφή των σχετικών εξόδων σε άλλη χώρα της ΕΕ.

4.3 Εντοπισμός προβλημάτων

Ο τομέας της υγείας έχει πολύ υψηλή συμβολή στη δημιουργία θέσεων εργασίας. Ο τομέας της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης έχει σημειώσει τη μεγαλύτερη αύξηση θέσεων εργασίας τα τελευταία χρόνια, με περισσότερες από 2,6 εκατομμύρια νέες θέσεις εργασίας. Ωστόσο, δεν ανταποκρίνονται όλες οι νέες θέσεις εργασίας στις νέες απαιτήσεις για υπηρεσίες υγείας: η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στον γηράσκον πληθυσμό της Ευρώπης απαιτεί διαφορετικά σύνολα δεξιοτήτων και διαφορετικούς τρόπους εργασίας σε διαφορετικούς τομείς και κλάδους.

Αναντιστοιχίες δεξιοτήτων υπάρχουν τόσο στη φύση όσο και στην κατανομή των δεξιοτήτων στα επαγγέλματα υγείας. Νέες μορφές περίθαλψης που περιλαμβάνουν μετατόπιση καθηκόντων (π.χ. από γιατρό σε παραϊατρικό) και καλύτερη ενσωμάτωση μπορούν να παρέχουν ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα με χαμηλότερο κόστος (Eurostat).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών είναι σημαντικά υψηλότερο από το μέσο όρο για όλους τους τομείς και ο τομέας των κοινωνικών υπηρεσιών είναι υψηλότερος από την οικονομία στο σύνολό της. Το 2016, το 33,9% των εργαζομένων στην ΕΕ είχε τριτοβάθμια εκπαίδευση· στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, το ποσοστό ήταν 43,4%. Το ποσοστό των εργαζομένων που αποφοιτούν από το γυμνάσιο ή την τριτοβάθμια εκπαίδευση ισοδυναμεί με το 48% της οικονομίας συνολικά και το 45% του τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Συνολικά, το 17,9% των εργαζομένων έχει μόνο γυμνάσιο, έναντι 11,5% στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ο τομέας της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών παραμένει ένας τομέας όπου οι γυναίκες απασχολούνται σε μεγάλο βαθμό: τέσσερις στους πέντε εργαζόμενους στον τομέα είναι γυναίκες και το ποσοστό αυτό παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητο κατά την υπό εξέταση περίοδο. Ένας αποτελεσματικός και προσβάσιμος τομέας υγείας συμβάλλει επίσης έμμεσα στην οικονομική ανάπτυξη και ευημερία: βοηθά τους ανθρώπους να επιτύχουν και να διατηρήσουν καλή υγεία, διασφαλίζοντας έτσι ευρύτερη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και αύξηση της παραγωγικότητας.

4.4 Δημοσιονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας

Ο δημόσιος τομέας διαδραματίζει βασικό ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας: στα δύο τρίτα των κρατών μελών, περισσότερο από το 70% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτείται από τον δημόσιο τομέα. Αυτή η κατάσταση ενέχει δυνητικό κίνδυνο για τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών, ιδίως δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού.

Τα κράτη μέλη της ΕΕ με υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι η Βουλγαρία (46% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη), η Ελλάδα (πάνω από 41%), η Κύπρος (54%), η Λετονία (44%) και η Μάλτα (43%)⁷.

Τα κράτη μέλη με το υψηλότερο μερίδιο των δαπανών για τη δημόσια υγεία είναι η Τσεχική Δημοκρατία (83%), η Δανία (84%) και η Γερμανία. Το 2015, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία αντιστοιχούσαν στο 7,8% του ΑΕΠ της ΕΕ.

Ο λόγος των δαπανών προς το ΑΕΠ ισούται ή υπερβαίνει τον σταθμισμένο μέσο όρο της ΕΕ σε οκτώ κράτη μέλη: Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο.

Τα κράτη μέλη με το χαμηλότερο μερίδιο των δαπανών για τη δημόσια υγεία είναι η Κύπρος και η Λετονία (3,5%), ενώ η Βουλγαρία, η Εσθονία, η Λιθουανία, η Ουγγαρία, η Πολωνία και η Ρουμανία βρίσκονται κάτω από το 5%. Το 2015, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην ΕΕ αντιπροσώπευαν κατά μέσο όρο το 15% των συνολικών δημόσιων δαπανών.

Τα κράτη μέλη που υπερβαίνουν τα ποσοστά της ΕΕ είναι η Τσεχική Δημοκρατία, η Γερμανία, η Κροατία, η Ιρλανδία, η Λιθουανία, οι Κάτω Χώρες, η Αυστρία, η Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα χαμηλότερα κράτη μέλη είναι η Κύπρος (7,2%) και η Ρουμανία (8,4%), ακολουθούμενες από την Ελλάδα, τη Λετονία, την Ουγγαρία, την Πολωνία (όλα κάτω από 11%) και το Λουξεμβούργο (11,5%), τη Γερμανία (85%), το Λουξεμβούργο (83%), την Ολλανδία (81%) και τη Σουηδία (84%).

Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία είναι ένα από τα μεγαλύτερα και ταχύτερα αναπτυσσόμενα στοιχεία των κρατικών δαπανών. Καθ' όλη τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου παρουσίασαν εντυπωσιακή άνοδο ανακτώντας όλο και υψηλότερο μερίδιο στο ΑΕΠ κάθε ανεπτυγμένης χώρας.

Η ανοδική πορεία των δαπανών υγείας οφείλεται στην ισχυροποίηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, στη διόγκωση της αγοράς αγαθών και υπηρεσιών υγείας, στην αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα καταναλωτικό πρότυπο και σε μια σειρά κοινωνικο-πολιτισμικών και δημογραφικών παραγόντων. (Σούλης)

Η διαφορά στο επίπεδο των δαπανών για την υγεία σε σχέση με το ΑΕΠ είναι στην πραγματικότητα το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού δύο τάσεων, των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και του ΑΕΠ. Στην πραγματικότητα, η σχετική αύξηση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ μπορεί να είναι το καθαρό αποτέλεσμα της μείωσης αυτών των δύο

δεικτών, με το ΑΕΠ να μειώνεται περισσότερο από τις δαπάνες (και το αντίστροφο). Επομένως, η κατά κεφαλήν τιμή παρέχει πρόσθετες πληροφορίες για την αξιολόγηση των τάσεων: εάν οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνονται, αλλά μειώνονται κατά κεφαλήν, τότε το ΑΕΠ της χώρας είναι πιθανό να μειωθεί ταχύτερα από το κόστος υγείας. Ένα ανοδικό μοτίβο θα πρέπει να αναλυθεί μαζί με την αρχική τιμή. Ένα σημείο εκκίνησης κάτω ή πάνω από το μέσο όρο μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές ερμηνείες των αυξήσεων και των μειώσεων των δαπανών για την υγεία.

Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ και του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (% αύξηση Εθνική Βάση Δεδομένων Υγείας).

Η πίεση για αύξηση των δαπανών για την υγεία θα συνεχιστεί. Σύμφωνα με την Έκθεση για τη Γήρανση του Πληθυσμού του 2015, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ προβλέπεται να αυξηθούν περαιτέρω από σήμερα έως το 2060. Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτήν την ανάπτυξη είναι οι ακόλουθοι: · Αύξηση εισοδημάτων και προσδοκιών για υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη · Γήρανση πληθυσμού, που σχετίζεται με την ηλικία. Εκτός από τις οικονομικές προκλήσεις, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης αντιμετωπίζουν συχνά διαρθρωτικά ζητήματα που σχετίζονται με την αναποτελεσματική κατανομή και χρήση των πόρων σε λειτουργικούς τομείς δαπανών.

Ο ΟΟΣΑ εκτιμά ότι μία στις πέντε δαπάνες για την υγεία συμβάλλει ελάχιστα στη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας. Στο σενάριο αναφοράς της ομάδας εργασίας για τη γήρανση (AWG), οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία στην ΕΕ θα αυξηθούν κατά 0,9 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ έως το 2060.

Βασικός στόχος της ΕΕ είναι να διασφαλίσει τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Για πολλές χώρες της ΕΕ, οι κίνδυνοι για τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών και ο αναμενόμενος αντίκτυπος των δημόσιων δαπανών στην υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια περίθαλψη έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην επιδείνωση των αποτελεσμάτων της υγείας. Οι χώρες ενδέχεται να μειώσουν τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης χωρίς να μειώσουν την απόδοση του συστήματος υγείας ή τα αποτελέσματα του τομέα υγείας. Άλλες προκλήσεις περιλαμβάνουν: · Άνιση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη · Τακτικές υπερβάσεις του προϋπολογισμού · Ανταγωνιστικές δημοσιονομικές πιέσεις από διάφορα υπουργεία · Αλλαγή προτεραιοτήτων πολιτικής · Πληροφορίες για παροχές και μακροχρόνια περίθαλψη.

Η πρόσβαση σε ένα αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή. Τα πιο συνηθισμένα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη προκύπτουν από την αδυναμία ή και την απροθυμία των ασθενών να πληρώσουν για την παροχή ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών.

Σε ορισμένες χώρες, ο χρόνος αναμονής ή η απόσταση μετακίνησης είναι ένα ζήτημα. Οι χρόνοι αναμονής μπορεί να προκύψουν για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, αυτών που σχετίζονται με την αναποτελεσματική ή ανεπαρκή κατανομή πόρων ή με επιλογές ενεργούς διαχείρισης από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ανεπαρκής υποδομή υγειονομικής περίθαλψης και το εργατικό δυναμικό μπορεί επίσης να εμποδίσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Ένας δείκτης που χρησιμοποιείται συχνά για τον εντοπισμό των εμποδίων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι η μη ικανοποιημένη ανάγκη που αναφέρεται από τον ίδιο τον ασθενή. Αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται πλέον στον κοινωνικό πίνακα αποτελεσμάτων ως μέρος του κοινωνικού πυλώνα. Λιγότερο από το 5% του πληθυσμού σε τέσσερις στις πέντε ευρωπαϊκές χώρες ανέφεραν μη ικανοποιητικά επίπεδα πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη σε ολόκληρη την ΕΕ. Παρά το γεγονός ότι τα κράτη μέλη συμφώνησαν να τηρήσουν την κοινή αρχή της ισότητας στα συστήματα υγείας οι ευκαιρίες για υγειονομική περίθαλψη ποικίλλουν. Τα εμπόδια στην ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να είναι πολλά, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, οικονομικών, διοικητικών, γεωγραφικών, νομικών, πολιτιστικών και οργανωτικών παραγόντων.

Οι μη ικανοποιημένες ιατρικές ανάγκες που αναφέρουν οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει επίσης να συγκριθούν με αντικειμενικά μέτρα χρήσης και δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, το επίπεδο των δημόσιων, ιδιωτικών και άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για υγειονομική περίθαλψη, παρέχει επίσης πληροφορίες για την οικονομική προστασία του πληθυσμού από κινδύνους κακής υγείας και την τρέχουσα χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η παροχή καθολικής, βιώσιμης πρόσβασης σε περίθαλψη υψηλής ποιότητας απαιτεί υψηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας, σε ένα πλαίσιο αυξανόμενης ζήτησης και περιορισμένων πόρων.

Η πρόκληση είναι να εντοπιστούν οικονομικά αποδοτικοί τρόποι χρηματοδότησης, οργάνωσης και παροχής φροντίδας που επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία κάνοντας την πιο ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Η ιδιωτική δαπάνη αναφέρεται στην άμεση πληρωμή αγαθών και υπηρεσιών από χρήστες από πρωτογενές εισόδημα ή αποταμιεύσεις νοικοκυριών όταν αγοράζουν αγαθά ή χρησιμοποιούν υπηρεσίες, χωρίς αποζημίωση ή μέσω ενός οργανωμένου συστήματος για τον επιμερισμό του κόστους. Ο δείκτης μπορεί επίσης να επηρεαστεί από την προτίμηση του ασθενούς.

Η συγκρισιμότητα δεδομένων μεταξύ των χωρών είναι επί του παρόντος περιορισμένη λόγω του βαθμού ακρίβειας με τον οποίο εφαρμόστηκε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του 2011 (SHA) στις χώρες της ΕΕ. Οι οριζόντιες περικοπές δαπανών με σκοπό την επίτευξη βραχυπρόθεσμης εξοικονόμησης πόρων, οι οποίες δεν στοχεύουν στην οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος, ενδέχεται να οδηγήσουν σε αύξηση των δαπανών μεσομακροπρόθεσμα.

Ειδικότερα, πολλά κράτη μέλη θεωρούν αυτό το ζήτημα ως πρόκληση για τη βελτίωση της πρόσβασης σε οικονομικά οικονομικά φάρμακα. Μάλιστα, τα επόμενα χρόνια, αναμένεται να κυκλοφορήσει στην αγορά μεγάλος αριθμός φαρμάκων και οι ανάγκες χρηματοδότησης αναμένεται να αυξηθούν σε σύγκριση με την τελευταία δεκαετία. Η φύση των νέων φαρμάκων αλλάζει σταδιακά: οι καινοτομίες βασίζονται σε πολύπλοκα και ακριβά βιοφαρμακευτικά προϊόντα και στοχεύουν όλο και περισσότερο σε μικρότερους πληθυσμούς. Οι δημόσιοι και ιδιωτικοί πληρωτές υγειονομικής περίθαλψης ανησυχούν όλο και περισσότερο για το πώς θα αντιμετωπίσουν το αυξανόμενο κόστος αυτών των φαρμάκων. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιηθείσες ανάγκες είναι αρκετά υψηλό.

Το συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα. Σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, η διαφορά

αντανακλάται στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία. Το παράδοξο στην εξέλιξή του είναι ότι ενώ το NHS λειτουργεί τα τελευταία 30 χρόνια, οι δημόσιες δαπάνες κυμαίνονται στο 5,5% σε σύγκριση με 7,8% στην ΕΕ, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία υπερβαίνουν το 40% των συνολικών δαπανών. %, το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ και του ΟΟΣΑ. (Sulis,2015)

		ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΛΛΑΔΑ 100%	ΣΥΝΟΛΟ	60%	40%
ΟΟΣΑ 100%	ΣΥΝΟΛΟ	72%	28%
ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ (%) ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2000-2010			
ΕΛΛΑΔΑ: 4,8		Το 2010 μείωση κατά 6,5% (πρώτη φορά αρνητικός δείκτης)	
ΟΟΣΑ: 4,3			
ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΥΞΗΣΗ (%) ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2000-2010			
ΕΛΛΑΔΑ: 4,7		Το 2010 μείωση κατά 9,9% (πρώτη φορά αρνητικός δείκτης)	
ΟΟΣΑ: 4,5			
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ =			
I. Ασφαλιστικές εισφορές στους κλάδους υγείας			
II. Άτυπες πληρωμές - παραοικονομία 20% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης των νοικοκυριών			
ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΤΑΒΟΛΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟ 2010			
ΕΛΛΑΔΑ:	38,4%		
ΟΟΣΑ:	19,5%		

9,5% (2010, ΟΟΣΑ)	10,2% (2010, ΕΛΛΑΔΑ)	
Συνολικές δαπάνες υγείας		
20,9 δις	10,6 δις	
9,2% (ΑΕΠ) (2007)	7,8% (2000)	5,5% (1970)
Τελικά στοιχεία (2007) =	21,9 δις (9,7%)	
Αύξηση των δαπανών υγείας κατά 3% του ΑΕΠ λόγω γήρανσης ¹ μέχρι το 2060		

	1970	1980	1990	2000	2010
ΕΛΛΑΔΑ	42,6	55,6	5,7	60,0	59,4
ΟΟΣΑ	72,6	73,2	72,9	71,4	72,0

Ελαστικότητα δημόσιων δαπανών υγείας / ΑΕΠ 2000-2007
 $6,9\%/3,8\% = 1,82$

7,8% Δημόσιες δαπάνες υγείας (ΕΕ)

Το κόστος των νοσοκομείων στις χώρες του ΟΟΣΑ συχνά υπερβαίνει το 60% του συνολικού κόστους υγείας, οδηγώντας σε σημαντικές προσπάθειες για τον έλεγχο του νοσοκομειακού κόστους.

Ορισμένοι παράγοντες έχουν αποδοθεί στον πληθωρισμό του κόστους των νοσοκομείων, όπως ο πολλαπλασιασμός των βιοϊατρικών τεχνολογιών, το χαμηλό επίπεδο οργάνωσης του νοσοκομειακού συστήματος και η χαμηλή παραγωγικότητα του ανθρώπινου δυναμικού, ιδίως ο τρόπος χρηματοδότησης των νοσοκομείων.

Το ελληνικό δημοσιονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από αντικρουόμενους πόρους. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία των εθνικών λογαριασμών, το κράτος συμμετέχει σε μεγάλο βαθμό στα έσοδα από τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, αλλά και οι Έλληνες πολίτες λαμβάνουν το ίδιο κόστος υπηρεσιών λόγω της προκληθείσας ζήτησης.

Φορείς χρηματοδότησης	Δεδομένα ΟΟΣΑ (%)	Δεδομένα ΕΛ.ΣΤΑΤ. (%)	Δεδομένα ΕΛ.ΣΤΑΤ. (σε εκ ευρώ)
(I) ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (I) = (I.1)+ (I.2) Γενική Κυβέρνηση – Δημ. Δαπάνη (HF.1.1 + HF.1.2)	65,5	63,5	10.020,9
(I.1) Κεντρική διοίκηση (HF.1.1)	25,0	29,1	4.603,1
(I.2) ΟΚΑ (HF.1.2)	40,5	34,4	5.417,8
(II) ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (II) = (II.1)+ (II.2)	33,7	35,6	5.616,2
(II.1) Ιδιωτική Ασφάλιση	3,0	3,1	495,1
(II.2) Άμεσες ίδιες πληρωμές νοικοκυριών	30,7	32,5	5.121,2

4.5 Προσδιορισμός των μέσων πολιτικής για την αντιμετώπιση των προκλήσεων.

Η ανακοίνωση της Επιτροπής για τα αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας προτείνει ένα θεματολόγιο της ΕΕ με μια σειρά συνεργατικών μηχανισμών για τη στήριξη των μεταρρυθμίσεων σε επίπεδο χώρας.

Στόχος είναι να βελτιωθούν οι επιδόσεις του συστήματος υγείας της ΕΕ, οι μηχανισμοί αυτοί περιλαμβάνουν: Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (HTA), ηλεκτρονική υγεία, ψηφιακή υγεία, αξιολόγηση απόδοσης συστήματος υγείας, προγραμματισμός εργατικού δυναμικού, ευρωπαϊκό δίκτυο αναφοράς κ.λπ.

Αυτή η συνεργασία στοχεύει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας για τη διασφάλιση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας και (https://ec.europa.eu/health/home_en) πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους.

Η Κοινή Έκθεση της Επιτροπής Ευρωπαϊκής Οικονομικής Πολιτικής (EOX) για την υγειονομική περίθαλψη και τα μακροπρόθεσμα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (2016) προσδιόρισε ορισμένους τομείς στους οποίους η οικονομική αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να βελτιωθεί μεσοπρόθεσμα έως μακροπρόθεσμα, καθώς και μακροπρόθεσμα οικονομική αποτελεσματικότητα. Διάρκεια Βιωσιμότητα. Μεταξύ των κατάλληλων μοχλών πολιτικής συγκαταλέγονται τα ακόλουθα: Βελτίωση της διακυβέρνησης των συστημάτων.

- Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ δημοσιονομικής πολιτικής και υγειονομικών αρχών και χρήση ευρείας γκάμα εργαλείων δημοσιονομικού σχεδιασμού για την υποστήριξη της αποτελεσματικότητας, της διαφάνειας και της λογοδοσίας. Διαμόρφωση στρατηγικών τεχνολογιών των πληροφοριών και διαχείρισης δεδομένων, με σκοπό την υποστήριξη της παρακολούθησης και της διακυβέρνησης, καθώς και της ενίσχυσης των προσπαθειών καταπολέμησης της διαφθοράς, της απάτης και της κακής χρήσης των δημόσιων πόρων,
- Εκ των προτέρων και εκ των υστέρων αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων με συστηματικό και τυποποιημένο τρόπο που βασίζεται σε στοιχεία και εφαρμογή αξιολογήσεων απόδοσης του συστήματος υγείας,

- Αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων των δημοσίων φορέων που είναι αρμόδιοι για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης, με στόχο την ενοποίηση των ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με την ανάπτυξη νομικού πλαισίου και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των διοικητικών φορέων,
- •Βελτίωση της επάρκειας και ποιότητας των ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας και προώθηση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας της χρηματοδότησης και των δαπανών με την προσαρμογή του προγραμματισμού στη ζήτηση, την προσαρμογή των κινήτρων, τη διερεύνηση δυνατοτήτων για διασυνοριακή πρόσληψη ιατρών και τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Διασφάλιση του ότι το σύνολο των παροχών που χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο βασίζεται σε κριτήρια οικονομικής αποδοτικότητας και ισότητας, καθώς και ότι υπάρχουν συστήματα επιμερισμού της δαπάνης που υποστηρίζουν τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την πρόσβαση,
- Σχεδιασμός αμοιβών και μηχανισμοί αγοράς με σκοπό την προώθηση της αποδοτικότητας και της ισότητας,
- Προώθηση του συντονισμού και της ολοκλήρωσης της περίθαλψης δίνοντας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ισχυρότερο ρυθμιστικό ρόλο και ικανότητα παραπομπής για την απομάκρυνση των συστημάτων υγείας από τα παραδοσιακά μοντέλα που επικεντρώνονται στο νοσοκομείο.
- Ενίσχυση της βιωσιμότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω βελτιωμένων ρυθμίσεων χρηματοδότησης, χαμηλότερου λειτουργικού κόστους και βελτιωμένων συγκρίσεων και σημείων αναφοράς επιδόσεων των νοσοκομείων.

