

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

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ -
ΑΞΟΝΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ**

Συγγραφέας
Κωνσταντινίδου Αναστασία – Στέλλα

ΑΜ: 21070

Επιβλέπων
Πιερράκος Γεώργιος

Αθήνα, Μάρτιος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title

**OPERATIONAL PLANNING OF THE HEALTH SYSTEM-AXES
OF REFORM**

**Student name and surname:
Konstantinidou Anastasia-Stella**

Registration Number: 21070

Supervisor name and surname:

Pierrakos Georgios

Athens, March 2023

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

Τίτλος εργασίας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	Καθηγητής	
2	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κωνσταντινίδου Αναστασία -Στέλλα του Χρυσοστόμου, με αριθμό μητρώου 21070 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Κωνσταντινίδου Αναστασία-Στέλλα

Στα παιδιά μου Φώτη και Μάκη «Με την ευχή να πραγματοποιηθεί κάθε τους όνειρο»

Στους γονείς μου, γιατί τους οφείλω τα πάντα.

Ιδιαίτερες ευχαριστήριες στον καθηγητή μου κύριο Πιερράκο Γεώργιο που μου έδωσε την ευκαιρία να ολοκληρώσω την παρούσα εργασία.

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με το ζήτημα του επιχειρησιακού σχεδιασμού συστήματος υγείας και τους άξονες μεταρρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα ολοκληρώθηκε μέσα από επτά κεφάλαια. Αρχικά έγινε καταγραφή του θεωρητικού πλαισίου μέσα από στοιχεία για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στο κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Λόγος έγινε για τους διοικητικούς τομείς, την ιεραρχική αποσύνθεση, το πλαίσιο προγραμματισμού και ελέγχου της υγειονομικής περίθαλψης όπως και του περιβάλλοντος του πλαισίου. Έπειτα έγινε αναφορά στην ανάλυση Αμερικής-Ελλάδας-Ευρώπης. Γενικότερα καταγράφηκαν πληροφορίες για την ευρωπαϊκή και διεθνή αγορά των συστημάτων υγείας πρωτίστως στις ΗΠΑ, και την Ευρωπαϊκή Ένωση ενώ δεν παραλήφθηκε η απόκριση για τον covid-19. Βαρύτητα δόθηκε στην ανάλυση του κλάδου υγείας στην Ελλάδα, στον επιχειρησιακό σχεδιασμό και τις σχετικές μεταρρυθμίσεις PEST ANALYSIS αλλά και την αξιολόγηση λειτουργίας νοσοκομείου κάνοντας ανάλυση S.W.O.T. Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση σχεδιασμού της στρατηγικής στο πεδίο της Υγείας μέσω του ΕΣΠΑ 2014-2020. Επίσης καταγράφηκαν στοιχεία για τη στρατηγική αναβάθμιση της δημόσιας υγείας, για τις δράσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και τις στρατηγικές για τη ψυχική υγεία. Έγινε απολογισμός έργου μεταξύ 2019-2020 και αναφέρθηκαν στοιχεία για την αντιμετώπιση της πανδημίας αλλά και τις δράσεις που έγιναν στον τομέα της δημόσιας υγείας. Τέλος, αναφορά έγινε για την εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας μεταξύ 2021-2025. Συμπερασματικά η μελέτη κατέληξε στο ότι η σημασία της Δημόσιας Υγείας στο κοινωνικό σύνολο συνέβαλε στην προετοιμασία της. Τονίστηκε επίσης ο τομέας της δημόσιας υγείας, καθώς και η ανάγκη εργασίας πέρα από τα παραδοσιακά όρια του τομέα υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Τομέας υγείας, πανδημία, στρατηγική, αναβάθμιση, πεδίο υγείας, συστήματα υγείας.

ABSTRACT

The present study dealt with the issue of operational health system planning and reform axes. More specifically, it was completed through seven chapters. Initially, the theoretical framework was recorded through elements of planning and control in the health care industry. Administrative sectors, hierarchical decomposition, the health care planning and control framework as well as the framework environment were discussed. Then a reference was made to the America-Greece-Europe analysis. More generally, information was recorded on the European and international health systems market, primarily in the USA, and the European Union, while no response was received regarding covid-19. Emphasis was given to the analysis of the health sector in Greece, to business planning and the relevant PEST ANALYSIS reforms, but also to the evaluation of hospital operations by performing a S.W.O.T. analysis. Then, a planning analysis was made of the strategy in the field of Health through the NSRF 2014-2020. Data were also recorded on the strategic upgrading of public health, on primary health care actions, and on mental health strategies. A project report was made between 2019-2020 and data was reported on the response to the pandemic as well as the actions taken in the field of public health. Finally, reference was made to the national public health strategy between 2021-2025. In conclusion the study concluded that the importance of Public Health in society as a whole contributed to its preparation. The public health sector was also highlighted, as well as the need to work beyond the traditional boundaries of the health sector.