- Βελτίωση της οικονομικής χρήσης και της οικονομικής προσιτότητας των φαρμάκων με την προώθηση των δημόσιων προμηθειών και του ρόλου των γενόσημων και βιομοειδών, κατάλληλων πολιτικών ελέγχου των τιμών και προώθηση της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων.
- Διερεύνηση περαιτέρω μηχανισμών για διασυνοριακή συνεργασία για την αντιμετώπιση της προμήθειας και της προσβασιμότητας φαρμάκων στις χώρες της ΕΕ, οι οποίοι θα πρέπει να περιλαμβάνουν κατάλληλους ρυθμιστικούς μηχανισμούς σε επίπεδο ΕΕ, καθώς και κοινές συμφωνίες για τις δημόσιες προμήθειες.
- Ικανότητα λήψης οικονομικών και βασισμένων σε ΑΤΥ αποφάσεις κάλυψης για νέες και υπάρχουσες τεχνολογίες, μεταξύ άλλων μέσω της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, για τη βελτίωση της πρόσβασης, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης
- Ενίσχυση των πολιτικών προώθησης της υγείας και πρόληψης ασθενειών: Προώθηση εκστρατειών σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, ανάπτυξη περιεκτικών πολυτομεακών πρωτοβουλιών πολλών ενδιαφερομένων και συνοχή.
- Ένα γενόσημο φάρμακο είναι το ίδιο φάρμακο με ένα ήδη εγκεκριμένο φάρμακο ("φάρμακο αναφοράς"). Περιέχει την ίδια δραστική ουσία με το φάρμακο αναφοράς. Το βιομοειδές είναι σε γενικές γραμμές παρόμοιο με ένα εγκεκριμένο βιολογικό από όλες τις βασικές απόψεις.) Βελτίωση της πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη μειώνοντας τους χρόνους αναμονής και την οικονομική επιβάρυνση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών.

- Λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων, ιδίως μέσω των σχετικών φορολογικών και κοινωνικών πολιτικών προστασίας, τηςδιατομεακής συνεργασίας στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας και της παροχής πολιτιστικά ευαίσθητων υπηρεσιών, Παροχή του κατάλληλου βαθμού περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη, μέσω της προώθησης και της αξιολόγησης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας,
- Προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης και υποστήριξη της παροχής υπηρεσιών υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης στο σπίτι και στην κοινότητα και όχι σε ιδρύματα, ανάλογα με την περίπτωση.
- Προώθηση της υγιούς γήρανσης και πρόληψη της σωματικής καιπνευματικής εξασθένησης σε άτομα με χρόνιες παθήσεις.

Εθνική Κατάσταση Υγείας των Ευρωπαϊκών Δημόσιων Νοσοκομείων.

Επί του παρόντος, όσον αφορά τον μετασχηματισμό των δημόσιων νοσοκομείων σε ανεπτυγμένες περιοχές της Ευρώπης, επισημαίνουμε ότι κατά την ίδρυση του ΕΣΥ, οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις χρειάζονταν να ανακατευθύνουν τους εθνικούς προϋπολογισμούς προς την έξοδο από τη δευτερογενή βιομηχανία. Η εξαφάνιση της οικονομίας από την ύφεση που επικρατούσε τότε στις παγκόσμιες αγορές τις οδήγησε στον περιορισμό της χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας.

Εκείνα τα χρόνια, προφανώς για να αποφύγει να πληρώσει το πολιτικό τίμημαγια τις βαθιές περικοπές σε τέτοια χρηματοδότηση για την υγεία, η κυβέρνηση απλώς έστρεψε την προσοχή της στην ενθάρρυνση πολιτικών υγείας χαμηλότερου κόστους. Άρχισαν δηλαδή να υποστηρίζουν μέτρια και

σποραδικά τη θέσπιση προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, πρόληψης και προστασίας από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους που απειλούν την υγεία των ανθρώπων.

Λίγα χρόνια αργότερα, η ανάγκη διασφάλισης της ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής οικονομίας σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον καλύφθηκε από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ (1992), η οποία καθιέρωσε ένα κοινό ευρωπαϊκό νόμισμα, απαιτώντας κυρίως από τα κράτη μέλη της ΕΕ να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα ενός ενιαίου νομίσματος μέσω αυστηρών δημόσια δημοσιονομική πειθαρχία: μια πειθαρχία που αναλύει τα ελλείμματα, το δημόσιο χρέος και τον πληθωρισμό αφιερώνοντας σημαντικό μέρος των πόρων του δημόσιου ταμείου στην ενίσχυση των εθνικών οικονομιών. Ο ιδιωτικός τομέας και η επιβίωσή του στις παγκόσμιες αγορές.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι κοινωνικές κρατικές δαπάνες έχουν υποστεί τη μεγαλύτερη πίεση από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Η δημόσια χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών της «ζώνης του ευρώ» απορροφά μεγάλο μέρος της πίεσης.

Στο επίκεντρο της μείωσης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται η μείωση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης και, ευρύτερα, της λειτουργίας και της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης δεν μπορεί παρά να είναι η σταδιακή μεταφορά του βάρους της χρηματοδότησης της προστασίας υγείας από το κράτος στους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών των πολιτών (μέσω μηχανισμών του ιδιωτικού τομέα - κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη - ασφάλιση και, σε τελική ανάλυση, ανατροπή των θεμελίων το προηγουμένως καθιερωμένο σύστημα υγείας): Όλοι οι πολίτες έχουν ίση

πρόσβαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις ως προς το εισόδημα ή την κοινωνική θέση.

Έχουν συζητηθεί οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας προς αυτή την κατεύθυνση που ξεκίνησαν στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία (Αντωνοπούλου, 2001:863 επ.).

Ωστόσο, μια πιο συγκεκριμένη πτυχή τους αξίζει περισσότερης συζήτησης προκειμένου να διατυπωθούν πληρέστερα τα επόμενα σχόλιά μας για το ΕΣΥ. Στην Ευρώπη, η πιο εκτεταμένη μεταρρύθμιση του συστήματος των δημόσιων νοσοκομείων φαίνεται να ενσταλάσσει σε αυτό την εμπορική αποτελεσματικότητα, δημιουργώντας μια νέα μέθοδο χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, γνωστή ως «πληρωμές ασθενειών» (tariff à l'activité).

Οι παγκόσμιοι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων ή ο παλιός τρόπος χρηματοδότησης των ημερήσιων νοσοκομείων, που βαρύνουν τους εθνικούς προϋπολογισμούς ή/και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, πιστεύεται ότι ευθύνονται για το υψηλό κόστος διαχείρισης των νοσοκομείων και τα μεγάλα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, τη συχνή σπατάλη των δημοσίων πόρων και την αναποτελεσματικότητα στα δημόσια νοσοκομεία (Κοντούλη-Γείτονα, 1992:19, Υφαντόπουλος, 2003).

Με την εισαγωγή μιας νέας μεθόδου χρηματοδότησης που καθορίζει μια σταθερή τιμή για την αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών που καταναλώνονται κατά την περίοδο θεραπείας κάθε ασθένειας, τα νοσοκομειακά ιδρύματα μπαίνουν σε κατάσταση ανταγωνισμού: προκειμένου να διαμορφωθεί αυτή η σταθερή τιμή (η οποία θα βασίζεται στην μέσο κόστος), κάθε νοσοκομείο θα

ενδιαφέρεται να μειώσει το κόστος όσο το δυνατόν περισσότερο, προκειμένου να προσελκύσει χρηματοδότηση κοινωνικής ασφάλισης για τη δική του φροντίδα, ειδικά οργανισμούς (Cases et al., 2002, Cornilleau & Ventelou, 2004)

Μέσω αυτής της συγκεκριμένης προσέγγισης χρηματοδότησης, κάθε εθνικό σύστημα υγείας μπορεί να ομογενοποιηθεί σταδιακά ως προς μια (ομοιόμορφη) προσέγγιση χρηματοδότησης που θα διαχειρίζεται το δημόσιο και ιδιωτικό τμήμα του υποσυστήματος παροχής φροντίδας (Mossé, 2000).

Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, αυτός ο ακριβής συνδυασμός δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων και ιδιωτικών παρόχων φροντίδας θα έχει σημαντικές παρενέργειες για τους πρώτους. Τα δημόσια νοσοκομεία που αποτυγχάνουν να προσφέρουν ελκυστικές τιμές υγειονομικής περίθαλψης σε όσους χρειάζονται περίθαλψη θα πάψουν να λειτουργούν, ενώ ορισμένα νοσοκομεία που παρέχουν ταυτόχρονα θα μειώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης ή «ειδικά» θα παρέχουν οικονομικά αποδοτική υγειονομική περίθαλψη παραιτώντας την παροχή μη οικονομικά αποδοτική φροντίδα.

Σε κάθε περίπτωση, οι ιδιωτικοί πάροχοι περίθαλψης θα περιμένουν χρόνο για να καταλάβουν τη γη που θα εκκενώνονταν από άτυπα ιδιωτικοποιημένα (πλέον) δημόσια νοσοκομεία και το βάρος της επιδότησης της περίθαλψης στις οικογένειες θα ήταν η πιο κατάλληλη απάντηση στους πολίτες προκειμένου να προστατεύσουν την Υγιεινή και την Υγιεινή τους και το βάρος της επιδότησης της περίθαλψης στις οικογένειες, ανταγωνιστικές επιδιώξεις (Artus, 2007).

Αν και αυτό το «σενάριο καταστροφής» για τα δημόσια νοσοκομεία και τα εθνικά συστήματα υγείας εξετάζεται μερικές φορές λόγω της εισαγωγής της

χρηματοδότησης για νοσοκομειακή περίθαλψη που βασίζεται στο «pay-as-you-go» (Expert, 2005; Mills & Cautron, 2004), αυτό Η προσέγγιση χρηματοδότησης φαίνεται Έχει καθιερωθεί σε περίπου 20 ευρωπαϊκές χώρες, αλλά μετά από μια σημαντική περίοδο προετοιμασίας, καθώς το μέσο κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης ανά ασθένεια πρέπει να υπολογιστεί εγκαίρως. (Experts, 2004), η τελευταία ευρωπαϊκή χώρα που καθιέρωσε αυτό το είδος χρηματοδότησης ήταν η Γαλλία το 2004.

Εμπειρογνώμονες από τον ΟΟΣΑ και το Παρατηρητήριο έχουν συντάξει ένα σύνολο 30 εθνικών προφίλ υγείας που καλύπτουν όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ καθώς και την Ισλανδία και τη Νορβηγία. Σε σύγκριση με όλες τις χώρες της ΕΕ, τα εθνικά προφίλ υγείας που περιλαμβάνονται στην έκθεση υγείας της ΕΕ προορίζονται να αποτελέσουν μια ενιαία πηγή γνώσης και πληροφοριών σχετικά με το σύστημα υγείας μιας χώρας.

Τα Προφίλ Υγείας Χώρας είναι μια ολοκληρωμένη πηγή που καλύπτει τις πιο πρόσφατες προκλήσεις της πολιτικής υγείας και τον τρόπο με τον οποίο κάθε χώρα τις αντιμετωπίζει. Κάθε προφίλ έχει σχεδιαστεί για να παρέχει σε βάθος και συνοπτικές πληροφορίες, έτσι ώστε τα αναλυτικά στοιχεία να είναι προσβάσιμα και να χρησιμοποιηθούν από το κοινό. Αν και τα προφίλ προετοιμάστηκαν σύμφωνα με τυποποιημένα πρότυπα και μεθοδολογίες, η εστίαση κάθε προφίλ έχει προσαρμοστεί στις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας για να μεγιστοποιηθεί η συνάφεια κάθε ανάλυσης. Από την πρώτη τους έκδοση το 2017, τα Εθνικά Προφίλ Υγείας έχουν γίνει πηγή γνώσης και πληροφοριών για την κοινότητα της πολιτικής υγείας.

Το προφίλ υγείας κάθε χώρας παρέχει μια επισκόπηση της κατάστασης υγείας της χώρας, τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (με έμφαση στους παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς), την οργάνωση του συστήματος υγείας και μια ανάλυση της αποτελεσματικότητάς του, της προσβασιμότητας και της ανθεκτικότητας οποιουδήποτε συστήματος υγείας. Οι τρεις τελευταίες πτυχές αποτελούν τον τριπλό στόχο που ορίζεται στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2014 για τον μετασχηματισμό και την προστασία των μελλοντικών συστημάτων υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη.

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕ ΜΙΑ ΜΑΤΙΑ

Το ΠΙΚΠΑ Πεντέλης το 1937 μίσθωσε από το Ιερό της Πεντέλης 400 στρέμματα γης στην κοινοτική περιοχή Πεντέλης. Αυτή η περιοχή είναι εγγεγραμμένη ως δημόσια εκμετάλλευση με το ΚΑ 115575-9016. Στις αρχές της δεκαετίας του 1940 κατασκευάστηκε η κτιριακή εγκατάσταση του ΠΙΚΠΑ και το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης και το Νοσοκομείο Πεντέλης λειτουργούν με τη σημερινή τους μορφή.

Το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1981, με το Ν. 1193 ΑΡΘΡ.20 του ΦΕΚ 220/20-8-81, μετατράπηκε από ΠΙΚΠΑ σε Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, αποκτήθηκε δημοσίου δικαίου με τη μορφή νομικού προσώπου και διέπεται με τις ρυθμίσεις υπ' αριθμ. 2592/ Ν. 53. Με ΦΕΚ 260 102/16-7-1984 Άλλαξένομα από Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης σε Γενικό Νοσοκομείο Βόρειας Αττικής και στη συνέχεια αρίθμηση. ΦΕΚ 221/6-4-1990 Μετονομάστηκε εκ νέου από Γενικό Νοσοκομείο Βόρειας Αττικής σε Γενικό Νοσοκομείο

Παίδων Πεντέλης και συνεχίζει να χρησιμοποιεί την ονομασία αυτή μέχρι σήμερα.

Το νοσοκομείο βρίσκεται στα βορειοανατολικά προάστια της Αττικής και συγκεκριμένα στην πόλη της Παλαιάς Πεντέλης. Εξαιρετική τοποθεσία, κοντά στο αεροδρόμιο Ε. Βενιζέλος, στο λιμάνι της Ραφήνας και στο μετρό (Δουκίσσης Πλακεντίας). Είναι βολικό να πάρετε τα μέσα μαζικής μεταφοράς καθώς υπάρχουν γραμμές ΗΛΠΑΠ από τον σταθμό ΗΣΑΠ Αμαρουσίου, το μετρό Δουκίσσης Πλακεντίας και το Χαλάνδρι.

Το 2013, σύμφωνα με το ΦΕΚ Α'/2013, καταργήθηκε το χωριστό και αυτοτελές ΝΠΔΔ Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία - Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, το δεύτερο ως χωριστό ΝΠΔΔ διασυνδεδεμένο με το Σισμανόγλειο Αττικής - Γενικό Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ και στη συνέχεια, σε ένα ενιαίο λειτουργούν υπό την εποπτεία διοικητικών φορέων.



5.1 ΔΟΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης βάσει οργανισμού (ΦΕΚ 3428Β΄/2012) απαρτίζεται από τρεις Υπηρεσίες, ένα Αυτοτελές Τμήμα και ένα Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη.

Κάθε υπηρεσία, αυτόνομο υποκατάστημα και ειδικό γραφείο έχει τη δική του δομή και σύνθεση. Το Αυτόνομο Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο υπάγονται απευθείας στον Κοινό Πρόεδρο του νοσοκομείου και όταν ορίζεται ο Αντιπρόεδρος, το Ειδικό Γραφείο υπάγεται απευθείας σε αυτόν.

Συγκεκριμένα, η νοσοκομειακή μονάδα περιλαμβάνει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητικά – Οικονομικά

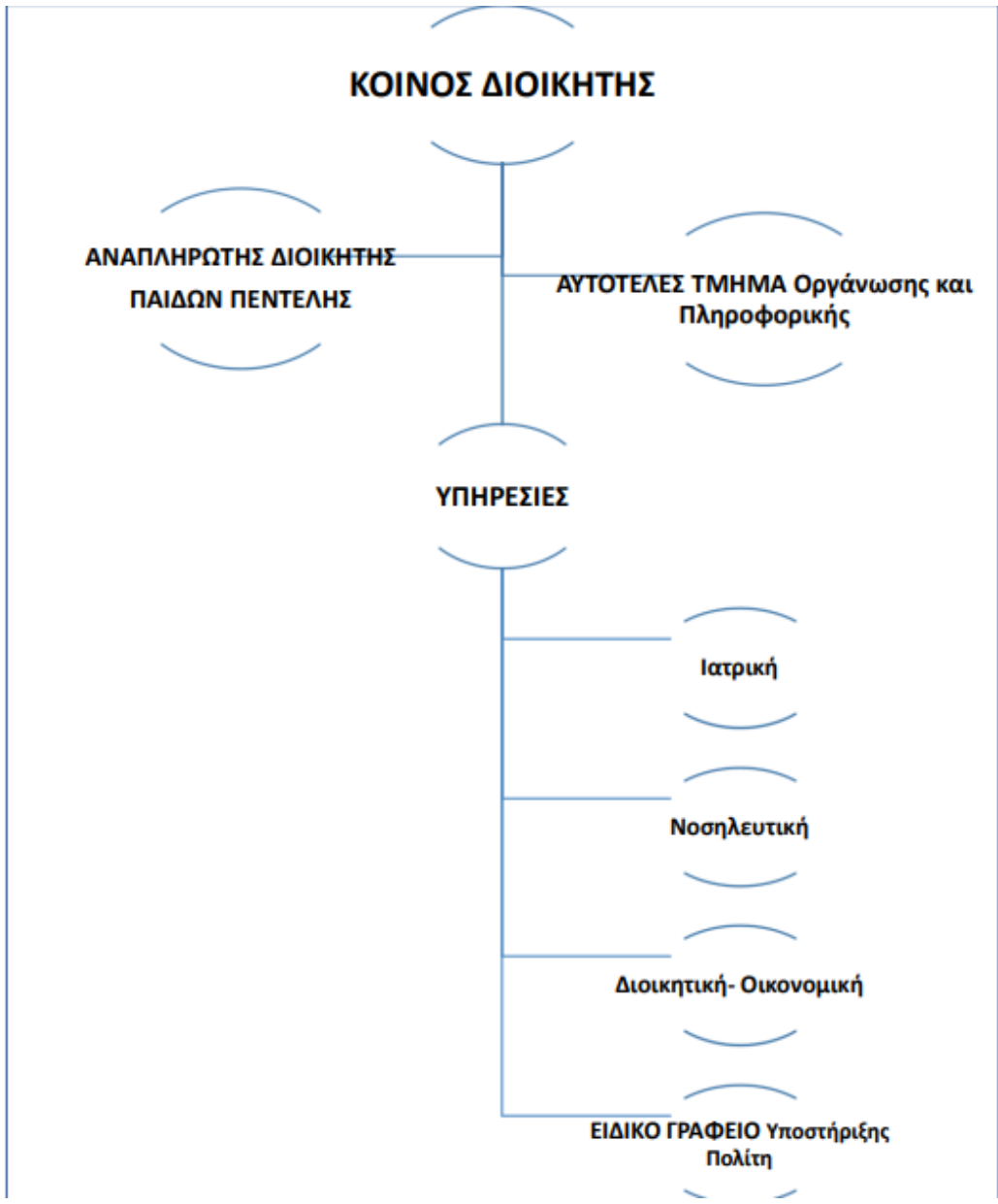
ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου Παιδων Πεντέλης είναι:

- Ενιαίο όργανο συλλογικής διαχείρισης που λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου

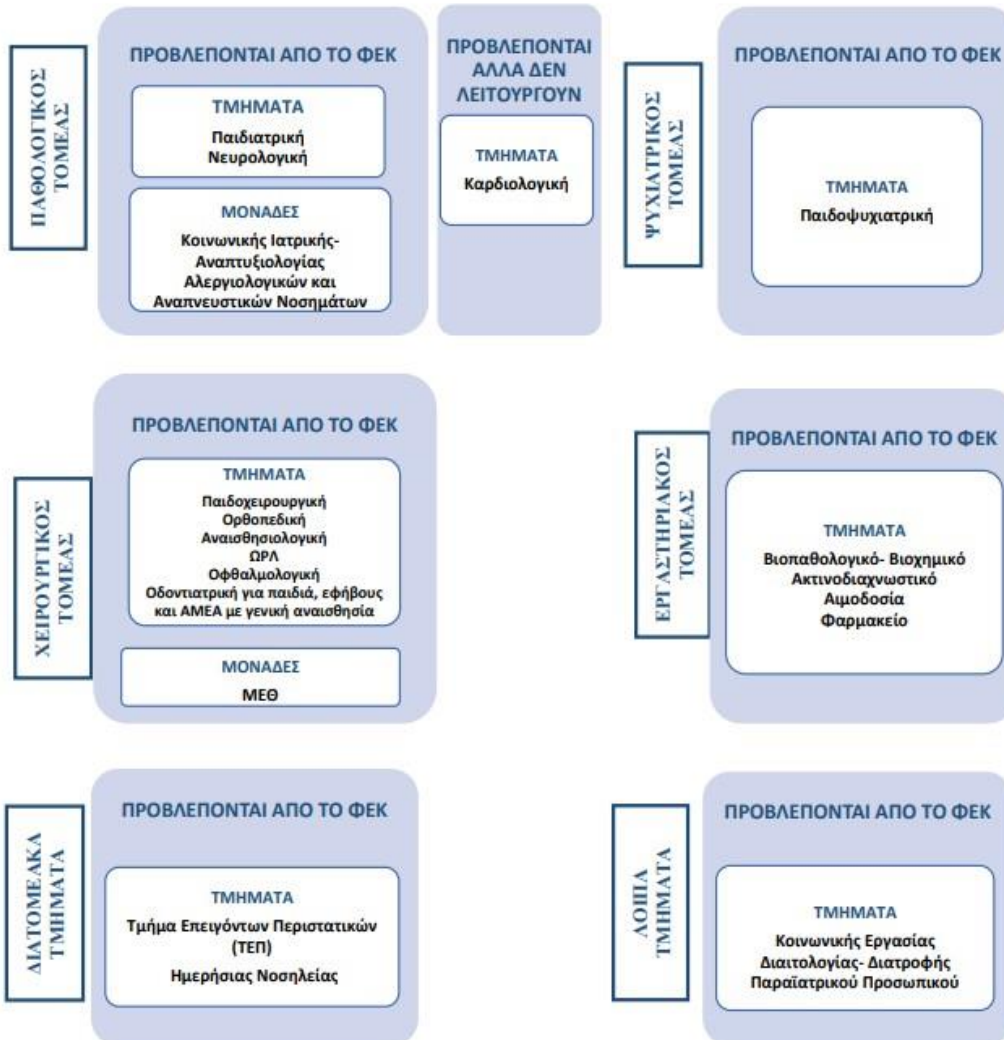
66 Παράγραφος II του Ν. 3929/2011

- Κοινός Διοικητής Νοσοκομείου
- Αναπληρωτής Διοικητής, όταν διορίζεται
- Διοικητικό Συμβούλιο, άρθρο 66 παράγραφος 12 του Ν. 3984/11



ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

∞ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ



ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

∞ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	
<p><u>1ος Νοσηλευτικός Τομέας</u></p> <p>5 τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό Τομέα, τον Ψυχιατρικό Τομέα, τα Διατομεακά Τμήματα και τα τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία</p>	<p><u>2ος Νοσηλευτικός Τομέας</u></p> <p>5 τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό Τομέα, τα Χειρουργεία και τον Εργαστηριακό Τομέα</p>
<p>Συμφωνία με ΦΕΚ</p>	<p>Συμφωνία με ΦΕΚ</p>

∞ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ

ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	
<p><u>Υποδιεύθυνση Διοικητικού</u></p> <p>Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού Γραμματείας Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών Κίνησης Ασθενών Οικονομικού Επιστάσιος- Ιματισμού</p>	<p><u>Υποδιεύθυνση Τεχνικού</u></p> <p>Τεχνικού Βιοϊατρικής Τεχνολογίας</p>
<p>Συμφωνία με ΦΕΚ</p>	<p>Συμφωνία με ΦΕΚ</p>

ΑΠΟΣΤΟΛΗ - ΡΟΛΟΣ

Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου Παιδων Πεντέλης βάσει του οργανισμού (ΦΕΚ 3428B/2012) είναι:

- Η ισότιμη και ανεξάρτητη από την οικονομική, κοινωνική, φυλετική και επαγγελματική κατάσταση των οικογενειών τους παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης, σε παιδιά ηλικίας έως και 16 ετών που προέρχονται από τον πληθυσμό ευθύνης της 1ης ΥΠΕ Αττικής, ή παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ.
- Η ειδικευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η εκπαίδευση φοιτητών των ιατρικών τμημάτων του Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και των φοιτητών άλλων συναφών τμημάτων.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.
- Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στην 1^η ΥΠΕ Αττικής.
- Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.
- Η ανάπτυξη διαδικασιών που υλοποιούν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, την 1η ΥΠΕ Αττικής και το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης του Νοσοκομείου.
- Η υλοποίηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και συναφών δραστηριοτήτων (έρευνες-μελέτες, ημερίδες, συνέδρια, εκπαιδευτικά βοηθήματα για τους καταρτιζόμενους τους, συμμετοχή σε ολοκληρωμένα προγράμματα, κοινοτικές πρωτοβουλίες, δράσεις προώθησης και υποστήριξης της απασχόλησης.

Στόχος μας είναι να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή ιατρική περίθαλψη, επαγγελματική κατάρτιση στην ιατρική και εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα στον τομέα της υγείας.

Ειδικότερα, παροχή φροντίδας σε ασθενείς κάτω των 16 ετών.

5.2 Φορείς

Το Παιδών Πεντέλης επιδιώκει να συνεργαστεί με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της Α' Υγειονομικής Περιφέρειας και το Υπουργείο Υγείας για τη διευκόλυνση της συνολικής ανάπτυξης και αναβάθμισης έργων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και σε ειδικά ερευνητικά προγράμματα και αξιολόγηση θεμάτων υγείας .

5.3 Διευθύνσεις

ΙΑΤΡΙΚΗ

- * ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- * ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- * ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- * ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- * ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

*

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ

Διοικητική Υποδιεύθυνση:

- Γραμματεία Διοικητικής Υπηρεσίας
- Τμήμα Πληροφορικής
- Τμήμα Οικονομικό
- Γραφείο Προμηθειών
- Λογιστήριο
- Μισθοδοσία
- Διαχείριση Υλικού
- Ταμείο
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών
- Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων
- Τμήμα Διατροφής
- Διαχείριση Τροφίμων
- Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας

Αυτοτελή Γραφεία:

- * Γραφείο Επιστάσις
- * Γραφείο Ιματισμού

Υποδιεύθυνση Τεχνικής Υπηρεσίας:

- * Τμήμα Τεχνικού
- * Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας

5.4 Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας

Στο Νοσοκομείο μας λειτουργεί, βάσει του άρθρου 60 του Ν. 4368/16 (21 Α'), Αυτοτελές Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας υπαγόμενο απευθείας στον Αναπληρωτή Διοικητή.

Σκοπός των δράσεων του Γραφείου είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της υπεράσπισης των δικαιωμάτων των εισερχομένων πολιτών για τη διασφάλιση της υγείας τους και τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως αυτές προκύπτουν από το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο και εμποδίζουν την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας, με τις αρχές λειτουργίας του NHS ομαλοποίηση ή εξάλειψη αστοχιών στην εξυπηρέτηση πελατών.

Αρμοδιότητες του Γραφείου:

- * Το γραφείο αυτό είναι υπεύθυνο για:
- * Οδηγίες για πολίτες και λήπτες υπηρεσιών υγείας
- * Σωστές πληροφορίες για τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.
- * Παροχή επαρκών πληροφοριών στους πολίτες σχετικά με τις ενέργειες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων και τις διαδικασίες νοσηλείας τους.
- * Οι πολίτες κατευθύνονται και συναλλάσσονται με τις υπηρεσίες και τα τμήματα που είναι αρμόδια για τις υποθέσεις τους για να επιτύχουν τις κατάλληλες ενέργειες κατά περίπτωση ή να επιλύσουν διαφορές που προκύπτουν από αυτές, με επίκεντρο τη διασφάλιση ποιότητας υπηρεσιών.

* Ενημέρωση των ανασφάλιστων ασθενών για τις διαδικασίες περίθαλψης, υγείας και κάλυψης φαρμάκων.

* Συλλέγουν και επεξεργάζονται υπογεγραμμένες και προφορικές καταγγελίες και επικρίσεις από εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και τους παραπέμπουν στις αρμόδιες αρχές για επιθεώρηση και διερεύνηση για εντοπισμό αστοχιών ή πιθανές παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους και λήψη των απαραίτητων διορθωτικών μέτρων. .

* Παρακολούθηση της εξέλιξης των καταγγελιών και παροχή αντίστοιχων πληροφοριών στους πολίτες.

* Έκκληση για επιστολές εκτίμησης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και σχόλια που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

* Στατιστικά αρχεία, δημιουργία και ενημέρωση ηλεκτρονικών αρχείων δραστηριοτήτων και θεμάτων γραφείου που διεκπεραιώθηκαν, σύνταξη έκθεσης δραστηριοτήτων ανά εξάμηνο και υποβολή στοιχείων στις αρμόδιες αρχές.

* Διευκόλυνση της υποβολής εκθέσεων στον Διαμεσολαβητή, σε κάθε οργανισμό ελέγχου, στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στην Επιτροπή Ελέγχου για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υγείας.

* Κοινοποίηση οποιασδήποτε παραβίασης του δικαιώματος στην υγεία στις εκτελεστικές αρχές, τις νοσοκομειακές αρχές, τις αρχές του Υπουργείου Υγείας, την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Ιατρών και τους αρμόδιους του Υπουργείου Υγείας.

* Διανέμεται έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, πληροφορίες για τα τμήματα του νοσοκομείου, οδηγίες για την υποβολή παραπόνων και παραπόνων, κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου και χρήσιμες πληροφορίες επικοινωνίας.

* Ενημερώστε το προσωπικό του νοσοκομείου για καλές πρακτικές σύμφωνα με τη νομοθεσία και την ιατρική δεοντολογία.

* Κάντε συστάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τη βελτίωση των λειτουργιών υπηρεσιών και τον εξορθολογισμό των διαδικασιών.

Οι πολίτες μπορούν να απευθύνονται στο γραφείο για ενδιάμεσες λύσεις σε οποιοδήποτε θέμα προκύψει στις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Σκοπός είναι αφενός η επίλυση των αντίστοιχων προβλημάτων τους και αφετέρου η τεκμηρίωση των αστοχιών που συμβαίνουν στη διαδικασία, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες προσαρμογές για τη βελτίωση του συστήματος.

Το ιατρείο βρίσκεται στην είσοδο του τμήματος εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου, έχει ειδική ταμπέλα με το όνομα του ιατρείου και είναι ανοιχτό καθημερινά από τις 7.30 το πρωί έως τις 3.00 το μεσημέρι.

Αποτελείται από επαγγελματίες με επικοινωνιακές δεξιότητες, εργασιακή υποδομή, αποτελεσματικότητα και ικανότητα εφαρμογής των απαιτούμενων γνώσεων.

Συνεργάζεται με το τμήμα εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου, το τμήμα επειγόντων περιστατικών, το τμήμα κίνησης ασθενών, το τμήμα διοίκησης, το τμήμα ιατρικών υπηρεσιών και άλλες υπηρεσίες, ενώ το λειτουργικό του

πλαίσιο διέπεται από μια σειρά κανονισμών που αφορούν θέματα διατήρησης και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

Ασφαλής 24ωρη ηλεκτρονική επικοινωνία μεταξύ πολιτών και γραφείου μέσω email. Ο πολίτης μπορεί να υποβάλει τη θετική του εντύπωση ή το παράπονό του αυτοπροσώπως ή μέσω εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου, ταχυδρομικώς ή σε έντυπο που διατίθεται από σημείο εξυπηρέτησης εντός του νοσοκομείου ή στον ιστότοπο του νοσοκομείου.

Τα στοιχεία επικοινωνίας είναι: Τηλ.:

2132052593

Fax: 2132052440

E-mail: politis@paidon-pentelis.gr

Εάν υπάρχουν ερωτήσεις, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους παρακαλούνται να επικοινωνήσουν με το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Αντικειμένων Υγείας και η λήψη της γνώμης τους θα βοηθήσει στη διόρθωση τυχόν σφαλμάτων και παραλείψεων και στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο μας.

Τα έντυπα ικανοποίησης ασθενών μπορείτε να τα βρείτε:

* Στο **Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας**, που βρίσκεται στην κύρια είσοδο του Νοσοκομείου στο ισόγειο

* Στον χώρο αναμονής των Τακτικών Εξωτερικών ιατρείων

* Στον χώρο αναμονής του Τμήματος
Επειγόντων Περιστατικών

* Σε κάθε κλινική του Νοσοκομείου

Αφού συμπληρώσετε τη φόρμα, τοποθετήστε τη στο ειδικό πλαίσιο. Εάν όχι, παρακαλούμε δώστε το στον διευθυντή της κλινικής ή στο Γραφείο Δικαιωμάτων των Παραληπτών Υγείας.

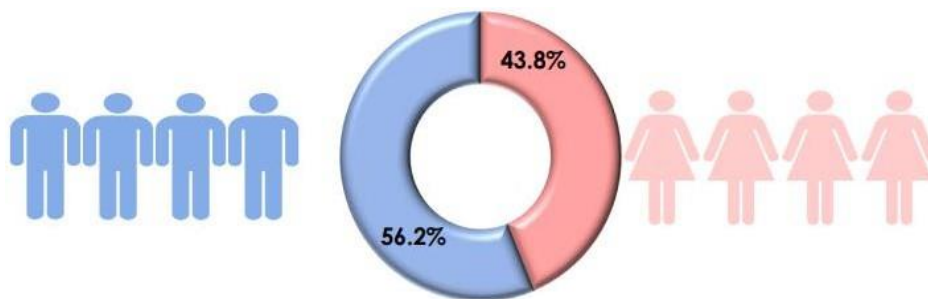
5.5 Εξωτερικό περιβάλλον

Δημογραφικά ασθενών

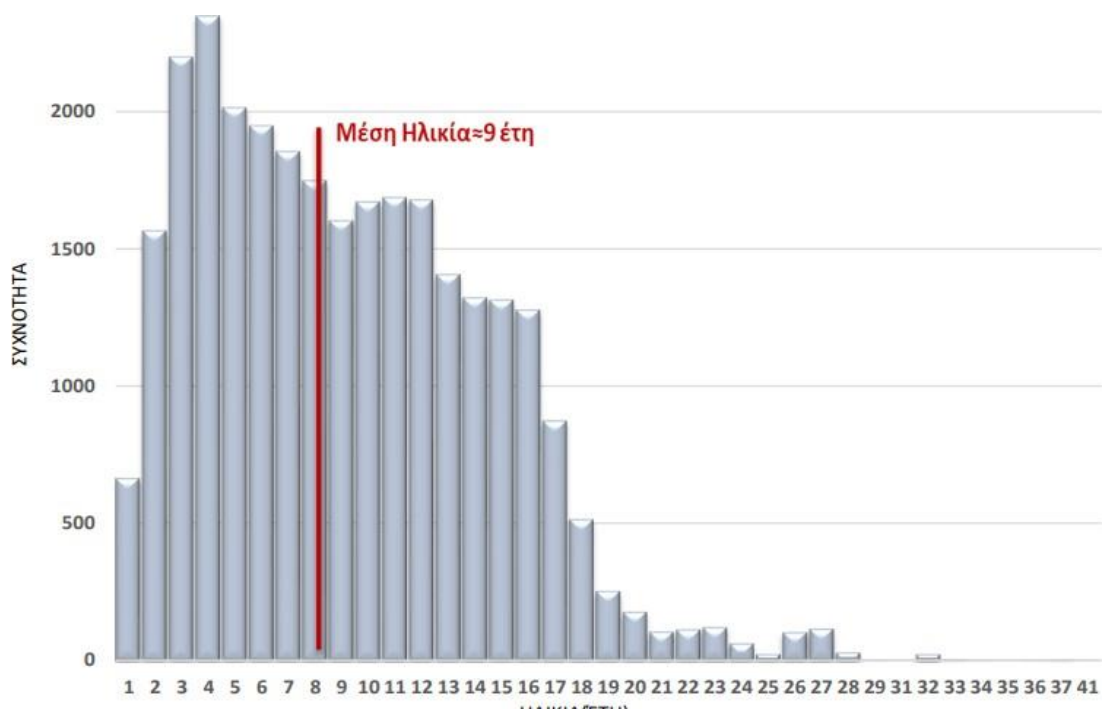
Σε αυτή την ενότητα γίνεται μία συνοπτική παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Παιδων Πεντέλης.

Με βάση τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών της τετραετίας 2017- 2020η αναλογία Ανδρών- Γυναικών ήταν 56,2% : 43,8%.

Γράφημα 1 Κατανομή ασθενών του Νοσ. Παιδων Πεντέλης με βάση το φύλο 2017-2020

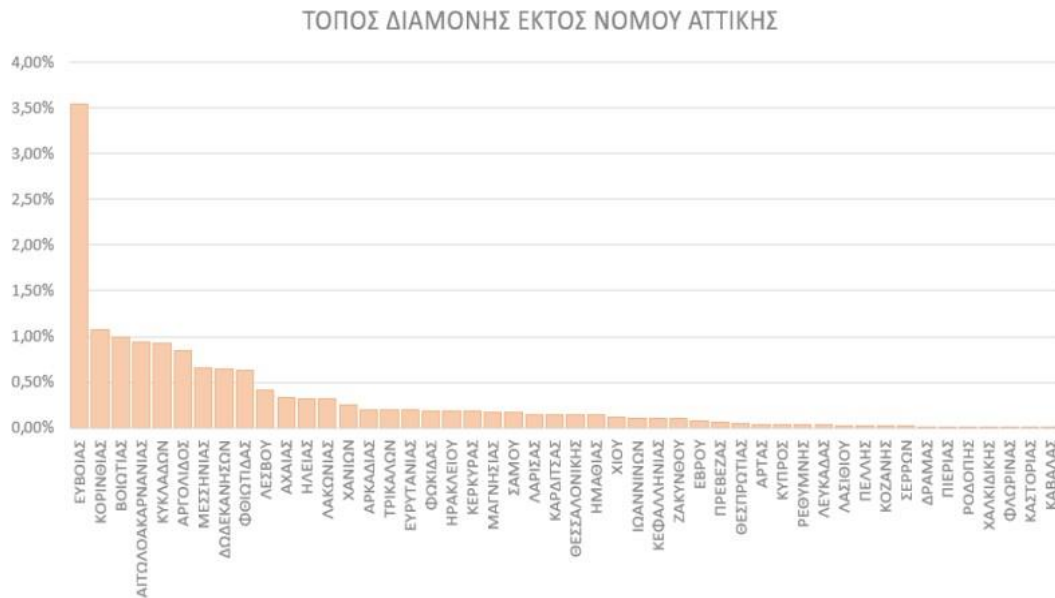


Στο γράφημα 2 που ακολουθεί παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή των ασθενών της νοσοκομειακής μονάδας. Όπως ήταν αναμενόμενο, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ασθενών αφορά μικρές ηλικίες εφόσον ο υπό μελέτη πληθυσμός αναφέρεται σε ένα κατ'εξοχήν παιδιατρικό νοσοκομείο. Οι ηλικίες (>18ετων) που παρουσιάζονται στην δεξιά πλευρά του άξονα οφείλονται σε ασθενείς, που λόγω ιστορικού συνεχίζουν να παρακολουθούνται και ως ενήλικες, συγκεκριμένων ειδικοτήτων(π.χ. νευρολόγοι) ,ενώ ο αξονικός τομογράφος χρησιμοποιείται κυρίως από ενήλικες. Επίσης, από το γράφημα φαίνεται πως το 75% των ασθενών έχουν ηλικία μικρότερη από 13 έτη, με τους ασθενείς ηλικίας 3 και 4 ετών να εμφανίζουν τις μεγαλύτερες συχνότητες. Τέλος, η μέση ηλικία των ασθενών στον υπό μελέτη πληθυσμό είναι περίπου 9 έτη.



Για τα έτη 2017-2021, ως προς τις ροές των ασθενών προς το Νοσοκομείο, η συντριπτική πλειοψηφία προέρχεται από το Νομό Αττικής με ποσοστό 84,9%. Το υπόλοιπο 14,8% προέρχεται από άλλους νομούς της Ελλάδας.

Οι ασθενείς από το εξωτερικό αποτελούν το 0,4% του υπό μελέτη πληθυσμού. Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών που προέρχονται από τον Νομό Αττικής και αυτών που επισκέφθηκαν το Νοσοκομείο από άλλους νομούς της χώρας.



Υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην περιοχή αναφοράς

Το Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης αποτελεί σημείο αναφοράς για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε παιδιά και εφήβους στην βορειοανατολική Αττική. Στην περιοχή αναφοράς εδρεύουν τέσσερα δημόσια νοσοκομεία με ελάχιστες εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά.

Ειδικότερα στο βόρειο τομέα Αττικής λειτουργούν το Κωνσταντοπούλειο Νέας Ιωνίας «Η Αγία Όλγα» που διαθέτει παιδιατρικό εξωτερικό ιατρείο, το Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμιγκ που διαθέτει Ψυχιατρικό τμήμα Παίδων και Εφήβων, το Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ που διαθέτει παιδο-ορθοπαιδική κλινική και παιδιατρικό και παιδο-αλλεργιολογικό εξ. ιατρείο και το ειδικό Ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «οι Άγιοι Ανάργυροι» που δεν διαθέτει καμία υπηρεσία για παιδιά.

Όσον αφορά τα Ιδιωτικά νοσοκομεία το Ιασώ Παίδων διαθέτει τα εξήςιατρεία:

αιματολογικό, ακοολογικό, αλλεργιολογικό, αναπτυξιακής παιδιατρικής, γαστρεντερολογικό, δερματολογικό, διαιτολογικό- διατροφικό, ειδική μονάδα αύξησης παιδιών και εφήβων, μελέτης διαταραχών αναπνοής και ύπνου, παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, ενδοκρινολογικό, παιδικής & εφηβικής γυναικολογίας, ΚΨΥ παίδων &εφήβων, λιπιδαιμικό, λοιμωξιολογικό, νευρολογικό, νεφρολογικό, ουρολογικό, οφθαλμολογικό, πνευμονολογικό, ρευματολογικό, φυματιολογικό, κέντρο παιδιατρικής φυσικοθεραπείας, ΩΡΛ, αγγειοχειρουργικό, ορθοπεδικό, Σπονδυλικής στήλης, νευροχειρουργικό, κρανιογναθοπροσωπικής χειρουργικής, πλαστικής χειρουργικής, παιδοκαρδιοχειρουργικής, παιδοκαρδιολογικής, πλαστικής γεννητοουρηθρικής χειρουργικής

του άρρενος, ΜΕΘ, ΜΕΝΝ.