KEYWORDS: Health sector, pandemic, strategy, upgrade, health sector, health systems.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1^ο	1
Κεφάλαιο 2^ο Θεωρητικό πλαίσιο	2
2.1 Εισαγωγή	2
2.2 Βιβλιογραφία για Πλαίσια Προγραμματισμού και Ελέγχου	5
2.3 Πλαίσιο για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο της υγειονομικής περιθαλψης	7
2.3.1 Διοικητικοί τομείς	8
2.3.2 Ιεραρχική αποσύνθεση	10
2.3.3 Πλαίσιο προγραμματισμού και ελέγχου της υγειονομικής περιθαλψης	12
2.3.4 Περιβάλλον του πλαισίου	13
2.4 Εφαρμογή του πλαισίου	14
2.4.1 Εντοπισμός διοικητικών ελλείψεων	14
Κεφάλαιο 3^ο Ανάλυσης Αμερικής-Ελλάδας-Ευρώπης	24
3.1 Ευρωπαϊκή και διεθνής αγορά των συστημάτων υγείας	24
3.2 Υγειονομική περίθαλψη στις Η.Π.Α	28
3.2.1 Ιδιωτική ασφάλιση	28
3.2.2 Ομοσπονδιακή ασφάλιση	29
3.2.3 Δημόσια χρηματοδότηση ασφάλισης	29
3.3 Απόκριση COVID-19	31
3.4 Υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση	34
3.5 Απόκριση COVID-19	36
3.6 Η ανάλυση του κλάδου της υγείας στην Ελλάδα	37
3.6.1 Προβλήματα του Δημόσιου Τομέα Υγείας	37
3.6.2 Βασικές Ιδιαιτερότητες των Οργανισμών Υγείας	38
3.6.3 Δημόσια Νοσοκομεία - Προβλήματα & Προκλήσεις	38
3.6.4 Σύγχρονες Τάσεις Διοίκησης των Νοσοκομείων	39
3.6.5 Νομοθετικό Πλαίσιο & Διαδικασία Σχεδιασμού Δημόσιων Νοσοκομείων	40
3.6.6 Ο κοινωνικός σκοπός και το περιβάλλον δράσης των Νοσοκομείων	40
3.7 Επιχειρησιακός σχεδιασμός και σχετικές μεταρρυθμίσεις PEST ANALYSIS	41
3.7.1 Γεωγραφική Ανάλυση - Προσπελασιμότητα - Οδικά Δίκτυα.	47
3.7.2 Δημογραφικές εξελίξεις	47
3.7.3 Εξελίξεις Κοινωνικοοικονομικού Επιπέδου Πληθυσμού	47
3.7.4 Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας	47
3.7.5 Θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο - Κυβερνητική πολιτική - Περιφερειακή Πολιτική - Ευρωπαϊκή Πολιτική	48
3.7.6 Οικονομικό Περιβάλλον	48
3.7.7 Αγορά Εργασίας για Επαγγέλματα Υγείας	48
3.7.8 Τεχνολογικές Εξελίξεις	49
3.7.9 Οικολογικές Περιβαλλοντολογικές διαστάσεις	49
3.8 Αξιολόγηση Λειτουργίας Νοσοκομείου – Ανάλυση S.W.O.T.	49
Κεφάλαιο 4^ο : Ο σχεδιασμός της στρατηγικής στο πεδίο της Υγείας μέσω του ΕΣΠΑ 2014-2020	51
4.1.Στρατηγική αναβάθμισης της Δημόσιας Υγείας	51
4.1.1.Στόχοι του σχεδίου δράσης για την Υγεία	51
4.1.2.Καθολική πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα (Αξονας 1)	51
4.1.3. Διαφανής λειτουργία και διακυβέρνηση υγείας μέσω του εκσυγχρονισμού της δημόσιας διοίκησης (Αξονας 2)	52

4.1.4. Εξορθολογισμός χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (Άξονας 3)	53
4.2. Οι Δράσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	54
4.2.1. Οι στρεβλώσεις Του Συστήματος Υγείας	54
4.2.2. Υπέρμετρος αριθμός συγκεκριμένων ειδικοτήτων και έλλειψη γενικών ιατρών	55
4.2.3. Επένδυση στην ΠΦΥ	55
4.2.4. Τοπική Μονάδα Υγείας	56
4.2.4.1. Πρόσθετες Υπηρεσίες	56
4.2.5. Τομεοποιημένος σχεδιασμός	56
4.3. Στρατηγικές για την Ψυχική Υγεία	57
4.3.1. Αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	57
4.3.2.1. Αναμόρφωση των μονάδων	57
4.3.2.2. Συμμετοχή του Ιδιωτικού Τομέα	58
4.3.2.3. Ενσωμάτωση ΛΥΨΥ στην Εργασία – Απασχόληση	58
4.3.2.4. Νομοθετική μεταρρύθμιση για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών	58
4.3.2.5. Δημιουργία δομών ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους	59
4.4.1. Δράσεις για την Προαγωγή της Υγείας	59
4.4. Η πολιτική για τις Εξαρτήσεις	60
4.5. Ολοκλήρωση της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης του τομέα Υγείας	60
4.6. Περιφερειακή και Διασυνοριακή Πολιτική για την υγεία	61
4.7. Δείκτες Πολιτικής Υγείας που συνδέονται με το πρόγραμμα ΕΣΠΑ 2014-2020	62
Κεφάλαιο 5^ο Εξειδίκευση της Στρατηγικής	65
5.1. Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020	65
Κεφάλαιο 6^ο Απολογισμός Έργων 2019 – 2020	67
6.1 Γενική Γραμματεία Δημόσια Διοίκησης και Νομοθετικό Πλαίσιο	67
6.2 Αντιμετώπιση της Πανδημίας COVID-19	68
6.3 Δράσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας	72
6.3.1 Αντιμετώπιση του Καπνίσματος	72
6.3.2 Υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών σε θέματα διατροφής	73
6.3.3 Αντιμετώπιση βλαπτικών συνέπειων από κατανάλωση αλκοόλ	75
6.3.4 Πρόληψη Μειζόνων Παραγόντων	77
6.3.5 Προστασία από μεταδοτικά νοσήματα	78
6.3.6 Υγειονομική Διαχείριση Περιβάλλοντος	80
6.3.7 Ενέργειες για τον έλεγχο των εξαρτήσεων	82
6.3.8 Έλεγχος υγείας προσφύγων και μεταναστών	83
6.3.9 Οργανωτικές παρεμβάσεις	84
Κεφάλαιο 7^ο Η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας 2021-2025	86
7.1 Το όραμα, η αποστολή, οι στόχοι της Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας .	86
7.2 Οι Στόχοι και οι άξονες προτεραιότητας της Στρατηγικής	87
7.2.1 Το Πενταετές Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021 – 2025	89
7.2.1.1 Οι Βασικές Αξίες του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού του Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025	89
7.2 Το Λογικό Πλαίσιο του Σχεδιασμού (logical framework)	89
7.3 Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» 2021-2025	89
7.3.1 Εισαγωγή	89
7.3.2 Το περιεχόμενο του Προγράμματος Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης»	90
7.3.3 Επιχειρησιακοί Στόχοι ανά Στρατηγικό Στόχο	91
7.3.4 Επιχειρησιακοί Δείκτες Εκροών και Αποτελέσματος	92
7.3.4.1 Στρατηγικός Στόχος 1: Πρωτογενής Πρόληψη	92
7.3.5 Στρατηγικός Στόχος 2 - Δευτερογενής Πρόληψη	93