το Ιατρικό Αθηνών-Παιδιατρικό Κέντρο:

Γενικό αιματολογικό- Ογκολογικό, ακοολογικό, αλλεργιολογικό, αναπτυξιολογικό, γαστρεντερολογικό, δερματολογικό, διαιτολογικό, διαβητολογικό, ενδοκρινολογικό, ενούρησης και διαταραχών λειτουργίας κύστης, εφηβική ιατρική, σπανίων νόσων, καρδιολογικό, αντιμετώπισης Σχιστιών του Χείλους και της Υπερώας, λοιμωξιολογικό, νευρολογικό, νευροχειρουργικό, ορθοπεδικό, ουρολογικό, οφθαλμολογικό, παιδιατρικό, παιδιατρικής ηπατολογίας, παιδικής και εφηβικής γυναικολογίας, παιδικό γλαύκωμα, πλαστικής χειρουργικής, πνευμονολογικό, πρόληψης παιδικής & εφηβικής παχυσαρκίας, ρευματολογικό, σπονδυλικής στήλης, χειρουργικό, ψυχολογική συμβουλευτική για το παιδί και την οικογένεια, ΩΡΛ, ΜΕΘ

το ΜΗΤΕΡΑ Παίδων

αιμοδυναμικό, αλλεργικών-αναπνευστικών-ανοσολογικών, αλλεργιολογικό παίδων, αναισθησιολογικό, αναπτυξιακό,

αγγειακών δυσπλασιών, γαστρεντερολογικό, διαιτολογικό,
διατροφικό, δερματολογικό, ενδογενών νοσημάτων μεταβολισμού και
κληρονομικών δυσλιπιδαιμιών, ηλεκτροφυσιολογία παιδών,
ηλεκτροεγκεφαλογραφία, καρδιοχειρουργική, σπονδυλικής στήλης,
κρανιοπροσωπικό, λογοθεραπεία, μελέτη ύπνου, ΜΕΘ
παιδοκαρδιοχειρουργική, ΜΕΘ πολυδύναμη παιδών, νευρολογικό,
νευροχειρουργικό, ογκολογικό, ορθοπεδικό, ουρολογικό,
οφθαλμολογικό, λοιμωξιολογικό, ενδοκρινολογικό, παιδιατρικό,
παιδική & εφηβική γυναικολογία, παιδοκαρδιολογικό, νευρολογικό, πλαστικής
χειρουργικής, ρευματολογικό, χειρουργικό, ψυχικής
υγείας παιδών & εφήβων ψυχολογίας παιδιού & εφήβου, ΩΡΛ

Ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει πλέον σημαντικό μέρος της ζήτησης υπηρεσιών παιδιατρικής νοσοκομειακής φροντίδας και οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας έχουν παρουσιάσει αξιόλογη ανάπτυξη, αξιοποιώντας σημαντικές τεχνολογικές εξελίξεις στις υπηρεσίες τους.

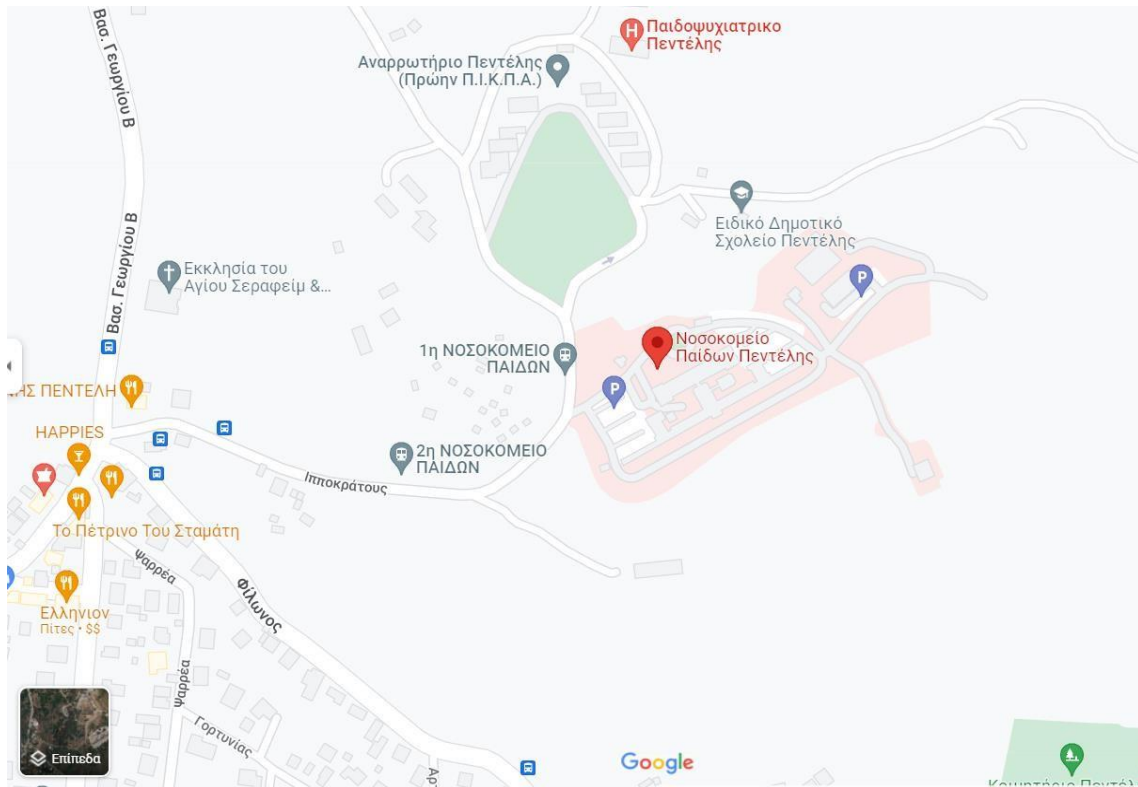
Στην περιοχή αναφοράς δραστηριοποιούνται μεγάλες κλινικές οι οποίες παρέχουν ένα ευρύ και εξειδικευμένο φάσμα ιατρικών υπηρεσιών για παιδιά. Στην περιοχή της Ανατολικής Αττικής δεν λειτουργεί καμία παιδιατρική ιδιωτική κλινική.

Περιοχές υγειονομικής αναφοράς

Το Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης βρίσκεται στο Βόρειο Τομέα Αθηνών στηνπεριοχή της Παλαιάς Πεντέλης και η γεωγραφική του θέση το καθιστά ικανό να εξυπηρετεί τους κατοίκους του Βορειοανατολικού τομέα της Αττικής.

Ειδικότερα ο Βόρειος Τομέας Αθηνών εξυπηρετεί τους δήμους Αγίας Παρασκευής, Αμαρουσίου, Βριλησίων, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης- Πεύκης, Μεταμορφώσεως, Νέας Ιωνίας, Παπάγου- Χολαργού, Πεντέλης, Φιλοθέης- Ψυχικού, Χαλανδρίου.

Ακόμη εξυπηρετεί την πλειονότητα των δήμων της Ανατολικής Αττικής όπως τους δήμους Αχαρνών, Διονύσου, Λαυρεωτικής, Μαραθώνος, Μαρκοπούλου Μεσογαίας, Παιανίας, Παλλήνης, Ραφήνας- Πικερμίου, Σαρωνικού, Σπάτων-Αρτέμιδος και Ωρωπού.



Δημογραφικές Εξελίξεις

Η πληθυσμιακή ανάπτυξη επηρεάζει σημαντικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και μαζί με την υγεία του πληθυσμού, γίνεται σημείο αναφοράς για τη χάραξη πολιτικής υγείας.

Η εξέλιξη της δημογραφικής δομής της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από μείωση του ποσοστού γεννήσεων αφενός και γήρανση του πληθυσμού λόγω αύξησης του προσδόκιμου ζωής από την άλλη. Το απόλυτο μέγεθος του πληθυσμού της χώρας μειώνεται κάθε χρόνο από το 2011, όταν ο αριθμός των γεννήσεων και των μεταναστών έπεσε κάτω από τον αριθμό των θανάτων και τον αριθμό των Ελλήνων που μετανάστευσαν στο εξωτερικό για πρώτη φορά.

Εν τω μεταξύ, το μέσο συνολικό ποσοστό γονιμότητας, ή ο αριθμός των παιδιών που γεννήθηκαν ανά ζευγάρι, είναι 1,3%-1,4% και έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια, όταν ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 1,49. Επισημάνθηκε ότι για να διατηρηθεί ο πληθυσμός σταθερός, το ποσοστό γονιμότητας πρέπει να είναι πάνω από 2,1.

Η Ελλάδα και η Ιταλία έχουν το τρίτο υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων στην ΕΕ (9%), μετά τη Γερμανία (8,4%) και την Πορτογαλία (8,5%). Ο πληθυσμός της Ελλάδας αναμένεται να συρρικνωθεί από 11 εκατομμύρια το 2013 σε μεταξύ 8,3 και 10 εκατομμύρια το 2050 λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και της γήρανσης του πληθυσμού, καθώς και του αρνητικού ισοζυγίου μετανάστευσης. Οι μειώσεις πληθυσμού θα κυμανθούν από 800.000 έως 2,5 εκατομμύρια.

Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 0-14 ετών είναι σήμερα περίπου 14% και αναμένεται να μειωθεί στο 10-12% το 2050.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2019), το προσδόκιμο ζωής παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία εννέα χρόνια, όπως περιγράφεται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Φύλο	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Σύνολο	80,6	80,8	80,7	81,4	81,5	81,1	81,5	81,4	81,9	81,7
Άνδρας	78,0	78,0	78,0	78,7	78,8	78,5	78,9	78,8	79,3	79,2
Γυναίκα	83,3	83,6	83,4	84,0	84,1	83,7	84,0	83,9	84,4	84,2

Πηγή: Ευρωπαϊκή Στατιστική Αρχή (Eurostat) 2018

Για τους άνδρες από το 2010 μέχρι το 2019 το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 1,2 χρόνια και για τις γυναίκες κατά 0,9 χρόνια.

Επιπρόσθετα η αναπαραγωγικότητα του πληθυσμού αποτελεί ένα ακόμη στοιχείο που συμπληρώνει την εικόνα των δημογραφικών εξελίξεων στην Ελλάδα. Οι γεννήσεις στην Ελλάδα το 2019, ανήλθαν σε 83.763, με μείωση κατά 3,32% σε σχέση με το έτος 2018 και 5,39% σε σχέση με το 2017. Την τελευταία δεκαετία οι γεννήσεις έχουν μειωθεί 27,01%.

Στον αντίποδα, οι θάνατοι παρουσίασαν αύξηση κατά 3,88% το 2019 και ανήλθαν σε 124.965 από 120.296 το 2018. Από το 2010 οι θάνατοι έχουν αυξηθεί κατά 14,56%.

Έτος	Γεννήσεις	Μεταβολή Ποσοστού στις γεννήσεις σε σχέση με το έτος 2019	Θάνατοι	Μεταβολή Ποσοστού στους θανάτους σε σχέση με το έτος 2019
2019	83.763		124.965	
2018	86.640	-3.32%	120.296	+3.88%
2017	88.533	-5.39%	124.501	+0.37%
2016	92.898	-9.83%	118.788	+5.20%
2015	91.847	-8.80%	121.183	+3.12%
2014	92.149	-9.10%	113.740	+9.87%
2013	94.134	-11.02%	111.794	+11.78%
2012	100.371	-16.55%	116.668	+7.11%
2011	106.428	-21.30%	111.099	+12.48%
2010	114.766	-27.01%	109.084	+14.56%

Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ)

Αναφορικά με τις περιοχές του βόρειου τομέα Αθηνών και της ανατολικής Αττικής με βάση τα αναλυτικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, παρουσιάζεται και στις δύο περιοχές αύξηση του πληθυσμού η οποία οφείλεται σε πληθυσμιακή μετακίνηση δεδομένου ότι ο πληθυσμός δεν έχει αυξηθεί.

Οι δήμοι που είχαν την μεγαλύτερη πληθυσμιακή μετακίνηση είναι των Βριλησσιών (+15,7%) και της Πεντέλης (+12,9%) ενώ αντίθετα ο δήμος που είχε την μεγαλύτερη μείωση πληθυσμού είναι της Φιλοθέης- Ψυχικού (- 12,3%) που ουσιαστικά έχει και τον λιγότερο πληθυσμό (26.968 κάτοικοι). Ο πολυπληθέστερος δήμος του βορείου τομέα Αθηνών παραμένει ο δήμος Χαλανδρίου.

Σημαντική πληθυσμιακή αύξηση παρουσιάζει η περιοχή της ανατολικής Αττικής η οποία ανέρχεται σε +30,1%. Η εικόνα αυτή παρατηρείται σε όλους τους δήμους της ανατολικής Αττικής με αρκετούς από αυτούς να αυξάνουν σημαντικά τον πληθυσμό τους όπως οι δήμοι Παλλήνης (+61,9%), Ραφήνας - Πικερμίου (+48,7%), Μαρκόπουλου (+46,9%).

Η παρατηρούμενη αυτή μεγάλη αύξηση της Ανατολικής Αττικής ουσιαστικά προέρχεται από εσωτερική μετακίνηση πληθυσμού του κέντρου της Αθήνας, καθώς και των όμορων δήμων του κέντρου. Η ανάπτυξη σημαντικών έργων όπως η μεταφορά του αεροδρομίου στα Σπάτα, η Αττική οδός και ο προαστιακός συνέβαλαν στην αλλαγή του οικιστικού χαρακτήρα των Μεσογείων η οποία συνοδεύεται από οικοδομική άνθηση προσελκύοντας μεγάλο αριθμό νέων κατοίκων.

Εντούτοις η πληθυσμιακή μετακίνηση στην περιοχή της ανατολικής Αττικής δεν συνοδεύτηκε και από ανάλογα έργα υποδομής, με αποτέλεσμα οι

περισσότεροι δήμοι να στερούνται βασικών υποδομών όπως δρόμους, σχολεία, κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες.

Περιοχές Υγειονομικής Αναφοράς (Δήμοι)	Πληθυσμός 2011	Πληθυσμός 2001	Μεταβολή	
Βόρειος Τομέας Αθηνών	Χαλανδρίου	74.192	75.327	- 1,5%
	Αμαρουσίου	72.333	71.551	+1,1%
	Αγίας Παρασκευής	59.704	60.065	- 0,6%
	Βριλησίων	30.741	26.567	+15,7%
	Ηρακλείου	49.642	48.132	+3,1%
	Κηφισιάς	71.259	66.484	+7,2%
	Λυκόβρυσης- Πεύκης	31.153	29.320	+6,3%
	Μεταμορφώσεως	29.891	27.522	+8,6%
	Ν. Ιωνίας	67.134	69.508	-3,4%
	Παπάγου- Χολαργού	44.539	47.714	-6,7%
	Πεντέλης	34.934	30.956	+12,9%
	Φιλοθέης- Ψυχικού	26.968	30.754	-12,3%
	Σύνολο ΒΤ Αθηνών	592.490	583.900	+1,5%
Ανατολική Αττική	Αχαρνών	106.943	82.555	+29,5%
	Διονύσου	40.193	32.504	+23,7%
	Λαυρεωτικής	25.102	22.261	+12,8%
	Μαραθώνος	33.423	23.974	+39,4%
	Μαρκοπούλου Μεσογαίας	20.040	13.644	+46,9%
	Παιανίας	26.668	19.767	+34,9%
	Παλλήνης	54.415	33.611	+61,9%
	Ραφήνας- Πικερμίου	20.266	13.625	+48,7%
	Σαρωνικού	29.002	22.866	+26,8%
	Σπάτων- Αρτέμιδος	33.821	25.138	+34,5%
	Ωρωπού	33.769	29.542	+14,3%
	Σύνολο Αν. Αττική	502.348	386.067	+30,1%

	Δήμοι Υγειονομικής Αναφοράς	0-9	10-19
Βόρειος Τομέας Αθηνών	Χαλανδρίου	7.126	6.535
	Αμαρουσίου	7.189	6.371
	Αγίας Παρασκευής	5.808	5.436
	Βριλησίων	3.358	3.176
	Ηρακλείου	4.813	4.576
	Κηφισιάς	7.421	6.688
	Λυκόβρυσης- Πεύκης	3.271	2.841
	Μεταμορφώσεως	3.523	3.008
	Ν. Ιωνίας	6.035	6.081
	Παπάγου- Χολαργού	3.584	3.784
	Πεντέλης	3.982	3.337
	Φιλοθέης- Ψυχικού	2.443	2.544
	Σύνολο		58.553	54.377
Ανατολική Αττική	Αχαρνών	13.164	12.232
	Βάρη- Βούλα-Βουλιαγμένη	5.110	5.191
	Διονύσου	4.868	4.231
	Κρωπίας	3.498	2.865
	Λαυρεωτικής	2.303	2.245
	Μαραθώνος	3.153	3.078
	Μαρκοπούλου Μεσογαίας	2.480	1.889
	Παιανίας	3.182	2.569
	Παλλήνης	7.293	5.539
	Ραφήνας- Πικερμίου	2.383	2.094
	Σαρωνικού	3.153	2.875
	Σπάτων- Αρτέμιδος	4.047	3.471
	Ωρωπού	3.296	3.935
Σύνολο		57.930	52.214

Κοινωνικοοικονομικές Εξελίξεις

Απασχόληση

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθορίζει σημαντικά την υγεία του πληθυσμού δεδομένου ότι επηρεάζει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, το προσδόκιμο ζωής, καθώς επίσης και την ικανότητα των ατόμων να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για το εργατικό δυναμικό το 2019, ο αριθμός των απασχολουμένων στη χώρα ήταν 3.911.030. Η απασχόληση αυξήθηκε κατά 2,17% σε σχέση με το προηγούμενο έτος και 4,22% σε σχέση με το 2017.

Από την πλευρά της εθνικής δομής απασχόλησης, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 2019, το 11,6% της απασχόλησης είναι στον πρωτογενή κλάδο, το 15,33% της απασχόλησης στη δευτερογενή και η συντριπτική πλειονότητα αντιστοιχεί στο 73,06% των απασχόληση στον τριτογενή κλάδο.

Αντίστοιχα στην περιφέρεια Αττικής το 2019 οι απασχολούμενοι στον πρωτογενή τομέα κυμαίνονται σταθερά γύρω στο 1,01%, στο δευτερογενή τομέα το ποσοστό των απασχολούμενων αντιστοιχεί στο 15,37% παρουσιάζοντας μια ελαφρώς πτωτική πορεία ενώ ο τριτογενής τομέας αποτελεί την κύρια πηγή προσφοράς εργασίας για το εργατικό δυναμικό της Αττικής αγγίζοντας το 83,62%.

Η απασχόληση ανά τομέα δραστηριότητας, αποτελεί κοινωνικοοικονομικό χαρακτηριστικό το οποίο περιλαμβάνεται στους παράγοντες που επηρεάζουν

την υγεία των εργαζομένων, τόσο ως προς το είδος της νοσηρότητας, όσο και ως προς την ένταση με την οποία αυτή εκδηλώνεται.

Πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες και μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τη συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ενός πληθυσμού και του επιπέδου υγείας του, γεγονός που με τη σειρά του επιβεβαιώνει την ανάγκη του για υπηρεσίες υγείας. Οι εργαζόμενοι στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα, εκτεθειμένοι σε δύσκολες καιρικές συνθήκες και εκτεθειμένοι σε χημικές ουσίες σε όλα τα στάδια παραγωγής, έχουν υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του δέρματος, αναπνευστικών ασθενειών και διαφόρων λοιμώξεων. Επιπλέον, η απασχόληση στον τομέα της μεταποίησης μπορεί να σας εκθέσει σε κινδύνους όπως επαγγελματικά ατυχήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορους τραυματισμούς, ακόμη και σε αναπηρία.

Οι εργαζόμενοι στον τριτογενή τομέα (υπηρεσίες), οι οποίοι αποτελούν και την πλειονότητα τόσο σε επίπεδο χώρας όσο και στην υπό εξέταση περιοχή της Αττικής, παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα σχετικά με νοσήματα του πεπτικού, κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος. Ως εκ τούτου υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης νοσημάτων όπως οικαρδιοπάθειες, τα εγκεφαλικά, τα κακοήθη νεοπλασμάτα και οι νόσοι του πεπτικού συστήματος. Επίσης αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης έχουν και τα τραυματικά ατυχήματα λόγω των συχνών μετακινήσεων εργαζομένων στον Τομέα των Υπηρεσιών.

Η ανεργία αποτελεί μια παράμετρο κοινωνικοοικονομικού επιπέδου η οποία, όπως αποδεικνύουν τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού.

Τα τελευταία χρόνια, στα οποία η χώρα πλήττεται από την οικονομική κρίση παρατηρείται ραγδαία αύξηση των επιπέδων ανεργίας.

Στην Περιφέρεια Αττικής, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το ποσοστό των ανέργων την τελευταία δεκαετία έχει σχεδόν διπλασιαστεί από 9,1% το 2009 σε 17,3% το 2019, ακολουθώντας τη συνολική πορεία της χώρας..

Ανεργία	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Σύνολο χώρας	9,6%	12,7%	17,9%	24,4%	27,5%	26,5%	24,9%	23,5%	21,5%	19,3%	17,3%
Περιφέρεια Αττικής	9,1%	12,6%	18%	25,8%	28,7%	27,3%	25,2%	23,0%	21,6%	19,9%	16,9%

Τα τελευταία 20 χρόνια, όλες οι σχετικές έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι η ανεργία και η ανασφάλεια οδηγούν σε απώλεια ευημερίας και φτώχεια, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία. Η μακροχρόνια ανεργία ωθεί πολλούς στον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια, οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και υψηλής νοσηρότητας, ιδίως μεταξύ των εθνικών μειονοτήτων, των μεταναστών και εκείνων με χρόνια ψυχική ή σωματική ασθένεια. Οι περισσότερες από τις επιπτώσεις στην υγεία δείχνουν ότι η αναλογική σχέση μεταξύ της μακροχρόνιας ανεργίας και του αυξημένου κινδύνου πρόωρου θανάτου και της υψηλής συχνότητας καρδιαγγειακών παθήσεων, ιδιαίτερα ψυχικών διαταραχών, μπορεί να οδηγήσει σε νέα κυκλικά προβλήματα όπως η αυτοκτονία και ο βίαιος θάνατος (έγκλημα, θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα, θάνατοι από υπερβολική δόση αλκοόλ και ναρκωτικών).

Η ανεργία κατατάσσεται στην 8η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων, έτσι, όπως διαπίστωσε ο Tondas (2004) σε όλες τις μελέτες για την ψυχική υγεία, τη μειωμένη ευημερία, τις ψυχικές διαταραχές, την κατάθλιψη και τη συνακόλουθη βία, οι άνεργοι συγκρίθηκαν με εργαζόμενους όλων των ηλικιών και φύλα.