7.3.5.1 Στρατηγικός Στόχος 3: Τριτογενής πρόληψη - Παρεμβάσεις_____	94
7.3.6 Στρατηγικός Στόχος 4 _____	94
7.3.7 Ανάλυση των προβλεπόμενων Παρεμβάσεων και Δράσεων Ανά Στρατηγικό Στόχο_____	96
7.3.7.1 Στρατηγικός Στόχος 1: Πρωτογενής Πρόληψη_____	96
7.3.8 Στρατηγικός Στόχος 2 - Δευτερογενής Πρόληψη -Παρεμβάσεις Πρώιμης ανίχνευση υπάρχουσας αλλά όχι κλινικά ορατής νόσου _____	100
7.3.9 Στρατηγικός Στόχος 3: Τριτογενής πρόληψης _____	101
7.3.9.1 Στρατηγικός Στόχος 4: Λειτουργικός εκσυγχρονισμός συστήματος Δημόσιας Υγείας	102
Επίλογος _____	105
Βιβλιογραφία _____	106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη ασχολείται με το ζήτημα του επιχειρησιακού σχεδιασμού συστήματος υγείας και τους άξονες μεταρρύθμισης και θα ολοκληρωθεί μέσα από επτά κεφάλαια. Στο δεύτερο θα γίνει αναφορά στο θεωρητικό πλαίσιο για τα πλαίσια προγραμματισμού και ελέγχου αλλά και για τον έλεγχο στο κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά την ανάλυση Αμερικής, Ελλάδας και Ευρώπης σχετικά με τη διεθνή αγορά των υγειονομικών συστημάτων και σε σχέση με την πανδημία. Στη συνέχεια το τέταρτο κεφάλαιο θα αναπτύξει το σχεδιασμό της στρατηγικής στο πεδίο υγείας μέσω των ΕΣΠΑ 2014-2020. Θα δοθεί βαρύτητα στη στρατηγική αναβάθμισης της δημόσιας υγείας ενώ θα αναφερθούν και οι δράσεις για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ δεν θα παραληφθούν και οι στρατηγικές για την ψυχική υγεία. Το πέμπτο κεφάλαιο θα αφορά την εξειδίκευση στρατηγικής και της χρηματοδότησης της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020. Στη συνέχεια στο έκτο κεφάλαιο θα αναφερθεί ο απολογισμός έργου 2019-2020 με ιδιαίτερη βαρύτητα στην αντιμετώπιση της πανδημίας και στις δράσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Το έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο αφορά την εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας 2021-2025 με ιδιαίτερη αναφορά στο όραμα την αποστολή τους στόχους της στρατηγικής δημόσιας υγείας. Αναφορά ιδιαίτερος θα γίνει στους στόχους και τους άξονες προτεραιότητας τη στρατηγικής. Τέλος η εργασία θα κλείσει με τον επίλογο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Εισαγωγή

Ο προγραμματισμός και ο έλεγχος στην υγειονομική περίθαλψη έχουν λάβει αυξημένη προσοχή τα τελευταία δέκα έτη, τόσο στην πράξη όσο και στη βιβλιογραφία λόγω της αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και των αυξανόμενων δαπανών. Ως αποτέλεσμα, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης προσπαθούν να αναδιοργανώσουν τις διαδικασίες για αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι το ενδιαφέρον της ερευνητικής κοινότητας της Επιχειρησιακής Έρευνας/Διοικητικής Επιστήμης (OR/MS) για τις εφαρμογές υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται ραγδαία (Marshall κ.ά., 2015).

Μάλιστα, η συμμετοχή στο συνέδριο της Ομάδας Εργασίας EURO για την Επιχειρησιακή Έρευνα που εφαρμόζεται στις Υπηρεσίες Υγείας έχει αυξηθεί από περίπου 50 το 2002 σε 150 το 2009 και περιλαμβάνει αυξανόμενο αριθμό χωρών. Στο πλαίσιο αυτών των ερευνητικών προσπαθειών, ο προγραμματισμός και ο έλεγχος είναι ένας βασικός τομέας εστίασης – το αντικείμενο με πάνω από το 35% των δημοσιεύσεων ORAHS. Η INFORMS διοργάνωσε πρόσφατα το πρώτο συνέδριο για την υγειονομική περίθαλψη, παρουσιάζοντας πάνω από 400 περιλήψεις σε μια ποικιλία θεμάτων Επιχειρησιακής Έρευνας στην υγειονομική περίθαλψη (Yang, 2017).

Ο προγραμματισμός και ο έλεγχος έχουν πλούσια παράδοση στον κλάδο της μεταποίησης και παραγωγής. Οι Jacobs κ.ά. (2018) αναφέρουν ότι «ο προγραμματισμός και ο έλεγχος στην παραγωγή αφορούν αποφάσεις για την απόκτηση, τη χρήση και την κατανομή των πόρων παραγωγής για την ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών με τον πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο». Ο προγραμματισμός και ο έλεγχος περιλαμβάνουν τον ολοκληρωμένο συντονισμό των πόρων (προσωπικό, εξοπλισμός και υλικά) και των ροών προϊόντων, με τρόπο ώστε να πραγματοποιούνται οι στόχοι του οργανισμού (Simons, 2019).

Ο προγραμματισμός και ο έλεγχος στην υγειονομική περίθαλψη υστερούν σε σχέση με τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον τομέα της παραγωγής. Οι συνήθεις λόγοι που αναφέρονται στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν:

1. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είναι επαγγελματικοί οργανισμοί που συχνά στερούνται συνεργασίας ή δέσμευσης από εμπλεκόμενα μέρη (ιατρούς, διοικητές, κ.λπ.). Αυτές οι ομάδες έχουν τους δικούς τους, μερικές φορές αντικρουόμενους, στόχους, όπως διαπιστώνεται από τους Ginter κ.ά. (2018) στο πλαίσιο των «τεσσάρων όψεων της υγειονομικής περίθαλψης».
2. Λόγω της κατάστασης των συστημάτων πληροφοριών στον κλάδο υγειονομικής περίθαλψης, συχνά δεν είναι διαθέσιμες οι σημαντικές πληροφορίες που απαιτούνται για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο (Ferronato & Torretta, 2019). Μολονότι οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRG) και τα συστήματα ηλεκτρονικών αρχείων υγείας έχουν υποκινήσει την ανάγκη για συστήματα διαχείρισης οικονομικών και κλινικών πληροφοριών, αυτά τα συστήματα τείνουν να είναι ελάχιστα ενσωματωμένα με τα λειτουργικά συστήματα πληροφοριών. Αυτή η έλλειψη ολοκλήρωσης παρεμποδίζει την πρόοδο του ολοκληρωμένου προγραμματισμού και ελέγχου στην υγειονομική περίθαλψη, τόσο σε επίπεδο οργανισμού όσο και μεταξύ οργανισμών. Αυτό είχε ήδη αναγνωριστεί από τον Kumar (2022), αλλά οι εξελίξεις μέχρι τώρα ήταν αργές.
3. Δεδομένου ότι οι μεγάλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, όπως τα νοσοκομεία, αποτελούνται γενικά από αυτόνομα διοικούμενα τμήματα, οι διευθυντές τείνουν να μην κοιτούν πέρα από τα όρια του τμήματός τους και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος είναι κατακερματισμένοι (Braithwaite, 2018).
4. Ο όρκος του Ιπποκράτη που δίνουν οι ιατροί τους αναγκάζει να επικεντρωθούν στον ασθενή, ενώ ο προγραμματισμός και ο έλεγχος απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό των ασθενών, τόσο εντός όσο και εκτός του πεδίου εφαρμογής ενός μεμονωμένου ιατρού (deZulueta, 2015).
5. Ενώ οι διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης είναι γενικά αφοσιωμένοι στην παροχή της καλύτερης δυνατής υπηρεσίας, δεν έχουν τη γνώση και την κατάρτιση ώστε να προβαίνουν σε καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων (Yang, 2017).
6. Καθώς οι διευθυντές στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης συχνά πιστεύουν ότι η επένδυση σε μια καλύτερη διαχείριση εκτρέπει τα κεφάλαια από την άμεση περίθαλψη των ασθενών, οι διοικητικές λειτουργίες συχνά δεν ορίζονται σωστά, παραβλέπονται, αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς ή διασκορπίζονται λειτουργικώς.

Σε αυτό το κεφάλαιο προτείνεται και παρουσιάζεται ένα ιεραρχικό πλαίσιο για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης που θα

βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προαναφερθέντων προβλημάτων. Αυτό το πλαίσιο χρησιμεύει ως εργαλείο για τη δομή και την ανάλυση όλων των λειτουργιών του προγραμματισμού και του ελέγχου στην υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό προβλημάτων προγραμματισμού και ελέγχου και για να οριοθετηθεί το εύρος των παρεμβάσεων του οργανισμού. Εφαρμόζεται ευρέως, από ένα μεμονωμένο νοσοκομειακό τμήμα σε ένα ολόκληρο νοσοκομείο ή σε μια πλήρη αλυσίδα εφοδιασμού παρόχων υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας. Το πλαίσιο διευκολύνει τον διάλογο μεταξύ του κλινικού προσωπικού και των διοικητικών στον προγραμματισμό των μηχανισμών προγραμματισμού και ελέγχου. Αυτοί οι μηχανισμοί είναι απαραίτητοι για τη μετάφραση των στόχων του οργανισμού σε αποτελεσματικές και αποδοτικές διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Snyder κ.ά., 2015). Καλύπτει όλους τους διοικητικούς τομείς που εμπλέκονται στις λειτουργίες παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και σε όλα τα επίπεδα ελέγχου, ώστε να διασφαλίζεται η πληρότητα και η συνοχή των ευθυνών για κάθε διοικητικό τομέα.