Μακροοικονομικές Εξελίξεις

Σύμφωνα με την οικονομική ανάλυση της έκθεσης του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος, το 2019 ήταν έτος θετικής εξέλιξης για την ελληνική οικονομία. Παρά την υποτονική ανάπτυξη στην Ευρώπη, η ελληνική οικονομία διατήρησε την αναπτυξιακή της δυναμική με ρυθμό ανάπτυξης 1,9%.

Στην αρχή της νέας δεκαετίας, η ελληνική οικονομία έχει διορθώσει τις κύριες μακροοικονομικές και δημοσιονομικές ανισορροπίες που οδήγησαν στη χρηματοπιστωτική κρίση και προσπαθεί να επιταχύνει το ρυθμό της προς μια τροχιά βιώσιμης ανάπτυξης.

Στην πορεία, έχει να αντιμετωπίσει πολλές σημαντικές προκλήσεις, κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης αλλά και εξωτερικών κινδύνων. Η εξάπλωση του κορωνοϊού και τα αυξημένα ζητήματα προσφυγικής και μετανάστευσης έχουν καταλύσει τις βραχυπρόθεσμες προοπτικές και έχουν θέσει προσωρινά σημαντικά εμπόδια στον δρόμο της επιστροφής στην κανονικότητα.

Η αύξηση του ΑΕΠ σε σταθερές τιμές ήταν 1,9%, αμετάβλητη από το 2018, ενώ ο αντίστοιχος ρυθμός ανάπτυξης για την οικονομία της ζώνης του ευρώ επιβραδύνθηκε στο 1,2% από 1,9% το 2018. Η ανάπτυξη στην Ελλάδα το 2020 θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική εξάπλωση του κορωνοϊού στην παγκόσμια και ευρωπαϊκή οικονομία.

Αυτές οι επιπτώσεις δεν μπορούν να ποσοτικοποιηθούν με ακρίβεια αυτή τη στιγμή, επειδή δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα και η πανδημία συνεχίζεται.

Η αναπτυξιακή διάσταση της δημοσιονομικής πολιτικής, η ενίσχυση της αξιοπιστίας των οικονομικών πολιτικών στην εφαρμογή του συνολικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου και η αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των διεθνών επενδυτών στις μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής οικονομίας, από το δεύτερο εξάμηνο του 2019, Η εγχώρια οικονομία έχει επιστρέψει σε τροχιά βιώσιμης ανάπτυξης. Οι προσδοκίες είναι υψηλές.

Ανθρώπινο δυναμικό

Η κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης όπως διαμορφώνεται σήμερα παρουσιάζεται συγκεντρωτικά ανά κατηγορία προσωπικού. Τα στοιχεία για το ανθρώπινο δυναμικό αποτυπώνουν την κατάσταση του προσωπικού με ημερομηνία 31/12/2020.



Ενίσχυση Ανθρώπινου Δυναμικού για την αντιμετώπιση της Covid-19

Το 2020 στα πλαίσια της αντιμετώπισης της νόσου του κορωνοϊού (Covid- 19) το Νοσοκομείο προέβη σε ενίσχυση του προσωπικού του. Συγκεκριμένα διατέθηκαν συνολικά 26 άτομα, στο Ιατρικό προσωπικό, 8 επικουρικοί στο Νοσηλευτικό προσωπικό και 7 στο Διοικητικό Προσωπικό.

5.6 Εσωτερικό περιβάλλον

Στην επακόλουθη ενότητα επιχειρείται αναλυτική παρουσίαση των διαθέσιμων δεδομένων και δεικτών του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης για τη χρονική περίοδο 2017-2020. Οι βασικοί δείκτες δραστηριότητας του Νοσοκομείου παρουσιάζονται **στον παρακάτω πίνακα**.

ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ	2017	2018	2019	2020	Μεταβολή % 2018-2019	Μεταβολή % 2020-2019
Αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΙ	29.288	37.726	32.977	21.824	-12,6%	-33,8%
Αριθμός εξετασθέντων στο ΤΕΠ	61407	62213	64144	38122	3,1%	-40,6%
Αριθμός εξετασθέντων στην Ολοήμερη (πρώην απογευματινά ιατρεία)	5056	6279	6291	3690	0,2%	-41,3%
Συνολικός αριθμός εξετασθέντων	95.751	106.218	103.412	63.636	-2,6%	-38,5%

Από 2020 έχουν επηρεαστεί αισθητά οι λειτουργικοί δείκτες του Νοσοκομείου εξαιτίας των περιοριστικών μέτρων κατά της νόσου του κορωνοϊού που εφαρμόστηκαν σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας.

Παθολογικός Τομέας- Παίδων Πεντέλης

Στην ενότητα Παθολογικός Τομέας παρουσιάζεται αναλυτικά η νοσηλευτική κίνηση με τους αντίστοιχους δείκτες του Παθολογικού τομέα ανά κλινική για τη χρονική περίοδο 2017-2020.

Κλίνες

Στον πίνακα, ο οποίος ακολουθεί, παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού των κλινών στα τμήματα του Παθολογικού Τομέα, τη χρονική περίοδο 2017- 2020. Τη χρονική περίοδο 2017-2019 το Νοσοκομείο είχε αναπτύξει το 85,2% των προβλεπόμενων κλινών στον Παθολογικό Τομέα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	Οργανικές Κλίνες	2017	2018	2019	2020
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	88	13	13	13	13
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ		62	62	62	55
Covid-19					22
Σύνολο	88	75	75	75	90

Ο συνολικός αριθμός των κλινών αλλά και η επιμέρους κατανομή μεταξύ των κλινικών του Παθολογικού Τομέα, δεν παρουσιάζουν καμία διακύμανση την τριετία 2017-2019. Ωστόσο το 2020 εξαιτίας της πανδημίας του κορωνοϊού δημιουργήθηκε κλινική Covid 19 με 22 κλίνες, 7 εκ των οποίων μεταφέρθηκαν από την Παιδιατρική και 15 από την κλινική ΩΡΛ.

Ποσοστό Κάλυψης

Το ποσοστό κάλυψης κλινών καθ' όλη τη διάρκεια της τριετίας 2017-2019 είναι περίπου στο 50%. Το 2019 αυξήθηκε συνολικά για τις κλινικές του Παθολογικού τομέα σε ποσοστό +6,9%.

Ειδικότερα, η πληρότητα της Νευρολογικής κλινικής μειώθηκε κατά -21% ενώ αντίθετα στην Παιδιατρική κλινική αυξήθηκε κατά +10,2%. Το 2020 το ποσοστό κάλυψης κλινών είναι 22,9%, μειωμένο κατά -55,1

Μέση διάρκεια Ημερών Νοσηλείας

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) την τριετία 2017-2019 είναι περίπου στις 2,5 ημέρες. Το 2019, η ΜΔΝ στο σύνολο του Παθολογικού Τομέα παρόλο που παρουσιάζει αύξουσα πορεία κατά 4.9% παραμένει σεικανοποιητικά επίπεδα και στις δυο κλινικές. Το 2020 η ΜΔΝ είναι στις 2,3 ημέρες, μειωμένη κατά 10,9%.%

Διάστημα εναλλαγής Ασθενών

Η Μέση Αδράνεια Κλίνης το 2018 στο σύνολο του Παθολογικού τομέα είναι στις 2,7 ημέρες αυξημένο κατά 12,5%. Το 2019 μειώθηκε στις 2,5 ημέρες. Το 2020 η μέση αδράνεια κλίνης αυξήθηκε σε ποσοστό 204% και είναι στις 7,6 ημέρες.

Ρυθμός Εισροής Ασθενών(Ρκ)

Συνολικά ενώ το 2018 υπήρξε πτωτική τάση στην εισροή ασθενών στις κλινικές του Παθολογικού τομέα κατά -6,5%, το 2019 παρατηρείται μικρή αύξηση κατά +1,8%. Συγκεκριμένα το 2019 μειώθηκε η εισροή ασθενών στην Νευρολογική κλινική κατά -7,1% ενώ στην Παιδιατρική αυξήθηκε κατά +4%. Το 2020 η εισροή ασθενών στο σύνολο του Παθολογικού τομέα μειώθηκε σε ποσοστό -48,8%.

Χειρουργικός Τομέας Παιδών Πεντέλης

Κλίνες

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού των κλινών στα τμήματα του Χειρουργικού Τομέα τη χρονική περίοδο 2017- 2020. Τη χρονική περίοδο 2017-2019 το Νοσοκομείο είχε αναπτύξει το 101,5% των προβλεπόμενων κλινών στο Χειρουργικό Τομέα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	Οργανικές Κλίνες	2017	2018	2019	2020
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	66	3	3	3	3
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ		17	17	17	17
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ		6	6	6	6
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		22	22	22	22
ΩΡΛ		12	12	12	6
ΜΕΘ		4	4	4	6
Σύνολο		66	67	67	67	54

Τόσο ο συνολικός αριθμός των κλινών όσο και η επιμέρους κατανομή μεταξύ των κλινικών του Χειρουργικού Τομέα, δεν παρουσιάζουν καμία διακύμανση την 3ετία 2017-2019.

Ωστόσο το 2020 εξαιτίας της πανδημίας του κορωνοϊού δημιουργήθηκε κλινική Covid 19 με 22 κλίνες, 7 εκ των οποίων μεταφέρθηκαν από την Παιδιατρική και 15 από την κλινική ΩΡΛ. Η κλινική ΩΡΛ χρησιμοποίησε το 1/3 των κλινών της Χειρουργικής και η ΜΕΘ αύξησε τη δύναμη της κατά δυο κλίνες.

Νοσηλευθέντες

Την τριετία 2017-2019 ο αριθμός των νοσηλευθέντων στον Χειρουργικό τομέα παρουσιάζει μείωση κατά -21,7%. Ειδικότερα το 2019 ο αριθμός των νοσηλευθέντων μειώνεται σε ποσοστό -18% με τη μεγαλύτερη μείωση να παρατηρείται στην Οδοντιατρική (-50%) και την ΩΡΛ (-29,9%).

Την ίδια περίοδο η μεγαλύτερη αύξηση στην νοσηλευτική κίνηση παρατηρείται στην Οφθαλμολογική (+7,5%).

Το 2020 η νοσηλευτική κίνηση στον Χειρουργικό Τομέα παραμένει στα ίδια επίπεδα σε σχέση με το προηγούμενο έτος (+0,4%). Οι κλινικές που παρουσίασαν αύξηση στην νοσηλευτική τους κίνησης είναι η ΩΡΛ κατά 20,1% και η Παιδοχειρουργική κατά 10,8%.

Μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ)

Η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του Χειρουργικού τομέα για όλα τα έτη κινείται περίπου στα ίδια επίπεδα και είναι στις 2 ημέρες. Το 2019 αν και παρουσιάζει άνοδο κατά 6,3% παραμένει σε ικανοποιητικά επίπεδα σε όλες τις κλινικές. Η μεταβολή αυτή της ΜΔΝ κατά κύριο λόγο οφείλεται στην σημαντική αύξηση της ΜΔΝ της ΜΕΘ σε ποσοστό 80% το 2018 και 5,3% το 2019. Το 2020 η ΜΔΝ παρουσιάζει μείωση σε ποσοστό -4,5%, ωστόσο η ΜΕΘ αύξησε σημαντικά τη ΜΔΝ από τις 8,7 ημέρες στις 21,4 ημέρες.

Το ποσοστό κάλυψης κλινών του Χειρουργικού τομέα την διετία 2017- 2018 κυμαίνεται περίπου στο 24%. Το 2019 είναι 21,6% μειωμένο κατά - 12,9%. Ωστόσο το 2020 είναι 25,7% αυξημένο κατά 19,1%. Να σημειώσουμε ότι για το έτος 2020 η ΩΡΛ χρησιμοποίησε το 1/3 των κλινών της Παιδοχειρουργικής καθώς οι κλίνες της έχουν μετακινηθεί στην κλινική Covid-19

Διάστημα εναλλαγής Ασθενών

Το Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών ανά Κλίνη (ΔΕΑ) τη διετία 2017-2018 ήταν περίπου στις 6 ημέρες. Το 2018 αυξήθηκε στις 8 ημέρες (+27%). Το 2020 μειώθηκε σε ποσοστό -24,1% και είναι στις 6,1 ημέρες

Ρυθμός εισροής

Ο ρυθμός εισροής ασθενών του χειρουργικού τομέα κινείται πτωτικά καθ' όλη τη διάρκεια της τριετίας 2017-2019 γεγονός που αντικατοπτρίζεται και από την φθίνουσα πορεία των νοσηλευθέντων που παρουσιάστηκε σε παραπάνω ενότητα. Ειδικότερα για το 2019 ο ρυθμός εισροής σε όλες τις κλινικές του Χειρουργικού τομέα μειώνεται κατά -18,1% και η κλινική με τηνμεγαλύτερη μείωση εισροής ασθενών είναι η Οδοντιατρική (-50%). Το 2020 η εισροή ασθενών αυξήθηκε σε ποσοστό +24,7%

Χειρουργικές Επεμβάσεις

Την τριετία 2017-2019 οι χειρουργικές επεμβάσεις μειώθηκαν σε ποσοστό - 21,5%. Το 2020 ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων μειώθηκε σε ποσοστό -15,2% συνέπεια και των περιοριστικών μέτρων κατά της Covid-19 που εφαρμόστηκαν σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας σχετικά με την αναβολή των τακτικών χειρουργικών επεμβάσεων για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του έτους.

Ψυχιατρικός Τομέας Παίδων Πεντέλης

Ο Ψυχιατρικός τομέας του Νοσοκομείου αποτελείται από την Παιδοψυχιατρική κλινική, δυναμικότητας 6 κλινών, η οποία άρχισε να λειτουργεί το 2010 σταδιακά και τέθηκε σε πλήρη λειτουργία τον Ιανουάριο του 2013 με την έναρξη λειτουργίας της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Το

2019 παρατηρείται μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών η οποία αντικατοπτρίζεται στη μείωση του αριθμού των νοσηλευθέντων (-39,1%) και τη μείωση του αριθμού εισροής κατά -38,8%. Αντίθετα αυξήθηκαν οι ημέρεςνοσηλείας κατά +86%, η ΜΔΝ κατά +205% καθώς και το ποσοστό κάλυψης κλινών κατά +86% γεγονός που εξηγείται από τη σοβαρότητα των ψυχιατρικών περιστατικών που νοσηλεύτηκαν.

Το 2020 εξαιτίας της πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού και των περιοριστικών μέτρων που εφαρμόστηκαν σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας μειώθηκαν οι νοσηλευθέντες σε ποσοστό -67,2%

Διατομεακά τμήματα Παιδών Πεντέλης:

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) τα περιστατικά την τριετία 2017-2019 αυξήθηκαν σε ποσοστό +4,5%. Ωστόσο το 2020 παρατηρείται σημαντική μείωση των περιστατικών σε ποσοστό -40,6%. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, για τη χρονική περίοδο 2017- 2019 παρουσιάζει σημαντικά υψηλή και αυξανόμενη ζήτηση, αναλογικά με το μέγεθος του νοσοκομείου.

Τα τμήματα με την υψηλότερη ζήτηση παραμένουν διαχρονικά το Παθολογικό και το Ορθοπαιδικό. Ωστόσο το 2020 εξαιτίας της εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων κατά της πανδημίας του κορωνοϊού υπάρχει σημαντική πτώση στην κίνηση σε αρκετά ιατρεία επειγόντων περιστατικών.

Συγκεκριμένα το 2020 τη μεγαλύτερη πτώση στην κίνηση είχε το ιατρείο ΩΡΛ σε ποσοστό -59,4% και ακολούθησε το Ορθοπαιδικό σε ποσοστό -45%.

Αντίθετα το Παιδοψυχιατρικό παρουσίασε αύξηση στις επισκέψεις σε ποσοστό 101,3%

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Οι εξετασθέντες στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης έχουν αυξηθεί την τριετία 2017-2019 σε ποσοστό +12,06%, με την κορύφωση αυτής της αύξησης το 2018 (+28,81%), ωστόσο το 2020 υπάρχει σημαντική μείωση στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία σε ποσοστό - 33,8%.

Ολοήμερη Λειτουργία

Οι επισκέψεις στα απογευματινά τακτικά εξωτερικά ιατρεία παρουσιάζουν αύξηση σε ποσοστό 24,4% την τριετία 2017-2019 με την κορύφωση της ποσοστιαίας αυτής αύξησης το 2018 (+24,19%),. Το 2020 οι επισκέψεις παρουσιάζουν σημαντική μείωση σε ποσοστό -41,3%

Εργαστηριακός Τομέας Παίδων Πεντέλης

Καθ' όλη τη διάρκεια της τριετίας 2017-2019 δεν παρατηρούνται μεγάλες μεταβολές στο πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιούνται στο Νοσοκομείο.

Ειδικότερα το 2019 παρατηρείται μικρή μείωση σε ποσοστό -1,4% στο σύνολο των εξετάσεων. Σημαντική μείωση παρατηρείται στις ενδοσκοπικές εξετάσεις τα δυο τελευταία χρόνια (-51,4%) η οποία οφείλεται σε μείωση του υπεύθυνου προσωπικού που τις διενεργούσε. Το 2020 το πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων μειώθηκε σε ποσοστό - 35,4%

Οικονομικά στοιχεία.

Οι υψηλότερες κατηγορίες δαπανών την τετραετία αναφοράς είναι οι Υπηρεσίες Outsourcing, και το Φάρμακο. Πιο συγκεκριμένα η κατηγορία του Φαρμάκου παρουσιάζει τη μεγαλύτερη διακύμανση καθ' όλη τη διάρκεια της τετραετίας.

Πιο αναλυτικά η δαπάνη για το Φάρμακο το 2017 ήταν στις 417.500€ (απορρόφηση 99,2%). Στις δυο επόμενες χρονιές η δαπάνη του Φαρμάκου κινήθηκε περίπου στα ίδια επίπεδα. Το 2018 η δαπάνη ήταν 1,170,939.5 € (απορρόφηση 99,1%) και το 2019 η δαπάνη ήταν 1,236,355.6 (απορρόφηση 95,1%). Το 2020 η δαπάνη του Φαρμάκου σημείωσε σημαντική αύξηση φτάνοντας τα 5,615,096.4 € (απορρόφηση 98,8%). Η χαμηλότερη κατηγορία δαπανών καθ' όλη την τετραετία είναι το ορθοπεδικό υλικό.

Υλικοτεχνική Υποδομή

Ακίνητη περιουσία Νοσ. Παίδων Πεντέλης

Το νοσοκομείο διαθέτει τρία διαμερίσματα τα οποία είναι αναξιοποίητα, λόγω της κακής κατάστασης στην οποία βρίσκονται. Από την άλλη πλευρά ενοικιάζει κτήριο στο οποίο στεγάζεται το Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, συνολικής ετήσιας μίσθωσης ίση με 35.000 ευρώ. Στόχος του νοσοκομείου είναι να επισκευάσει τα αναξιοποίητα ακίνητα, και να κάνει χρήση αυτών είτε να τα ενοικιάσει, ώστε να μειώσει κατ' αυτόν τον τρόπο τα πάγια έξοδα του.

Κινητή περιουσία Νοσ. Παίδων Πεντέλης

Το Παίδων Πεντέλης αξιοποιεί τα μισά οχήματα που διαθέτει καθώς το λεωφορείο έχει παραχωρηθεί στο Αμαλία Φλέμιγκ και ένα δίκυκλο έχει τεθεί εκτός κυκλοφορίας.

Βιοϊατρικός Εξοπλισμός Νοσ. Παίδων Πεντέλης

Παρότι όλα τα μηχανήματα του νοσοκομείου, πλην του φορητού Υπερηχοτομογράφου, είναι σε καλή κατάσταση, το νοσοκομείο έχει ανάγκη από επιπλέον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ώστε να ανταποκριθεί στον μέγιστο βαθμό στις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς.

Ανάλυση θέσης στη βάση Λειτουργικών και Οικονομικών Δεικτών

Η επιλογή ανάλυσης της λειτουργικής ικανότητας και των επιπέδων μετασχηματισμού των διατιθέμενων οικονομικών πόρων σε λειτουργικό αποτέλεσμα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας της μονάδας δεν είναι τυχαία. Βασίζεται κυρίως στην ομαλότητα της λειτουργίας της μονάδας χωρίς την ανάγκη ανάλωσης πόρων και έργου για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης του 2020.

Στη βάση αυτή μπορεί να εκτιμηθεί η ικανότητα της μονάδας, το λειτουργικό της αποτέλεσμα, η επιτυχής διαχείριση των πόρων και η δυνατότητα ανταπόκρισης στη ζήτηση υπηρεσιών από τους λήπτες.

Η ανάλυση επεκτείνεται σε εντοπισμένα συμπεράσματα στο επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού, των λειτουργικών δεικτών, της οικονομικής διάστασης και ενός μίγματος συμπερασμάτων σε επίπεδο αποδοτικότητας

στη βάση ενός συσχετισμού ή πιο σωστά μιας συνδυαστικής ανάλυσης λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων.

Αξιολογώντας την οικονομική θέση της μονάδας σε επίπεδο τριετίας ως προς το παραγόμενο αποτέλεσμα, διαπιστώνουμε μια σημαντική αύξηση του κόστους ανά ημέρα νοσηλείας και ανά νοσηλευόμενο η οποία μπορεί να οδηγήσει τη μονάδα σε ανάγκες που θα αδυνατεί στο μέλλον να καλύψει, στη βάση και των εφαρμοζόμενων κλειστών προϋπολογισμών από πλευράς του Υπουργείου.

Σε κάθε περίπτωση η πρόθεση της μονάδας για την ανάπτυξη ειδικών θεραπευτικών κέντρων (εφαρμογή γονιδιακών θεραπειών) συντείνει στην ανάγκη ανάπτυξης κατάλληλης οικονομοτεχνικής μελέτης που θα συμπεριλαμβάνει την εκτίμηση της πορείας των δαπανών φαρμάκου ώστε να γίνει και η καλύτερη δυνατή πρόβλεψη κάλυψης του δυνάμει κόστους.