Υποστηρίζεται κατωτέρω ότι, ενώ τα πλαίσια προγραμματισμού και ελέγχου υπάρχουν στη βιβλιογραφία, επικεντρώνονται κυρίως σε έναν διοικητικό τομέα – ιδίως στον προγραμματισμό της ικανότητας των πόρων ή στον προγραμματισμό των υλικών– και κυρίως επικεντρώνονται μόνο στα νοσοκομεία. Η συμβολή του πλαισίου του παρόντος είναι ότι περιλαμβάνει όλους τους τομείς διοίκησης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που συνήθως παραβλέπονται από άλλους. Ειδικότερα, ο ιατρικός προγραμματισμός (δηλαδή η λήψη αποφάσεων από τους κλινικούς ιατρούς) και ο οικονομικός προγραμματισμός δεν πρέπει να παραβλέπονται όταν πρόκειται να επανασχεδιαστούν ή να βελτιστοποιηθούν οι διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μια άλλη συμβολή του πλαισίου είναι η ιεραρχική αποσύνθεση των διευθυντικών επιπέδων, που είναι μια επέκταση της κλασικής στρατηγικής-τακτικής της επιχειρησιακής ανάλυσης, που χρησιμοποιείται συχνά στην παραγωγή. Τέλος, ενώ τα περισσότερα πλαίσια εστιάζουν στα νοσοκομεία, το παρόν πλαίσιο μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιονδήποτε τύπο οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

2.2 Βιβλιογραφία για Πλαίσια Προγραμματισμού και Ελέγχου

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζεται μια ανασκόπηση των τελευταίων εξελίξεων σε επίπεδο βιβλιογραφίας ως προς τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στην παραγωγή και ως προς τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης συζητούνται τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία των υφιστάμενων πλαισίων.

Σχεδόν όλα τα γνωστά πλαίσια για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στην παραγωγή (MPC) οργανώνουν τις λειτουργίες του προγραμματισμού και του ελέγχου ιεραρχικά. Αντανακλούν τη φυσική διαδικασία της αύξησης της κατανομής στη λήψη αποφάσεων με την πάροδο του χρόνου και τη διάθεση περισσότερων πληροφοριών (Zhou κ.ά., 2020). Αντικατοπτρίζουν επίσης την ιεραρχική (τμηματική) δομή των περισσότερων οργανισμών. Πολλά πλαίσια MPC χρησιμοποιούν την ιεραρχική αποσύνθεση σε στρατηγικό, τακτικό και λειτουργικό επίπεδο.

Τα κλασικά πλαίσια MPC έχουν συγκεκριμένο προσανατολισμό είτε στην παραγωγή (π.χ. ιεραρχικός προγραμματισμός παραγωγής), είτε στον τεχνολογικό προγραμματισμό (ή προγραμματισμός των διαδικασιών, π.χ. προγραμματισμός διαδικασιών με τη βοήθεια υπολογιστή), είτε στον προγραμματισμό υλικών (π.χ. προγραμματισμός απαιτήσεων υλικών - MRP). Όπως υποστηρίζουν οι Bendul και Blunck (2019), αυτός ο μυωπικός προσανατολισμός σε έναν τομέα διοίκησης είναι η κύρια αιτία που αυτά τα πλαίσια MPC είναι ανεπαρκή στην πράξη. Τα σύγχρονα πλαίσια MPC ενσωματώνουν αυτούς τους προσανατολισμούς: τα πλαίσια των Zhou κ.ά. (2020) και των Hans κ.ά. (2003) έχουν σχεδιαστεί για ενσωματωμένο MPC σε εξαιρετικά πολύπλοκους οργανισμούς.

Διάφοροι ερευνητές έχουν προτείνει πλαίσια για (ιεραρχικό) προγραμματισμό και έλεγχο στην υγειονομική περίθαλψη. Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται μια ανασκόπηση των υφιστάμενων πλαισίων για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης (Masmoudi κ.ά., 2016).

Ένα ιεραρχικό πλαίσιο εισήχθη για πρώτη φορά από τους Karazivan κ.ά. (2015) και αργότερα επεκτάθηκε από τους Bendul και Blunck (2019), το οποίο βασίζεται στην εφαρμογή της έννοιας του προγραμματισμού των πόρων παραγωγής (MRP-II). Αυτό το πλαίσιο λαμβάνει υπόψη τόσο τον προγραμματισμό της ικανότητας των πόρων όσο και τον προγραμματισμό των υλικών και εστιάζει ειδικά στα νοσοκομεία. Βασίζεται στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRG), οι οποίες χρησιμεύουν ως «τιμολόγιο των υλικών» στο MRP-II, για την εξαγωγή των απαιτήσεων σε πόρους

και υλικά των ομάδων ασθενών. Οι Bendul και Blunck (2019) προτείνουν τη χρήση της DRG για τη διευκόλυνση του ολοκληρωμένου προγραμματισμού και ελέγχου σε όλες τις λειτουργίες του νοσοκομείου. Οι Zhou κ.ά. (2020) επικρίνουν αυτό το πλαίσιο και υποστηρίζουν ότι παρόλο που οι DRG είναι ένα εξαιρετικό εργαλείο για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, δεν αποτελούν καλή βάση για τον υλικοτεχνικό έλεγχο και τη διαχείριση των καθημερινών λειτουργιών.

Ο Scott (2019) προτείνει ένα πλαίσιο για τον έλεγχο της παραγωγής στα νοσοκομεία με βάση τις απαιτήσεις προγραμματισμού του Mitra (2016). Η προσέγγιση λαμβάνει ως κοινή παραδοχή ότι ένα νοσοκομείο είναι οργανωμένο σε σχετικά ανεξάρτητες επιχειρηματικές μονάδες. Περιορίζεται στον προγραμματισμό ικανότητας των πόρων, για τον οποίο διακρίνει πέντε ιεραρχικά επίπεδα: στρατηγικός προγραμματισμός, προγραμματισμός και έλεγχος του όγκου των ασθενών, προγραμματισμός και έλεγχος των πόρων, προγραμματισμός της ομάδας ασθενών και προγραμματισμός και έλεγχος των ασθενών. Αυτά τα επίπεδα αφορούν τη λήψη αποφάσεων «εκτός σύνδεσης» (εκ των προτέρων). Οι «εντός σύνδεσης» (αντιδραστικές) λειτουργίες του επιχειρησιακού ελέγχου, όπως ο αντιδραστικός προγραμματισμός (για παράδειγμα, ο προγραμματισμός πρόσθετων κατά την άφιξη μιας περίπτωσης έκτακτης ανάγκης) και η παρακολούθηση δεν λαμβάνονται υπόψη στο πλαίσιο τους.

Οι Torkezad και Beheshtinia (2019) τονίζουν ότι λόγω της διαφορετικής πολυπλοκότητας και των απαιτήσεων σε πληροφορίες των διαφόρων αποφάσεων, οι διαδικασίες του οργανωτικού προγραμματισμού είναι συνήθως ιεραρχικής φύσης. Το πρώτο βήμα, σε στρατηγικό επίπεδο, περιλαμβάνει τη διαμόρφωση της στρατηγικής, τον προγραμματισμό της διάταξης της διαδικασίας και τη μακροπρόθεσμη διαστασιολόγηση της ικανότητας. Τα επόμενα βήματα σχετίζονται ολοένα και περισσότερο με επιχειρησιακές ανησυχίες, με περιορισμένο ορίζοντα προγραμματισμού και αυξανόμενη διαθεσιμότητα πληροφοριών. Τα ιεραρχικά επίπεδα ελέγχου συνδέονται μεταξύ τους, για παράδειγμα, οι μακροπρόθεσμες αποφάσεις διαστασιολόγησης της ικανότητας διαμορφώνουν τους περιορισμούς στην ικανότητα για την επακόλουθη λήψη επιχειρησιακών αποφάσεων. Η απόδοση, η οποία μετράται σε επιχειρησιακό επίπεδο, είναι το αποτέλεσμα του πόσο καλά ενσωματώνονται οι διάφορες δραστηριότητες του ιεραρχικού προγραμματισμού. Σε άλλη εργασία, υποδεικνύουν ότι η βιβλιογραφία παραμελεί τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών διοικητικών περιοχών σε στρατηγικό επίπεδο προγραμματισμού

και ελέγχου ενός νοσοκομείου. Υποστηρίζουν ότι για την επίτευξη εξαιρετικής λειτουργικής απόδοσης, είναι σημαντικό η στρατηγική του νοσοκομείου να ενσωματώνει με συνέπεια και συνοχή λειτουργικά θέματα από τμήματα όπως Οικονομικό, Μάρκετινγκ, Επιχειρησιακό και Ανθρώπινου Δυναμικού.

Οι Almashrafi κ.ά. (2016) επικεντρώνονται σε ένα περιβάλλον χειρουργείου, για το οποίο προτείνουν ένα ιεραρχικό πλαίσιο για τον προγραμματισμό των πόρων και τον προγραμματισμό των ραντεβού με τρία ιεραρχικά επίπεδα: στρατηγικό, διοικητικό (τακτικό) και επιχειρησιακό προγραμματισμό.

Συμπεραίνεται ότι όλα τα υφιστάμενα πλαίσια προγραμματισμού και ελέγχου στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνονται στα νοσοκομεία και έχουν ιεραρχικό χαρακτήρα. Ωστόσο, όπως πολλά πλαίσια MPC, εστιάζουν επίσης σε έναν μόνο διοικητικό τομέα – κυρίως στον προγραμματισμό της ικανότητας των πόρων. Η ενσωμάτωση των διοικητικών περιοχών παραμελείται, καθώς και οι λειτουργίες αντιδραστικής απόφασης, οι οποίες είναι σημαντικές δεδομένης της εγγενώς στοχαστικής φύσης των διαδικασιών στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, τα σύγχρονα πλαίσια MPC απευθύνονται σε πολλαπλούς τομείς διοίκησης καθώς και στα τρία γνωστά ιεραρχικά επίπεδα ελέγχου. Αυτά τα πλαίσια σχεδιάστηκαν για περιβάλλοντα στα οποία παράγονται μοναδικά καθορισμένα προϊόντα κατόπιν ζήτησης. Από αυτή την άποψη, αυτά τα περιβάλλοντα μοιάζουν με την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, αυτά τα πλαίσια MPC προσφέρουν μια εύρωστη βάση για το πλαίσιο προγραμματισμού και ελέγχου στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, για εφαρμογή στην υγειονομική περίθαλψη, απαιτούν σημαντική τροποποίηση. Στην επόμενη ενότητα, παρουσιάζεται το τροποποιημένο αυτό πλαίσιο (Ginter κ.ά., 2018).

2.3 Πλαίσιο για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης

Προτείνεται ένα γενικό πλαίσιο τέσσερα προς τέσσερα για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης που εκτείνεται σε τέσσερα ιεραρχικά επίπεδα ελέγχου και σε τέσσερις διοικητικούς τομείς. Αρχικά συζητούνται οι διοικητικοί τομείς και κατοπινή ιεραρχική αποσύνθεση. Στη συνέχεια συνδυάζονται αυτές οι δύο διαστάσεις για τη δημιουργία του πλαισίου για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος,

συζητιέται το υπόβαθρο του πλαισίου και πώς αυτό επηρεάζει το περιεχόμενο (Roberts κ.ά., 2016).

2.3.1 Διοικητικοί τομείς

Όπως περιγράφεται στην προηγούμενη ενότητα, τα περισσότερα υπάρχοντα πλαίσια στη βιβλιογραφία επικεντρώνονται σε έναν διοικητικό τομέα. Προτείνεται η συμπερίληψη πολλαπλών διοικητικών τομέων για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συγκεκριμένα: ιατρικός προγραμματισμός, προγραμματισμός ικανότητας πόρων, προγραμματισμός υλικών και οικονομικός προγραμματισμός. Αυτοί οι τομείς περιγράφονται με περισσότερες λεπτομέρειες κατωτέρω (Kim κ.ά., 2016).