Ανάλυση Επίδρασης της Πανδημίας στο Λειτουργικό αποτέλεσμα της Μονάδας

Η διακριτή ανάλυση του 2020 επιχειρεί να εκτιμήσει την πορεία της μονάδας στο πλαίσιο εκδήλωσης της πανδημίας και να διαπιστώσει τα επίπεδα λειτουργικής συγκράτησής της, παρά την αλλαγή στο συμπεριφορικό μοντέλο των ληπτών καθώς και να εκτιμήσει την επίδραση των συνολικότερων μέτρων αντιμετώπισης της υγειονομικής αυτής κρίσης σε σχέση με τον περιορισμό στη διάθεση φροντίδας προς την ευαίσθητη κατηγορία των ανήλικων ληπτών.

Όπως διαπιστώνουμε εξετάζοντας τους λειτουργικούς δείκτες της μονάδας, υπάρχει σαφής επίδραση σε επίπεδο μεγεθών κλειστής αλλά και σε επίπεδο ανοικτής νοσηλείας.

Έτσι, διαπιστώνουμε πως υπάρχει μια ισχυρή μείωση σε επίπεδο νοσηλείων και ημερών νοσηλείας (-26,97% και -32,40% αντιστοίχως). Η μέση διάρκεια νοσηλείας εμφάνισε μείωση της τάξης του -7,42% και η πληρότητα μειώθηκε αισθητά κατά -33,30%, φθάνοντας το επίπεδο του 25,44% της διατιθέμενης δυναμικότητας. Ομοίως όπως αναμενόταν ο ρυθμός εισροής ασθενών περιορίστηκε στους 38 ασθενείς (μείωση της τάξης του -27,95%) και αντίστοιχη ήταν η αρνητική επίδραση της πανδημίας και σε επίπεδο Παθολογικού και σε επίπεδο Χειρουργικού τομέα, με τον πρώτο να εμφανίζει μειώσεις της τάξης του -38,60% σε επίπεδο νοσηλείων και -46,20% σε επίπεδο ημερών νοσηλείας και το δεύτερο να πλήττεται περισσότερο από την εφαρμογή των μέτρων προφύλαξης και περιορισμού των τακτικών χειρουργείων εμφανίζοντας όμως συνολικά μικρότερες μειώσεις σε επίπεδο νοσηλείων και ημερών νοσηλείας.

Ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων μειώθηκε κατά -15,20% με συνέπεια και την αντίστοιχη τάξη μείωση των παραπάνω λειτουργικών παραμέτρων.

Δεν υπάρχει λόγος να προχωρήσουμε σε κάποιες συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ των τομέων αφού το μεγαλύτερο μέρος του 2020, αφορούσε στην αναχαίτιση των κυμάτων πανδημίας και στην εφαρμογή προληπτικών και ενισχυτικών μέτρων για την αποφυγή εφαρμογής μέτρων καραντίνας και το κλείσιμο των μονάδων. Διαπιστώνουμε όμως πως η μονάδα δεν παρουσίασε μια εξαιρετικά περιοριστική λειτουργική πορεία αφού οι μειώσεις αυτού του

επιπέδου, αποδεικνύουν πως κατάφερε να συνεχίσει να παρέχει φροντίδα στον ανήλικο πληθυσμό.

Ισχυρό στοιχείο αυτής της πορείας αποτέλεσαν και τα προληπτικά μέτρα της διοίκησης και των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών και του διοικητικού μηχανισμού, που επέδειξε ευσυνείδητη συμπεριφορά προφύλαξης της μονάδας για τη διασφαλισμένη συνέχιση της προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας προς τους ανήλικους λήπτες.

Επίσης αξίζει να αναφερθούμε σε ένα κρίσιμο στοιχείο, αυτό της συνεχούς αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Σύμφωνα με τα στοιχεία διαπιστώνεται πως το αυξημένο κόστος αφορά σε ορφανά φάρμακα γονιδιακής θεραπείας σε πολύ μικρό αριθμό νεαρών ασθενών και δεν είναι αποτέλεσμα μιας συνολικότερης αλλαγής του θεραπευτικού μοντέλου της μονάδας. Σε κάθε περίπτωση όμως, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν ενισχυτικά μέτρα για τον περιορισμό του κόστους όπου αυτό κρίνεται εφικτό.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ένα μεγάλο μέρος του κόστους αφορούσε σε δαπάνες μοριακού ελέγχου του προσωπικού, αγοράς υγειονομικού υλικού και λοιπού υλικού προστασίας. Σε κάθε περίπτωση η μονάδα οφείλει να προχωρήσει σε μια ολοκληρωμένη μελέτη εκτίμησης και πρόβλεψης του κόστους φροντίδας όχι απλά στη βάση των διατιθέμενων από το Υπουργείο πόρων αλλά στη βάση αύξησης του παραγωγικού της αποτελέσματος και της ικανοποίησης μεγαλύτερου αριθμού ληπτών, αξιοποιώντας στο μέγιστο βαθμό τη δυναμικότητα της.

5.7 SWOT Analysis

Στην παρούσα φάση, με τη βοήθεια μιας από τις πιο κοινές αναλυτικές μεθόδους, της μεθόδου ανάλυσης SWOT (Δυνατά σημεία-Αδυναμίες- Ευκαιρίες-Απειλές), θα γίνει προσπάθεια ανάλυσης της ενότητας με βάση τέσσερις κύριες διαστάσεις που μπορούν να διαμορφώσουν τη διοίκηση. εκτελεστικές αποφάσεις, αυτές είναι ένας άξονας δυνατών σημείων, αδυναμιών, ευκαιριών και απειλών.

SWOT Analysis

∞ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ

- ↑ Κύρος και Φήμη - Σημείο αναφοράς για την περιοχή για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε παιδιά και εφήβους
- ↑ Εύκολη προσβασιμότητα και προσπελασιμότητα χρηστών
- ↑ Παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών
- ↑ Υψηλή επισκεψιμότητα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών
- ↑ Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών, λόγω μεγέθους
- ↑ Περιορισμένο μέγεθος του νοσοκομείου συμβάλλει στην πιο άμεση ανταπόκριση και την ενίσχυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ προσωπικού και ασθενών
- ↑ Έκδοση ηλεκτρονικού εισιτηρίου εξ αποστάσεως
- ↑ Ελκυστικό περιβάλλον για ασθενείς και συνοδούς
- ↑ Βραβεία (2018,2019) καινοτομίας στην εξυπηρέτηση πελατών
- ↑ Υψηλή ζήτηση στον ψυχιατρικό τομέα του νοσοκομείου



-
- ↓ Περιορισμένη πληρότητα σε αρκετές κλινικές του Νοσοκομείου (χειρουργικός τομέας)
 - ↓ Σημαντικές ελλείψεις προσωπικού, τόσο Νοσηλευτικό, όσο Τεχνικό & Λοιπό και Διοικητικό προσωπικό
 - ↓ Χαμηλή επισκεψιμότητα ΤΕΙ, λόγω ελλείψεων ιατρικών ειδικοτήτων
 - ↓ Ελλιπής συντήρηση της κτιριακή υποδομής και των τεχνολογικών εγκαταστάσεων – Μη λειτουργικός χωροταξικός σχεδιασμός
 - ↓ Υψηλό κόστος υπηρεσιών outsourcing



SWOT Analysis

∞ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ

- Ευκαιρίες χρηματοδότησης/ ΕΣΠΑ, RRF, χορηγίες, δωρεές, leasing
- Αξιοποίηση συνεργειών με το Νοσοκομείο Σισμανόγλειο
- Συστηματική εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού μέσω αντίστοιχων δράσεων του ΕΣΠΑ 2014-2020
- Προσφορά καινοτόμων υπηρεσιών στα εξωτερικά και ολόημερα ιατρεία του νοσοκομείου
- Υποστήριξη καινοτόμων φαρμακευτικών θεραπειών
- Ενίσχυση ιατρικού προσωπικού με ειδικότητες που παρουσιάζουν υψηλή ζήτηση στην ηλικία αναφοράς των επισκεπτών



- ← Επαγγελματική κόπωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού – Αποφυγή διαρροής προσωπικού προς ιδιωτικά νοσοκομεία
- ← Covid-19 / Ανάπτυξη ειδικών θαλάμων – Σημαντική έξαρση των κρουσμάτων της πανδημίας COVID-19 στη χώρα μας που ενδέχεται να οδηγήσει σε συμφόρηση και εξάντληση των παθολογικών κλινικών του νοσοκομείου
- ← Σημαντική μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων κατά 17% το 2019 η οποία αποτυπώνεται σε όλες τις κλινικές του χειρουργικού τομέα (πλην της ορθοπεδικής)
- ← Ισχυρή ανταγωνιστική πίεση από τον ιδιωτικό τομέα
- ← Αδυναμία συνεχούς αξιοποίησης της τεχνολογίας αιχμής και παροχής καινοτόμων υπηρεσιών υγείας λόγω οικονομικών περιορισμών και έλλειψη επιτελικής και οικονομικής αυτοτέλειας.
- ← Συρρίκνωση της χρηματοδότησης του Νοσοκομείου λόγω χρηματοπιστωτικής κρίσης.
- ← Μειούμενη νοσηλευτική κίνηση διαχρονικά



ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ- ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Το παρόν κείμενο έχει ως στόχο να αποτελέσει εργαλείο λήψης και συνεχούς υποστήριξης αποφάσεων και χάραξης στρατηγικής για τη διοίκηση και το προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας Παιδών Πεντέλης.

Σε αυτή την κατεύθυνση:

⇒ αξιοποιώντας τα δεδομένα της υφιστάμενης κατάστασης (εσωτερικό, εξωτερικό περιβάλλον) μέσω της οποίας προσδιορίστηκαν τα δυνατά και αδύνατα σημεία του νοσοκομείου, καθώς και οι ευκαιρίες και οι απειλές, και

⇒ Πραγματοποιώντας μια εντατική διαβούλευση μεταξύ της διοίκησης και του προσωπικού του νοσοκομείου, με στόχο την ανταλλαγή απόψεων στο πλαίσιο αποτύπωσης της νέας στρατηγικής και διαμόρφωσης αποδεκτών σχεδίων δράσης που θα λάβουν την ευρύτερη στήριξη,

καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι των αναγκών της νοσοκομειακής μονάδας.

Αποσκοπώντας στη ρεαλιστική επίτευξη των στρατηγικών στόχων, ο κάθε στόχος διαιρέθηκε σε ειδικούς στόχους οι οποίοι αναλύθηκαν και εν συνεχεία ο στρατηγικός στόχος **αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού** διαιρέθηκε σε συγκεκριμένες προτεινόμενες παρεμβάσεις, οι οποίες κοστολογήθηκαν ενδεικτικά και τέθηκαν σε χρονικό προγραμματισμό υλοποίησης.

Εικόνα 4: Ανάλυση στρατηγικού στόχου Αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού



Στην ακόλουθη ενότητα οι στόχοι αυτοί αναλύονται και εξειδικεύονται στη λογική ενός πίνακα δράσεων. Οι δράσεις αυτές αποτελούν σχέδιο και επιδίωξη της διοίκησης από την ανάληψη των καθηκόντων της και επανακαθορίστηκαν στην πορεία και υπό το πλαίσιο και

την διαχείριση της κρίσης της πανδημίας. Σε κάθε περίπτωση η διοίκηση και οι υπηρεσίες της μονάδας έχουν ήδη εκκινήσει ή ακόμη και ολοκληρώσει κάποιες εκ των δράσεων. Παράλληλα ένα σημαντικό μέρος δράσεων (για την κάλυψη λειτουργικών και αναγκών υποδομών) έχουν κατατεθεί από τη διοίκηση προς το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα προς την αρμόδια Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας, για τη διαμόρφωση του ενιαίου προγράμματος υποστήριξης των νοσοκομειακών μονάδων στο φάσμα του επικείμενου προς εφαρμογή Χρηματοδοτικού Ταμείου Ανάκαμψης (Recovery Resilience Founding/ RRF). Η μονάδα λοιπόν, φρόντισε να ανταποκριθεί στο αίτημα του Υπουργείου και κατέθεσε ένα μεγάλο μέρος αναγκών της ώστε να προγραμματιστεί εγκαίρως η κάλυψη αυτών των αναγκών ακόμη και από τα πρώτα στάδια υποστήριξης των αξόνων της δράσης από το Υπουργείο Παράλληλα, μετά από την έκδοση και της Εθνικής Στρατηγικής Ελλάδα 2.0 και την παρουσίαση των επιμέρους αξόνων και υπο-αξόνων του προγράμματος, η μονάδα θα προχωρήσει και στη σύνταξη κειμένων (πράξεων) για ένταξη των έργων της σε κατηγορίες δράσεων που αφορούν στην ψηφιακή αναβάθμιση, στη διαχείριση των μεγάλων δεδομένων υγείας, στην ενίσχυση της χρήσης του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας κ.α. Στον ακόλουθο πίνακα τα γραμμοσκιασμένα κελιά αναφέρονται σε δράσεις της μονάδας που ολοκληρώθηκαν επιτυχώς στο τρέχον χρονικό διάστημα ή έχουν ήδη υποβληθεί ως προτάσεις προς το Υπουργείο και αναμένεται η θετική του ανταπόκριση και η ένταξη τους στον ευρύτερο του σχεδιασμό.

Πλεονεκτήματα

--Κύρος και Φήμη

--Σημείο αναφοράς για την περιοχή για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε παιδιά και εφήβους

-- Εύκολη προσβασιμότητα και προσπελασιμότητα χρηστών

-- Παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών

-- Υψηλή επισκεψιμότητα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

-- Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών, λόγω

μεγέθους.Το περιορισμένο μέγεθος του νοσοκομείου συμβάλλει στην πιο άμεση ανταπόκριση και την ενίσχυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύπροσωπικού και ασθενών

-- Έκδοση ηλεκτρονικού εισιτηρίου εξ αποστάσεως

-- Ελκυστικό περιβάλλον για ασθενείς και συνοδούς

--Βραβεία (2018,2019) καινοτομίας στην εξυπηρέτηση πελατών

-- Υψηλή ζήτηση στον ψυχιατρικό τομέα του νοσοκομείου. Η διοίκηση του Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης εφαρμόζοντας τις πολιτικές και τους στόχους του Υπουργείου Υγείας έχει ως όραμα:

-- Την παροχή υψηλού επιπέδου ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον παιδικό πληθυσμό

-- Ασφάλεια σε ένα εκσυγχρονισμένο κτηριακό περιβάλλον με σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό

-- Εφαρμογή πρωτοκόλλων για τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση των ιατρικών πράξεων

-- Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών με υψηλά εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

-- Υποστήριξη καινοτόμων θεραπειών για τον παιδικό πληθυσμό.

Το νοσοκομείο ΓΝ. Παίδων Πεντέλης θα θέλαμε να αποτελέσει το βασικό άξονα παροχής κατάλληλων υπηρεσιών υγείας για κάθε «μικρό» ασθενή σε όλη την επικράτεια.

Μειονεκτήματα

-- Περιορισμένη πληρότητα σε αρκετές κλινικές του Νοσοκομείου

(χειρουργικός τομέας)

-- Σημαντικές ελλείψεις προσωπικού, τόσο Νοσηλευτικού, όσο Τεχνικού και

Διοικητικού προσωπικού

-- Χαμηλή επισκεψιμότητα ΤΕΙ, λόγω ελλείψεων ιατρικών

Ειδικοτήτων

-- Ελλιπής συντήρηση της κτιριακής υποδομής και των τεχνολογικών

εγκαταστάσεων

-- Μη λειτουργικός χωροταξικός σχεδιασμός

Ευκαιρίες

-- Ευκαιρίες χρηματοδότησης/ ΕΣΠΑ, RRF, χορηγίες, δωρεές, leasing

- Αξιοποίηση συνεργειών με το Νοσοκομείο Σισμανόγλειο
- Συστηματική εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικούμέσω αντίστοιχων δράσεων του ΕΣΠΑ 2014-2020
- Προσφορά καινοτόμων υπηρεσιών στα εξωτερικά και ολόημερα ιατρείου νοσοκομείου
- Υποστήριξη καινοτόμων φαρμακευτικών θεραπειών
- Ενίσχυση ιατρικού προσωπικού με ειδικότητες που παρουσιάζουν υψηλήζήτηση στην ηλικία αναφοράς των επισκεπτών.

Απειλές

- Επαγγελματική κόπωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού – Αποφυγή διαρροής προσωπικού προς ιδιωτικά νοσοκομεία
- **Covid-19:** Ανάπτυξη ειδικών θαλάμων – Σημαντική έξαρση των κρουσμάτων της πανδημίας COVID-19 στη χώρα μας που ενδέχεται να οδηγήσει σε συμφόρηση και εξάντληση των παθολογικών κλινικών τουνοσοκομείου
- Σημαντική μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων κατά 17% το 2019 η οποία αποτυπώνεται σε όλες τις κλινικές του χειρουργικού τομέα (πλην της ορθοπεδικής)
- Ισχυρή ανταγωνιστική πίεση από τον ιδιωτικό τομέα
- Αδυναμία συνεχούς αξιοποίησης της τεχνολογίας αιχμής και παροχής καινοτόμων υπηρεσιών υγείας λόγω οικονομικών περιορισμών και έλλειψη οικονομικής αυτοτέλειας.

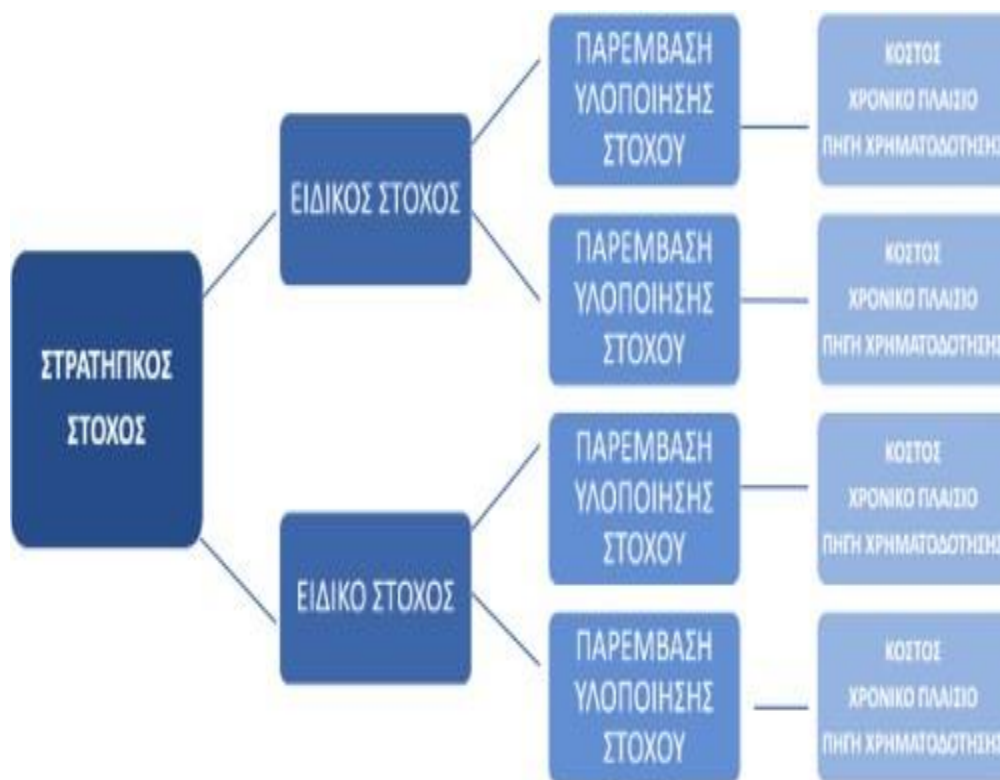
- Συρρίκνωση της χρηματοδότησης του Νοσοκομείου λόγω χρηματοπιστωτικής κρίσης.
- Μειούμενη νοσηλευτική κίνηση διαχρονικά

5.8 Καθορισμός στρατηγικών στόχων

Αξιοποιώντας τα δεδομένα της υφιστάμενης κατάστασης (εσωτερικό, εξωτερικό περιβάλλον) μέσω της οποίας προσδιορίστηκαν τα δυνατά και αδύνατα σημεία του νοσοκομείου, όπως και οι ευκαιρίες και οι απειλές, και πραγματοποιώντας μια εντατική διαβούλευση μεταξύ της διοίκησης και του προσωπικού του νοσοκομείου, με στόχο την ανταλλαγή απόψεων στο πλαίσιο αποτύπωσης της νέας στρατηγικής και διαμόρφωσης αποδεκτών σχεδίων δράσης που θα λάβουν την ευρύτερη στήριξη, καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι των αναγκών της νοσοκομειακής μονάδας.

Αποσκοπώντας στη ρεαλιστική επίτευξη των στρατηγικών στόχων, ο κάθε στόχος διαιρέθηκε σε ειδικούς στόχους οι οποίοι αναλύθηκαν και εν συνεχεία στρατηγικός στόχος αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού διαιρέθηκε σε συγκεκριμένες προτεινόμενες παρεμβάσεις, οι οποίες κοστολογήθηκαν ενδεικτικά και τέθηκαν σε χρονικό προγραμματισμό υλοποίησης.

Οι δράσεις αυτές αποτελούν σχέδιο και επιδίωξη της διοίκησης από την ανάληψη των καθηκόντων της και επανακαθορίστηκαν στην πορεία και υπό το πλαίσιο και την διαχείριση της κρίσης της πανδημίας.



5.9 Όραμα Παίδων Πεντέλης

Η διοίκηση του ΓΝ. Παίδων Πεντέλης εφαρμόζοντας τις πολιτικές και τους στόχους του Υπουργείου Υγείας έχει ως όραμα:

- Την παροχή υψηλού επιπέδου ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον παιδικό πληθυσμό
- Ασφάλεια σε ένα εκσυγχρονισμένο κτηριακό περιβάλλον με σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό
- Εφαρμογή πρωτοκόλλων για τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση τωνιατρικών πράξεων
- Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών με υψηλά εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

- Υποστήριξη καινοτόμων θεραπειών για τον παιδικό πληθυσμό.