Ιατρικός Προγραμματισμός

Ο ρόλος των μηχανικών/σχεδιαστών των διαδικασιών στην παραγωγή εκτελείται από τους κλινικούς ιατρούς στην υγειονομική περίθαλψη. Αναφερόμαστε στην εκδοχή της υγειονομικής περίθαλψης του «τεχνολογικού προγραμματισμού» ως ιατρικού προγραμματισμού. Ο ιατρικός προγραμματισμός περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων από τους κλινικούς ιατρούς, για παράδειγμα, σχετικά με ιατρικά πρωτόκολλα, θεραπείες, διαγνώσεις και διαλογή. Περιλαμβάνει επίσης την ανάπτυξη νέων ιατρικών θεραπειών από κλινικούς ιατρούς. Όσο πιο περίπλοκες και απρόβλεπτες είναι οι διαδικασίες στην υγειονομική περίθαλψη, τόσο περισσότερη αυτονομία απαιτείται για τους κλινικούς ιατρούς. Για παράδειγμα, οι δραστηριότητες στην οξεία περίθαλψη προγραμματίζονται απαραίτητα από τους κλινικούς ιατρούς, ενώ στην εκλεκτική περίθαλψη (π.χ. περιπατητική χειρουργική), μπορούν να προγραμματιστούν τυποποιημένες και προβλέψιμες δραστηριότητες κεντρικά από τη διοίκηση (Ginter κ.ά., 2018).

Προγραμματισμός ικανότητας πόρων

Ο προγραμματισμός της ικανότητας των πόρων αφορά τη διαστασιολόγηση, τον προγραμματισμό, τον σχεδιασμό, την παρακολούθηση και τον έλεγχο των ανανεώσιμων πόρων. Οι πόροι περιλαμβάνουν τον εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις (π.χ. μαγνητική τομογραφία, εξοπλισμός φυσικοθεραπείας, κλινοσκεπάσματα,

αποστειρωμένα εργαλεία, χειρουργεία, αίθουσες αποκατάστασης), καθώς και το προσωπικό (Ginter κ.ά., 2018).

Προγραμματισμός των υλικών

Ο προγραμματισμός των υλικών αφορά την απόκτηση, αποθήκευση, διανομή και ανάκτηση όλων των αναλώσιμων πόρων/υλικών, όπως υλικά ραμμάτων, προσθέσεις, αίμα, επίδεσμοι, τρόφιμα κ.λπ. Ο προγραμματισμός των υλικών συνήθως περιλαμβάνει λειτουργίες όπως προγραμματισμός αποθήκης, διαχείριση αποθέματος και αγορά (Kim κ.ά., 2016).

Οικονομικός προγραμματισμός

Ο οικονομικός προγραμματισμός εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο ένας οργανισμός πρέπει να διαχειρίζεται το κόστος και τα έσοδά του για να επιτύχει τους στόχους του υπό τις τρέχουσες και μελλοντικές οργανωσιακές και οικονομικές συνθήκες. Δεδομένου ότι οι δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται σταθερά, εισάγονται σε πολλές χώρες οι μηχανισμοί της αγοράς ως κίνητρο για την ενθάρρυνση της οικονομικώς αποδοτικής παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ένα παράδειγμα είναι η εισαγωγή των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (DRG), που επιτρέπει τη σύγκριση των προϊόντων περίθαλψης και των τιμών τους. Καθώς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διαφέρουν ανά χώρα, το ίδιο ισχύει και για τον οικονομικό προγραμματισμό στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, καθώς ο οικονομικός προγραμματισμός επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης των διαδικασιών, συμπεριλαμβάνεται και αυτός ο διοικητικός τομέας στο παρόν πλαίσιο. Για παράδειγμα, οι Zhuk.ά. (2019) υποστηρίζουν ότι στις ΗΠΑ, η τακτική κατανομή των προσωρινών επεκτάσεων στην ικανότητα ενός χειρουργείου θα πρέπει να βασίζεται στο περιθώριο της συνεισφοράς των εμπλεκόμενων χειρουργικών (υπο)ειδικοτήτων. Αυτό το κριτήριο δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί σε χώρες με μη ανταγωνιστικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο ή η Ολλανδία. Ο οικονομικός προγραμματισμός στην υγειονομική περίθαλψη αφορά λειτουργίες όπως ο επενδυτικός προγραμματισμός, η σύναψη συμβάσεων (π.χ. με ασφαλιστές υγειονομικής περίθαλψης), ο προϋπολογισμός και η κατανομή κόστους, η λογιστική, ο υπολογισμός της τιμής κόστους και η τιμολόγηση.

Επιλέχθηκαν τέσσερις διοικητικοί τομείς ιατρικού προγραμματισμού, προγραμματισμού ικανότητας πόρων, προγραμματισμού υλικών και οικονομικού προγραμματισμού, καθώς θεωρούνται σχετικοί ως προς τη βελτιστοποίηση των λειτουργιών στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης (Ginter κ.ά., 2018).

2.3.2 Ιεραρχική αποσύνθεση

Όπως υποστηρίχθηκε παραπάνω, η λήψη αποφάσεων αναλύεται με την πάροδο του χρόνου και τη διάθεση πληροφοριών. Η προσέγγιση βασίζεται στην «κλασική» ιεραρχική αποσύνθεση που χρησιμοποιείται συχνά στον προγραμματισμό και τον έλεγχο της παραγωγής, η οποία διακρίνει στρατηγικά, τακτικά και λειτουργικά επίπεδα ελέγχου. Επεκτείνεται αυτή η αποσύνθεση πραγματοποιώντας διάκριση μεταξύ του εκτός σύνδεσης και εντός σύνδεσης στο επιχειρησιακό επίπεδο. Αυτή η διάκριση αντανακλά τη διαφορά μεταξύ της «εκ των προτέρων» λήψης αποφάσεων και της «αντιδραστικής» λήψης αποφάσεων. Επεξηγούνται τα προκύπτοντα τέσσερα ιεραρχικά επίπεδα παρακάτω, όπου το τακτικό επίπεδο εξηγείται τελευταίο. Το τακτικό επίπεδο θεωρείται συχνά λιγότερο απτό από το στρατηγικό και το επιχειρησιακό επίπεδο. Επομένως, παρουσιάζονται πρώτα τα πιο απτά επίπεδα, και κατόπιν το τακτικό επίπεδο (Lakhoua κ.ά., 2016).