Το νοσοκομείο ΓΝ. Παίδων Πεντέλης θα θέλαμε να αποτελέσει το βασικό άξονα παροχής κατάλληλων υπηρεσιών υγείας για κάθε «μικρό» ασθενή σε όλη την επικράτεια.

ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑ

Στόχος: Ενίσχυση του κύρους και της αξιοπιστίας του νοσοκομείου προσφέροντας υπηρεσίες ποιότητας.

Με: --Αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

--Εξασφάλιση ασφάλειας των παιδιατρικών ασθενών

--Ανάπτυξη εξειδικευμένων ιατρικών η ενίσχυση τους με νέες εξειδικευμένες προσφερόμενες υπηρεσίες, ώστε το νοσοκομείο να μπορεί να καλύψει μεγαλύτερο φάσμα υπηρεσιών που παρουσιάζουν υψηλή ζήτηση.

--Δημιουργία Εξωτερικού Ιατρείου παρακολούθησης(Follow-up) εφήβων για συγγενείς παθήσεις, νευρολογικές και πνευμονολογικές παθήσεις.

--Ανάπτυξη οδοντιατρικής κλινικής παιδιών και εφήβων ΑΜΕΑ.

--Ανάπτυξη εμβολιαστικών κέντρων σύγχρονων και κατάλληλων για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

--Δημιουργία κοινωνικής δομής για φιλοξενία παιδιών κατόπιν εισαγγελικής εντολής.

--Διαπίστευση τμημάτων κατά ISO.

Στόχος: Βελτίωση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου

--εναρμονισμός του πληροφοριακού συστήματος με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΥΥ και της Στρατηγικής ψηφιακού σχεδιασμού στην υγεία.

--Εκσυγχρονισμός των διαδικασιών μέσω ηλεκτρονικής διακίνησης των εγγράφων, ψηφιακών υπογραφών, εφαρμογή ηλεκτρονικού Φακέλου ασθενούς και ηλεκτρονικής καταγραφής προμηθειών και κατά συνέπεια μείωση της γραφειοκρατίας.

-- Στη σημερινή εποχή, λόγω της πανδημίας του COVID -19, είναι απαραίτητο το νοσοκομείο να βρίσκεται σε ετοιμότητα να ανταποκριθεί σε πλήθος περιστατικών που απαιτούν αυξημένη ιατρική φροντίδα.

--σύστημα διαλογής ασθενών -triage-, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου το οποίο θα επιφέρει την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και την αποτελεσματικότερη παροχή επείγουσας φροντίδας.

--Εκπαίδευση προσωπικού για την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας και την ενίσχυση της φήμης και της επισκεψιμότητας της νοσοκομειακής μονάδας.

Στόχος: Εκσυγχρονισμός και αναβάθμιση υποδομών & εξοπλισμού

-- Σε αυτή την κατεύθυνση , σημαντικό ρόλο θα παίξει η βελτίωση τμημάτων που έρχονται άμεσα σε επαφή με το κοινό, όπως η Γραμματεία Εξωτερικών

Ιατρείων, το Τμήμα Κίνησης Ασθενών, οι χώροι υποδοχής, αλλά και γενικότερα η εξυπηρέτηση και φιλοσοφία του συνόλου του προσωπικού του Νοσοκομείου, η οποία θα πρέπει να είναι ασθενοκεντρική

--Ενεργειακή αναβάθμιση κτηρίων για εξοικονόμηση ενέργειας και μείωση κόστους λειτουργικών δαπανών

--Αναδιαμόρφωση χώρων χειρουργείου και δημιουργία μονάδας μετεγχειρητικής φροντίδας

--Ανακαίνιση νευρολογικής κλινικής μέσω κληροδοτήματος

--Δημιουργία αυτόνομου ΤΕΠ

--Εργασίες αντιτυρικής προστασίας

--Δημιουργία χώρου δημιουργικής απασχόλησης ασθενών

--Ανανέωση εξοπλισμού και βιοιατρικής τεχνολογίας

--Καλλωπισμός εξωτερικών χώρων, σήμανση, δενδροφύτευση, ενεργειακός φωτισμός.

Στόχος: Καινοτομία- Πρωτοποριακές λειτουργίες

--Ευρεία εφαρμογή της έκδοσης ηλεκτρονικού εισιτηρίου και προτεραιοποίησης ασθενών μέσω web με συνέπεια να μειωθεί ο χρόνος αναμονής και να αυξηθεί η ικανοποίηση των χρηστών.

--Ανάπτυξη smart hospital services και υπηρεσίες wi-fi

--Ανάπτυξη μοντέλων πρόβλεψης μέσω χρήσης τεχνικών Τεχνητής Νοημοσύνης για αξιοποίηση των ιατρικών-εργαστηριακών δεδομένων που προκύπτουν.

Στόχος: Συνεργασίες- Δράσεις – Δωρεές

--Συνεργασίες με άλλα νοσοκομεία και πανεπιστημιακές κλινικές με στόχο την εκπαίδευση του προσωπικού

--Προσέλκυση δωρεών

--Δράσεις στην κοινότητα σε συνεργασία με όμορους δήμους και την περιφέρεια

--Ανάπτυξη δράσεων Δημόσιας υγείας σε συνεργασία με το αρμόδιο τμήμα της 1^{ης} ΥΠΕ και φορείς της ευρύτερης κοινότητας σε πληθυσμούς στόχους ηλικίας 4-16 ετών.(ημερίδες πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικός έλεγχος και σεμινάρια Α΄ βοηθειών σε αθλητές μικρής ηλικίας σε συνεργασία με δήμους και αθλητικούς φορείς, ευαισθητοποίηση πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, δυνατότητα οφθαλμολογικού και δερματολογικού ελέγχου, υλοποίηση προγραμμάτων εθελοντικής αιμοδοσίας,)

Έλεγχος - Διαδικασία παρακολούθησης

Στο πλαίσιο του επιχειρησιακού σχεδιασμού, κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξηελεγκτικών μηχανισμών για τη μέτρηση της προόδου, τον εντοπισμό

αποκλίσεων από τον προγραμματισμό και τη σύσταση των απαραίτητων διορθωτικών ενεργειών.

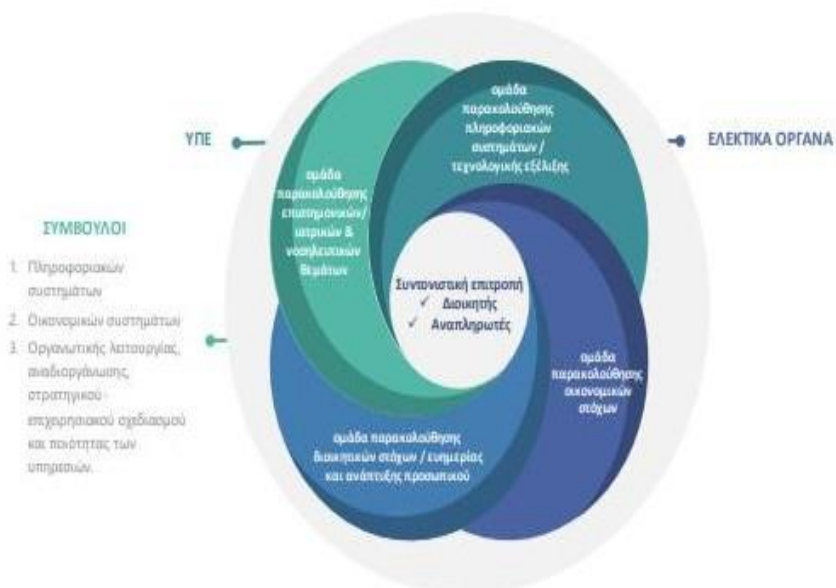
Η διαδικασία του ελέγχου πραγματοποιείται σε **τριμηνιαία βάση** και περιλαμβάνει:



Προκειμένου να είναι εφικτή η διαδικασία παρακολούθησης και ελέγχου των στρατηγικών επιχειρησιακών στόχων πρέπει οι ειδικοί στόχοι του νοσοκομείου να οριστούν χρονικά και με την ολοκλήρωση της μετάβασης της χώρας στη ζητούμενη κανονικότητα μετά την αντιμετώπιση του τελευταίου κύματος της πανδημίας

Η ομάδα ελέγχου και παρακολούθησης του Επιχειρησιακού Σχεδίου έχει σαφείς συγκεκριμένες και προκαθορισμένες ευθύνες για την υλοποίηση των σχεδίων δράσης του νοσοκομείου και περιγράφεται ακολούθως:.

Η ομάδα παρακολούθησης και ελέγχου του Επιχειρησιακού Σχεδίου, περιγράφεται ακολούθως:



Η κάθε ομάδα παρακολούθησης του έργου θα έχει σαφείς, συγκεκριμένες και προκαθορισμένες ευθύνες πάνω στην παρακολούθηση της υλοποίησης των σχεδίων δράσης ου νοσοκομείου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη μετά την πανδημία εποχή, υπάρχει σαφής καθυστέρηση μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Ο άναρχος σχεδιασμός και οι στρεβλώσεις στο ΕΣΥ θα αποτρέψουν τη

δημιουργία ενός νέου χάρτη υγείας, ο οποίος θα οδηγήσει σε ριζική αναδιάρθρωση και στη δημιουργία ενός ισχυρού και ευέλικτου συστήματος υπηρεσιών για την κάλυψη των προσδοκιών των πολιτών και των αναγκών της επόμενης ημέρας.

Πρέπει λοιπόν να δοθεί έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας καθώς και στον ψηφιακό μετασχηματισμό. Η νέα δομή του χάρτη υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων των υπηρεσιών αποτελεί βασικό πυλώνα για την μετάβαση στα νέα δεδομένα. Αξιοποιώντας την τεχνολογία δημιουργούνται νέα μοντέλα φροντίδας με μικρότερο κόστος και αποδοτικότερα για τους ασθενείς. Μέσω του ψηφιακού μετασχηματισμού αναλύονται δεδομένα όπως οι δείκτες ποιότητας με στόχο τη μείωση των ιατρικών λαθών και την βελτίωση της φροντίδας των ασθενών.

Με τον κατακερματισμό του ΕΣΥ αυξάνεται το κόστος και δεν διασφαλίζεται η συνέχεια στην φροντίδα με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών. Μέσω του ψηφιακού φακέλου υγείας ο θεράπων ιατρός μπορεί να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα χωρίς ταλαιπωρία και περιττά έξοδα. Απαιτείται, όμως, τεχνογνωσία στοχοπροσήλωση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, μεταρρυθμιστική νοοτροπία που θα αγκαλιάσει τις όποιες ιδέες για καινοτομία. Οι καταγιστικές εξελίξεις στην τεχνολογία και οι καινοτόμες εφαρμογές στην ιατρική μας οδηγούν σε αναθεώρηση του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σε μια υγειονομική κρίση, τα νοσοκομεία έχουν σταθεί δίπλα στη σκληρή δουλειά του ιατρικού τους προσωπικού, εκθέτοντας αδυναμίες, κενά και σπατάλη ή έλλειψη πόρων, τόσο έμψυχων όσο και άψυχων.

Για να ξεκινήσει η απαραίτητη αλλαγή, απαιτούνται γενναίες παρεμβάσεις, σύμφωνα με έκθεση εμπειρογνομόνων που συνοψίζει τη συγχώνευση νοσοκομείων και κλινικών και τους μεταβαλλόμενους ρόλους συγκεκριμένων μονάδων υγείας.

Βασιζόμενος στην πρακτική της διεθνούς αναδιοργάνωσης των νοσοκομείων και βασιζόμενος εκτενώς στο μοντέλο [center-and-spoke], έχει δείξει τα χαρακτηριστικά της βελτιωμένης αποτελεσματικότητας και των σημαντικών οικονομικών οφελών στην πράξη.

Διαπρέπει στα νοσοκομεία που προσφέρουν πιο εντατική φροντίδα, υψηλότερες επενδύσεις σε πόρους και προηγμένη ιατρική τεχνολογία, και σε εκείνα που παρέχουν πιο περιορισμένες υπηρεσίες για την κάλυψη τωntonοπικών αναγκών.

Ταυτόχρονα, το μοντέλο αυτό συνέβαλε στην ανάπτυξη του παραμελημένου τομέα μετανοσοκομειακής περίθαλψης της χώρας μας, παρέχοντας τον απαραίτητο χώρο για τη δημιουργία δομών μακροχρόνιας φροντίδας/γηροκομείου, αποκατάστασης/αποκατάστασης, κατ' οίκον φροντίδας και παρηγορητικής φροντίδας.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να διασφαλίζεται ότι οι ασθενείς του πρώτου τύπου νοσοκομείου δεν έχουν κόσμο όταν η ροή των ασθενών στο νοσοκομείο δεύτερου τύπου δεν είναι συντονισμένη.

Πρόσφατα, όταν η χώρα αντιμετώπισε μια οικονομική κρίση, τέθηκε έντονη επείγουσα ανάγκη ανοικοδόμησης, επομένως η μεγαλύτερη πρόκλησή σήμερα είναι η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων.

Σήμερα, η εμπειρία της πανδημίας έφερε ξανά στο προσκήνιο τον βασικό τομέα της υγείας, αποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχουν περιθώρια για ολιγάρχεις και καθυστερήσεις, με τους επιστήμονες να κάνουν λόγο για άψυχο σύστημα.

Η διαρθρωτική αξιολόγηση και η χαρτογράφηση των τοπικών αναγκών είναι πλέον επιτακτική.

Για το λόγο αυτό, ο Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας Υγείας ΟΔΗΠΥ αποτελεί σημαντικό εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, καθώς παρέχει, εκτός από ποσοτικά δεδομένα, ποιοτικούς δείκτες και στοιχεία που συνθέτουν ένα περιφερειακό προφίλ ζήτησης.

Για παράδειγμα, μια σημαντική λεπτομέρεια είναι ο ανεπαρκής αριθμός νοσοκομειακού προσωπικού, καθώς και οι γνώσεις και οι δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή ασφαλών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στους πολίτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Συνδυάζοντας την παραπάνω ανάλυση, παρέχουμε μια εις βάθος μελέτη των θεσμικών και άλλων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας όσον αφορά τον επιχειρησιακό σχεδιασμό, τα ζητήματα και τις αλλαγές στους μηχανισμούς χρηματοδότησης και πληρωμής της υγείας, τις αλλαγές στις αγορές και τις δαπάνες φαρμάκων και την αναπροσαρμογή των σχέσεων δημόσιου- ιδιωτικού τομέα τα τελευταία χρόνια. Μέσω μηχανισμών ανταγωνισμού και

εταιρικής σχέσης, προσπαθούμε να αξιολογήσουμε κριτικά τις συνεχιζόμενες μεταρρυθμίσεις με βάση τα κριτήρια των ίσων ευκαιριών, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της βιωσιμότητας του συστήματος. Με βάση τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα, εξετάζουμε τον αντίκτυπο των κρίσεων και των μέτρων πολιτικής που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια στα αποτελέσματα της υγείας. Φυσικά, όπως αναφέραμε, αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να γίνουν πιο έντονες μακροπρόθεσμα. Η ανάλυσή μας δείχνει ότι, μέχρι στιγμής, τα

«κέρδη αποτελεσματικότητας» που έχουν επιτευχθεί με την αλλαγή πολλών παραμέτρων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της καθολικής πρόσβασης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η προσωποποιημένη ιατρική και η ιατρική ακριβείας είναι ήδη σε εφαρμογή μέσω καινοτόμων θεραπειών που στοχεύουν στη βελτίωση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Ο νέος γενιάς διαγνωστικός εξοπλισμός με τη χρήση αλγορίθμων τεχνική νοημοσύνης είναι το νέο όπλο στη θεραπευτική φαρέτρα των επιστημόνων υγείας. Τα επιτεύγματα της επιστήμης είναι εντυπωσιακά και η πολιτεία οφείλει να διασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτές τις καινοτόμες υπηρεσίες.

Το διακύβευμα στη μεταρρύθμιση της υγείας, ωστόσο, δεν θα πρέπει να είναι ο περιορισμός των δαπανών με οποιονδήποτε τρόπο, αλλά η από κοινού δημιουργία μέτρων για την αξιοποίηση των κερδών της αποτελεσματικότητας για τη βελτίωση της καθολικής πρόσβασης, της ισότητας και της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών. Η ανάλυσή μας δείχνει σταδιακή μείωση της δημόσιας προσφοράς (υπέρ του ιδιωτικού τομέα υγείας), ενώ η ποιότητα της δημόσιας προσφοράς υποχωρεί. Αν αυτό θα οδηγήσει αμετάκλητα σε υπολειμματική προστασία παραμένει ένα ανοιχτό ερώτημα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 47(3):320-33

Γούλα Β.Α. (2007). Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου. 2η έκδοση. Αθήνα, Παπαζήση.

Γώγος Χ. (2014). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού 10(1):10-2

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, «Συστήματα υγείας», Παπαζήσης, 2001 Κέφης Β. & Παπαζαχαρίου Π., «Το επιχειρηματικό όραμα σε Business Plan», Κριτική, 2009

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), Συστήματα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα.
Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, «Συστήματα υγείας», Παπαζήσης, 2001

Καϊτελίδου Δ. (2011). Στρατηγικός προγραμματισμός. Σημειώσεις - Διδακτική Ύλη Μεταπτυχιακού προγράμματος «ΔΜΥ», θεματικής ενότητας 50. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Καρασούλης Χ. (2014). Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού 13(1):5-19.

Κελέση-Σταυροπούλου Μ. & Σταυροπούλου Μ.(2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Το Βήμα του Ασκληπιού 9(3):280-307

Κέφης Β. & Παπαζαχαρίου Π., «Το επιχειρηματικό όραμα σε Business Plan», Κριτική, 2009

Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β. (2010). Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής ιατρικής 27(5):834-840.

Λιαρόπουλος Α. (2010). Τεχνολογία υγείας και ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Στο: Λιαρόπουλος Α. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Α΄ τόμος. Αθήνα Βήτα.

Μπογιατζίδης Π. (2016). Διοίκηση με στόχους- Διοίκηση έργων.

Διδακτικές σημειώσεις επιμορφωτικού προγράμματος «Εξ αποστάσεως εκπαίδευση προϊστάμενων τμημάτων». Θεσσαλονίκη. Ινστιτούτο επιμόρφωσης, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης.

Μπουραντάς Δ. (2002). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Στο: Μπουραντάς

Δ. Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές. 3η έκδοση Αθήνα. Μπένου.

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε. & Πατελάρου Ε.(2011). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία - προτάσεις για παρέμβαση. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης 4(3):53-61

Πιερράκος Γ. & Τομάρας Π. (2009). Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. Νοσηλευτική 48(1):104-113.

- Πολύζος Ν. (2005), Προγραμματισμός και Σχεδιασμός στις Υπηρεσίες Υγείας.
- Πολύζος Ν. & Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου Δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού συστήματος υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6):627-639.
- Πολυζώης Π. (2006). Ο Εθελοντισμός στην κοινωνική προστασία. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.
- Σίσκου Ο. (2010). Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Α΄ τόμος. Αθήνα Ιατρικό βήμα.
- Σούλης Σ. «Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική, Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας» Εκδόσεις Παπαζήση, 2015
- Σούλης Σ. Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Β΄ Έκδοση, 1999
- Σουλιώτης, Κ. (2019). Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα. Αθήνα: Παπαζήσης., Αθήνα
- Σουλιώτης, Κ., & Λιονής, Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση της διεξόδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), 466-476.
- Τούντας Γ. & Οικονόμου Ν. (2007). Αξιολόγηση Υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(1):7-21.
- Τούντας Γ. (2006). Ο Σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23(1):72-83.

Τσουνής Α. & Σαράφης Π. (2012). Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας 4(3):91-92

Υφαντόπουλος Γ. (2003), Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική, Τυπωθήτω

Μπογιατζίδης Π. [Investigation of the relationship between management techniques and job satisfaction of the medical and nursing staff in public hospitals](#) I Paschalidou, P Mprogiatzidis ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 35 (6), 778-783 [The impact of internal service quality and learning organization on clinical leaders' job satisfaction in hospital care services](#)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Backstrom I., Lagrosen Y. & Erikson L. (2014). Change of the quality management Culture through health-promotion activities? Total Quality Management & Business Excellence 25(11-12):1236-1246
2. Gibis B., Artiles J., Corabian P., Meiesaar K., Koppel A., Jacobs P., Serrano P. & Menon D. (2001). Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assessment program. Health policy 58(1):27-35
3. Harrison J. (2010). Strategic Planning and SWOT analysis. In: Harrison J. Essentials of Strategic Planning in Healthcare. Health Administration Press.

4. Kofi Obeng, Isaiah Ugboro, "Effective strategic planning in public transit systems", *Transportation Research Part E* 44, 2008
5. Lee D.H. (2012). Implementation of Quality Programs in Health Care Organizations. *Service Business* 6:387-404
6. LIAROPOULOS L, SISKOU O, KAITELIDOU D, THEODOROU M, KA
7. Mosadeghrad M.A. (2014).Essentials of total quality management: a meta analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(6):544-558
8. Sepetis, A. and E. Kada, (2009). "Environmental and sustainable accounting as a key indicator for the environmental efficiency of hospitals". acceptable International Conference, Xania GlobanNET
9. Shekelle PG., Morton S. & Keeler B. (2006). Costs and Benefits of health information Technology. *Evidence Report technologyAssessment* 132:1-71.
10. S.F. Lee, Andrew Sai On Ko, (2000) "Building balanced scorecard withSWOT analysis, and implementing "Sun Tzu's The Art of Business Management Strategies" 140 on QFD methodology", *Managerial Auditing Journal*, Vol. 15 Issue: 1/2, pp.68-76, doi: 10.1108/02686900010304669
11. Souliotis, K., & Kyriopoulos, J. (2003). The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(3), 129-34
12. Souliotis, K., & Lionis, C. (2004). Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective. *Journal of Medical Systems*, 28, 643-652

13. Suarez E., Calvo Mora A. & Roldan J. (2016). The Role of strategic planning in excellence management systems. *European Journal of Operational research* 248(2):532-542
14. Swayne LE., Duncan WJ. & Ginter PM. (2006). *Strategic Management of health care organizations*. Blackwell: Oxford
15. Tountas, Y., Stefannson, H., & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(4), 283-304.
16. Tountas, Y., Stefannson, H., & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(4), 283-304.
17. TOSTARAS T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008, 87:72–81
18. Van Wijngaarden J., Scholten G. & Van wijk K. (2012). Strategic analysis for health care organizations: the suitability of SWOT analysis. *The international journal of Health planning and management* 22(1):34-4
19. Yfantopoulos, P., & Yfantopoulos, J. (2015). The Greek Tragedy in the Health Sector: Social and Health Implications *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 84:03, 165–182.

ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΠΟΡΟΙ

- Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας [COM(2014) 215 final].

<https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/doc/s/com2014_215_final_el.pdf> ·

- Κοινή έκθεση σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τα συστήματα μακροχρόνιας περίθαλψης και τη δημοσιονομική βιωσιμότητα — Ευρωπαϊκή Οικονομία, Institutional paper 37, Οκτώβριος 2016, ΓΔ Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων, και Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής

. *ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ*
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2020

Συντονιστής Γιάννης Τούντας Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ερευνητική Ομάδα Γιάννης Κυριόπουλος Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Χρήστος Λιονής Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Μιλτιάδης Νεκτάριος Καθηγητής Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κυριάκος Σουλιώτης Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Γιάννης Υφαντόπουλος Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, ΕΚΠΑ

Τάσος Φιλαλήθης Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής – Προγραμματισμού Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en · State of Health in the

EU: Country health profiles

https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en ·

-Health at a Glance: Europe 2016 — State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris https://ec.europa.eu/health/state/glance_en ·

Θεματικό ενημερωτικό δελτίο για το Ευρωπαϊκό Εξάμηνο σχετικά με τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών · WHO Health for All Database · Βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ για την υγεία · Εργαλείο δεδομένων ECHI της Ευρωπαϊκής Επιτροπής https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en

- Γνώμη της ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, «Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects»

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf · Γνώμη της ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με

αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, «Access to health services in the European Union»

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_services_en.pdf · *health services_en.pdf* ·

- Γνώμη της ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, «Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems»

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definition_primarycare_en.pdf ·

- Έκθεση της ομάδας εμπειρογνομόνων της ΕΕ σχετικά με την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας, «So What? Strategies across Europe to assess quality of care»

<https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf> ·

- Έκθεση της ομάδας εμπειρογνομόνων της ΕΕ σχετικά με την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας, «Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe»

<https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf> ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO OPERATION AND DEVELOPMENT

MENT. Electronic health data base. Paris, 200

ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ

- 1) Ανακοίνωση της Επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας [COM(2014) 215 final].
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/doc/com2014_215_final_el.pdf
- 2) Κοινή έκθεση σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τα συστήματα μακροχρόνιας περίθαλψης και τη δημοσιονομική βιωσιμότητα — Ευρωπαϊκή Οικονομία, Institutional paper 37, Οκτώβριος 2016, ΓΔ Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων, και Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- 3) State of Health in the EU: Country health profiles
https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en
- 4) Health at a Glance: Europe 2016 — State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris https://ec.europa.eu/health/state/glance_en
- 5) Θεματικό ενημερωτικό δελτίο για το Ευρωπαϊκό Εξάμηνο σχετικά με τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών · WHO Health for All Database
- 6) Βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ για την υγεία
- 7) Εργαλείο δεδομένων ECHI της Ευρωπαϊκής Επιτροπής
https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en
- 8) Γνώμη της ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, «Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects»

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreformseffects_en.pdf

9) Γνώμη της ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, «Access to health services in the European Union»
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf

10) Γνώμη της ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, «Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems»
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definition_primarycare_en.pdf

11) Έκθεση της ομάδας εμπειρογνομόνων της ΕΕ σχετικά με την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας, «So What? Strategies across Europe to assess quality of care»
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/doc/sowhat_en.pdf

12) Έκθεση της ομάδας εμπειρογνομόνων της ΕΕ σχετικά με την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας, «Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe»
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/doc/2017_blocks_en_0.pdf

13) (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Επιπρόσθετα σύμφωνα με τους Καραϊσκού, Μαλλιάρου και Σαράφη «Οικονομική κρίση: Επίδραση στην

υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας, 2012» Η εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδιασμού στις περιφερειακές δομές του ΕΣΥ και στις μονάδες του, αποτελεί πρωτοποριακό βήμα θετικής εξέλιξης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες, η Ελλάδα παρουσίασε χρονική υστέρηση στην εφαρμογή ενός τέτοιου σχεδίου, με αποτέλεσμα τη διαίονιση των δυσλειτουργιών στη διοίκηση και οργάνωση στον χώρο της Υγείας.

Η έλλειψη εργαλείων ορθολογικού management, η συνεχώς αυξανόμενη γραφειοκρατία, η ανάγκη για αποκέντρωση εξουσιών και η μειωμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, οδήγησε το Σύστημα Υγείας στην ανάγκη να διαμορφώσει προγράμματα εκσυγχρονισμού της λειτουργίας και οργάνωσης του, διοικητικής αναδιάρθρωσης, οικονομικής εξυγίανσης και απόδοσης, διασφάλισης της ποιότητας και μέτρησης των αποτελεσμάτων.

Η επέμβαση στους παραπάνω τομείς καθιερώνει το επιχειρησιακό σχέδιο μιας μονάδας υγείας, το οποίο θέτει σαφή καθορισμό των προτεραιοτήτων και των στρατηγικών και τακτικών στόχων, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των λειτουργικών δυνατοτήτων του Οργανισμού. Βάσει αυτού του επιχειρησιακού σχεδίου αξιολογείται η απόδοση του Οργανισμού και κατ' επέκταση η διοίκηση του.

Η εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδιασμού στις περιφερειακές δομές του ΕΣΥ και στις μονάδες του, αποτελεί πρωτοποριακό βήμα θετικής εξέλιξης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες, η Ελλάδα παρουσίασε χρονική υστέρηση στην εφαρμογή ενός τέτοιου σχεδίου, με αποτέλεσμα τη διαίονιση των δυσλειτουργιών στη διοίκηση και οργάνωση στον χώρο της Υγείας.

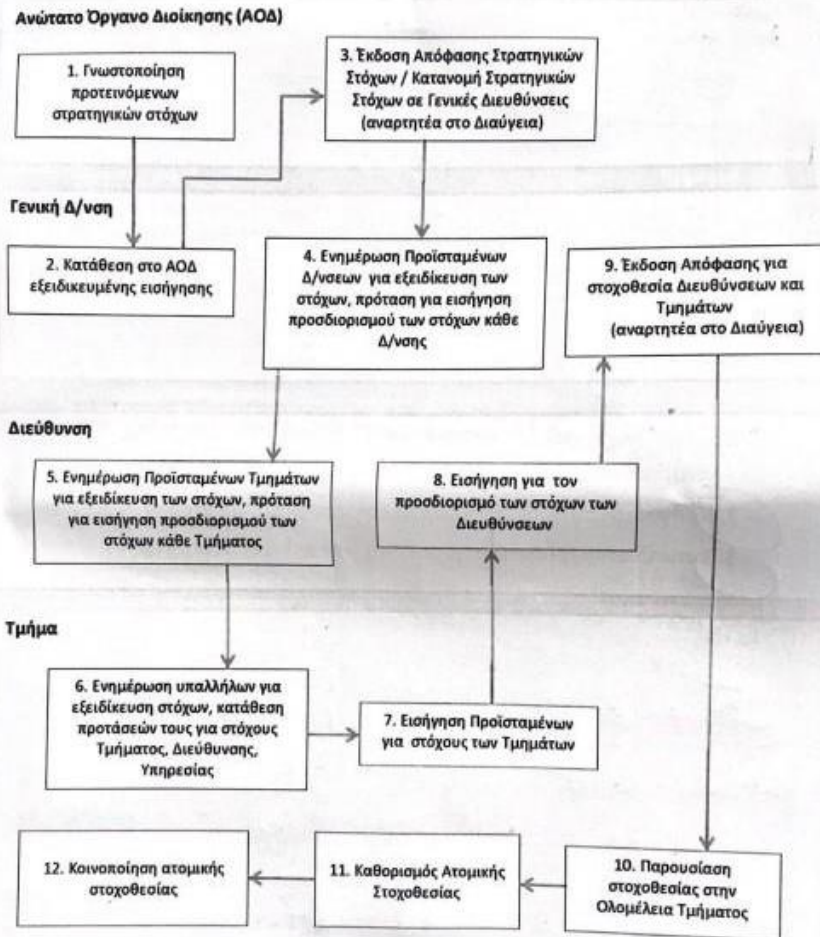
Η έλλειψη εργαλείων ορθολογικού management, η συνεχώς αυξανόμενη γραφειοκρατία, η ανάγκη για αποκέντρωση εξουσιών και η μειωμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, οδήγησε το Σύστημα Υγείας στην ανάγκη να διαμορφώσει προγράμματα εκσυγχρονισμού της λειτουργίας και οργάνωσης του, διοικητικής αναδιάρθρωσης, οικονομικής εξυγίανσης και απόδοσης, διασφάλισης της ποιότητας και μέτρησης των αποτελεσμάτων.

Η επέμβαση στους παραπάνω τομείς καθιερώνει το επιχειρησιακό σχέδιο μιας μονάδας υγείας, το οποίο θέτει σαφή καθορισμό των προτεραιοτήτων και των στρατηγικών και τακτικών στόχων, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των λειτουργικών δυνατοτήτων του Οργανισμού. Βάσει αυτού του επιχειρησιακού σχεδίου αξιολογείται η απόδοση του Οργανισμού και κατ' επέκταση η διοίκηση του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Διάγραμμα ροής: Διαδικασίες για την απόφαση στοχοθεσίας από το Ανώτατο Όργανο Διοίκησης



Χρονοδιάγραμμα καθορισμού ετήσιας στοχοθεσίας					
Α/Α	Ενέργειες	Υλοποίηση	Χρονικός Προγραμματισμός		
			Οκτώβριος	Νοέμβριος	Δεκέμβριος
1	Γνωστοποίηση προτεινόμενων στρατηγικών στόχων επόμενου έτους	Ανώτατο Όργανο Διοίκησης			
2	Κατάθεση στο Ανώτατο Όργανο Διοίκησης (ΑΟΔ) εξειδικευμένης εισήγησης	Γενικοί Δ/ντές			
3	Απόφαση για τους στρατηγικούς στόχους με βάση τις εισηγήσεις (Απόφαση ΑΟΔ)	ΑΟΔ, Γενικοί Δ/ντές			
4	Γνωστοποίηση σε κάθε Γεν. Διεύθυνση των στρατηγικών στόχων της για το επόμενο έτος	ΑΟΔ			
5	Κοινοποίηση απόφασης ηλεκτρονικά σε όλους τους υπαλλήλους	ΑΟΔ			
6	Παρουσίαση σε ολομέλεια των Διευθύνσεων ανά Γενική Διεύθυνση	Ολομέλεια, Πρόεδρος το ΑΟΔ			
7	Αρχική εξειδίκευση ανά οικεία Διεύθυνση των στόχων που έχουν τεθεί στην Γενική τους Διεύθυνση	Γενικοί Δ/ντές			
8	Σχετική ενημέρωση των Προϊσταμένων Διευθύνσεων	Γενικοί Δ/ντές			
9	Εισήγηση προσδιορισμού των στόχων κάθε Διεύθυνσης	Προϊστάμενοι Δ/νσης			
10	Εισήγηση προσδιορισμού των στόχων κάθε Τμήματος	Προϊστάμενοι Τμήματος			
11	Υποβολή προτάσεων σχετικά με την στοχοθεσία του Τμήματος, της Διεύθυνσης και συνολικά της Υπηρεσίας.	Υπάλληλοι Τμήματος			
12	Βάσει των εισηγήσεων των Προϊσταμένων εκδίδεται από κάθε Γενικό Διευθυντή απόφαση για τους στόχους κάθε Διεύθυνσης (Απόφαση Γενικών Διευθυντών)	Γενικοί Δ/ντές			
13	Παρουσίαση στην Ολομέλεια των υπαλλήλων του Τμήματος, πρόταση ατομικών στόχων κάθε υπαλλήλου, συζήτηση σχετικά με την ευρύτερη στοχοθεσία της υπηρεσίας και τους τρόπους βελτίωσης της λειτουργίας της.	Προϊστάμενος Τμήματος			
14	Συνέντευξη με κάθε υπάλληλο, καθορισμός ατομικής στοχοθεσίας του. Καθορισμός ειδικότερης συμβολής του στην επίτευξη των στόχων του Τμήματος, με ατομικούς στόχους, οι οποίοι αναλύονται σε συγκεκριμένες ενέργειες, χρονικά προσδιορισμένες όπου είναι δυνατόν	Προϊστάμενος Τμήματος, Υπάλληλοι			
15	Εγγραφή κοινοποίηση από τον Προϊστάμενο Τμήματος σε κάθε υπάλληλο των ετήσιων ατομικών στόχων του	Προϊστάμενος Τμήματος			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΕΝΤΥΠΟ 1			
ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ ¹			
Φορέας ² :			
Κωδικός Αριθμός Στόχου ³	Στρατηγικοί Στόχοι ⁴	Φορέας/εις Υλοποίησης ⁵	Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης ⁶

¹ Καθορισμός στρατηγικής στοχοθεσίας του Φορέα.

² Ονομασία του Φορέα που καθορίζεται η στοχοθεσία.

³ Αποδίδεται κωδικός αριθμός που δείχνει την ιεραρχική διαβάθμιση και την υπηρεσιακή θέση του κάθε στόχου στο σύνολο της στοχοθεσίας με στόχο τη βελτίωση της αποτύπωσης της διαστύξεσής τους. Σε κάθε κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο κάθε στόχος αναλύεται στον αμέσως μεγαλύτερης ανάλυσης κωδικό, προκειμένου να αποτυπώνεται συνολικά η διαδρομή υλοποίησης της στοχοθεσίας εντός της οργάνωσης, πχ στο παρόν ιεραρχικό επίπεδο σε κάθε στόχο αντιστοιχεί ένας κωδικός της μορφής 1, 2, 3, ...

⁴ Αναγράφονται οι Στρατηγικοί Στόχοι του Φορέα, όπως αυτοί έχουν προκύψει από το Στρατηγικό Προγραμματισμό.

⁵ Αναφέρονται οι Γενικές Διευθύνσεις ή άλλες υπηρεσιακές μονάδες που θα υλοποιήσουν τους Στρατηγικούς Στόχους καθώς και τυχόν άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες ή φορείς εκτός του Υπουργείου.

⁶ Αναφέρεται ο εκτιμώμενος χρονικός ορίζοντας υλοποίησης του στόχου σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο.

⁷ Καθορισμός στοχοθεσίας σε επίπεδο Γενικής Διεύθυνσης.

⁸ Ονομασία της Γενικής Διεύθυνσης που καθορίζεται η στοχοθεσία.

⁹ Αποδίδεται κωδικός αριθμός που δείχνει την ιεραρχική διαβάθμιση και την υπηρεσιακή θέση του κάθε στόχου στο σύνολο της στοχοθεσίας του φορέα. Σε κάθε κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο κάθε στόχος αναλύεται στον αμέσως μεγαλύτερης ανάλυσης κωδικό, προκειμένου να αποτυπώνεται συνολικά η διαδρομή υλοποίησης της στοχοθεσίας εντός της οργάνωσης, πχ στο παρόν ιεραρχικό επίπεδο σε κάθε στόχο αντιστοιχούν δευτεροβάθμιοι κωδικοί της μορφής 1.1, 2.1, 3.1, ..., για τους στρατηγικούς στόχους με κωδικούς 1,2,3, ..., αντίστοιχα, που συμπληρώθηκαν στο έντυπο του προηγούμενου επιπέδου.

ΕΝΤΥΠΟ 2				
ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ ⁷				
Γενική Διεύθυνση: ⁴				
Κωδικός Αριθμός Στόχου ⁹	Στόχοι ¹⁰	Φορέας/είς Υλοποίησης ¹¹	Χρονοδιάγραμμα ¹²	Ποσοτικός Προσδιορισμός Στόχου ¹³

¹⁰ Αναγράφονται οι Επιχειρησιακοί Στόχοι του Φορέα.

¹¹ Αναφέρονται οι Διευθύνσεις ή οι υπηρεσιακές μονάδες που θα υλοποιήσουν τους Επιχειρησιακούς Στόχους καθώς και τυχόν άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες ή φορείς εκτός του Υπουργείου.

¹² Αναφέρεται ο εκτιμώμενος χρονικός ορίζοντας υλοποίησης του στόχου σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο.

¹³ Αναγράφεται ποσοτικοποιημένο το επιδιωκόμενο επίπεδο υλοποίησης της στοχοθεσίας.

ΑΔΑ: 9ΦΞ3465ΧΘΨ-ΤΒΔ

ΕΝΤΥΠΟ 3				
ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ ¹				
Διεύθυνση: ²				
Κωδικός Αριθμός Στόχου ³	Στόχοι ⁴	Φορέας/είς Υλοποίησης ⁵	Χρονοδιάγραμμα ⁶	Ποσοτικός Προσδιορισμός Στόχου ⁷

¹ Καθορισμός στοχοθεσίας σε επίπεδο Διεύθυνσης.

² Ονομασία της Διεύθυνσης που καθορίζεται η στοχοθεσία.

³ Αποδίδεται κωδικός αριθμός που δείχνει την ιεραρχική διαβάθμιση και την υπηρεσιακή θέση του κάθε στόχου στο σύνολο της στοχοθεσίας. Σε κάθε κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο κάθε στόχος αναλύεται στον αμέσως μεγαλύτερης ανάλυσης κωδικό, προκειμένου να αποτυπώνεται συνολικά η διαδρομή υλοποίησης της στοχοθεσίας εντός της οργάνωσης, πχ στο παρόν ιεραρχικό επίπεδο σε κάθε στόχο αντιστοιχούν τριτοβάθμιοι κωδικοί της μορφής 1.1.1, 2.1.1, 3.1.1, ... , για τους Επιχειρησιακούς Στόχους με κωδικούς 1.1, 2.1, 3.1, ..., αντίστοιχα, που συμπληρώθηκαν στο έντυπο του προηγούμενου επιπέδου.

⁴ Αναγράφονται οι στόχοι του Φορέα που αντιστοιχούν σε αυτό ιεραρχικό επίπεδο.

⁵ Αναφέρονται τα Τμήματα ή οι υπηρεσιακές μονάδες που θα υλοποιήσουν τους Στόχους σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο καθώς και τυχόν άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες εντός ή εκτός του Φορέα.

⁶ Αναφέρεται ο εκτιμώμενος χρονικός ορίζοντας υλοποίησης του στόχου σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο.

⁷ Αναγράφεται ποσοτικοποιημένο το επιδιωκόμενο επίπεδο υλοποίησης της στοχοθεσίας.

ΕΝΤΥΠΟ 4							
ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΕΡΑΡΧΙΑΣ ¹							
Τμήμα ² :							
Κωδικός Αριθμός Στόχου ³	Στόχος ⁴	Ενέργειες ⁵	Υλοποίηση (Όνομα/νο Υπαλλήλου) ⁶	Συμβολή στο στόχο (%)	Άλλοι Εμπλεκόμενοι Φορείς ⁷	Χρονοδιάγραμμα ⁸	Ποσοτικός Προσδιορισμός Στόχου ⁹

¹ Καθορισμός στοχοθεσίας σε επίπεδο Τμήματος. Για κάθε ένα στόχο σε επίπεδο Τμήματος χρησιμοποιείται ξεχωριστό Έντυπο.

² Ονομασία του Τμήματος που καθορίζεται η στοχοθεσία.

³ Αποδίδεται κωδικός αριθμός που δείχνει την ιεραρχική διαβάθμιση και την υπηρεσιακή θέση του κάθε στόχου στο σύνολο της στοχοθεσίας. Σε κάθε κατώτερο ιεραρχικό επίπεδο κάθε στόχος αναλύεται στον αμέσως μεγαλύτερη ανάλυσης κωδικό, προκειμένου να αποτυπώνεται συνολικά η διαδρομή υλοποίησης της στοχοθεσίας εντός της οργάνωσης, πχ στο παρόν ιεραρχικό επίπεδο σε κάθε στόχο αντιστοιχούν κωδικοί της μορφής 1.1.1.1, 2.1.1.1, 3.1.1.1, ..., για τους στόχους 1.1.1, 2.1.1, 3.1.1, ..., αντίστοιχα, που συμπληρώθηκαν στο έντυπο του προηγούμενου επιπέδου.

⁴ Αναγράφονται οι στόχοι του Φορέα που αντιστοιχούν σε αυτό ιεραρχικό επίπεδο.

⁵ Αναφέρονται οι ενέργειες με τις οποίες θα υλοποιηθούν οι Στόχοι σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο.

⁶ Αναφέρεται ο-η/οι υπάλληλος/οι που θα υλοποιήσουν τους Στόχους σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο καθώς και τυχόν υπάλληλοι από άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες ή φορείς εκτός του Υπουργείου.

⁷ Αναφέρονται άλλοι εμπλεκόμενοι φορείς εκτός Υπουργείου που συμμετέχουν στην υλοποίηση της στοχοθεσίας.

⁸ Αναφέρεται ο εκτιμώμενος χρονικός ορίζοντας υλοποίησης του στόχου σε αυτό το ιεραρχικό επίπεδο.

⁹ Αναγράφεται ποσοτικοποιημένο το επιδιωκόμενο επίπεδο υλοποίησης της στοχοθεσίας.