Δεν δηλώνεται ρητώς η έκταση του ορίζοντα αποφάσεων για κανένα από τα επίπεδα ιεραρχικού προγραμματισμού, καθώς αυτά εξαρτώνται από τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εφαρμογής. Ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών, για παράδειγμα, έχει εγγενώς μικρότερους ορίζοντες προγραμματισμού από έναν θάλαμο μακράς παραμονής σε έναν οίκο ευγηρίας.

Στρατηγικό Επίπεδο

Ο στρατηγικός προγραμματισμός αφορά τη λήψη δομικών αποφάσεων. Αυτές οι αποφάσεις είναι τα τούβλα και το κονίαμα ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει τον καθορισμό της αποστολής του οργανισμού (δηλαδή «στρατηγική» ή «κατεύθυνση») και τη λήψη απόφασης για να μεταφραστεί αυτή η αποστολή σε προγραμματισμό, διαστασιολόγηση και ανάπτυξη της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Εγγενώς, ο στρατηγικός προγραμματισμός έχει μακρύ ορίζοντα προγραμματισμού και βασίζεται σε εξαιρετικά συγκεντρωτικές πληροφορίες και προβλέψεις. Παραδείγματα στρατηγικού προγραμματισμού είναι η επέκταση της

ικανότητας των πόρων (π.χ. απόκτηση μηχανημάτων μαγνητικής τομογραφίας), η ανάπτυξη και/ή η εφαρμογή νέων ιατρικών πρωτοκόλλων, ο σχηματισμός κοινοπραξίας αγορών, η συγχώνευση οίκων ευγηρίας και η σύναψη συμβάσεων με ασφαλιστικές εταιρείες υγείας (Dobrzykowski κ.ά., 2016).

Επιχειρησιακό επίπεδο εκτός σύνδεσης

Ο επιχειρησιακός προγραμματισμός (τόσο «εκτός σύνδεσης» όσο και «εντός σύνδεσης») περιλαμβάνει τη βραχυπρόθεσμη λήψη αποφάσεων σχετικά με την εκτέλεση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει χαμηλή ευελιξία σε αυτό το επίπεδο προγραμματισμού, καθώς πολλές αποφάσεις σε υψηλότερα επίπεδα έχουν οριοθετήσει το πεδίο για τη λήψη αποφάσεων σε επιχειρησιακό επίπεδο. Ο όρος «εκτός σύνδεσης» αντικατοπτρίζει ότι αυτό το επίπεδο προγραμματισμού αφορά τον εκ των προτέρων προγραμματισμό των λειτουργιών. Περιλαμβάνει τον λεπτομερή συντονισμό των δραστηριοτήτων σχετικά με την τρέχουσα ζήτηση. Παραδείγματα επιχειρησιακού προγραμματισμού εκτός σύνδεσης είναι: η επιλογή θεραπείας, ο προγραμματισμός των ραντεβού, οι ώρες εργασίας των νοσηλευτών, η παραγγελία αναπλήρωσης αποθέματος και η τιμολόγηση (Kim κ.ά., 2016).

Επιχειρησιακό επίπεδο εντός σύνδεσης

Η στοχαστική φύση των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί αντιδραστική λήψη αποφάσεων. Ο επιχειρησιακός προγραμματισμός «εντός σύνδεσης» περιλαμβάνει μηχανισμούς ελέγχου που ασχολούνται με την παρακολούθηση της διαδικασίας και την αντίδραση σε απρόβλεπτα ή απροσδόκητα γεγονότα. Παραδείγματα λειτουργιών προγραμματισμού εντός σύνδεσης είναι: διαλογή, προγραμματισμός περιστατικών έκτακτης ανάγκης, αναπλήρωση εξαντλημένων αποθεμάτων, ταχεία παραγγελία αποστείρωσης οργάνων χειρουργικής επέμβασης, χειρισμός επιπλοκών χρέωσης (Kim κ.ά., 2016).

Επίπεδο τακτικής

Ανάμεσα στο στρατηγικό επίπεδο, το οποίο θέτει το σκηνικό (π.χ. όσον αφορά την τοποθεσία και το μέγεθος) και το επιχειρησιακό επίπεδο, που αφορά την εκτέλεση των διαδικασιών, βρίσκεται το επίπεδο του τακτικού προγραμματισμού. Ο

τακτικός προγραμματισμός επεξηγείται σε σχέση με τον στρατηγικό και τον επιχειρησιακό σχεδιασμό.

Ενώ ο στρατηγικός προγραμματισμός αφορά τη λήψη δομικών αποφάσεων, ο τακτικός προγραμματισμός αφορά την οργάνωση των λειτουργιών / εκτέλεσης της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (δηλαδή το «τι, πού, πώς, πότε και ποιος»). Με αυτόν τον τρόπο, είναι παρόμοιος με τον επιχειρησιακό προγραμματισμό. Ωστόσο, οι αποφάσεις λαμβάνονται σε μεγαλύτερο ορίζοντα προγραμματισμού. Η έκταση αυτού του ενδιάμεσου ορίζοντα προγραμματισμού βρίσκεται κάπου μεταξύ του ορίζοντα του στρατηγικού προγραμματισμού και του ορίζοντα του επιχειρησιακού προγραμματισμού. Ακολουθώντας την έννοια του ιεραρχικού προγραμματισμού, ο ενδιάμεσος τακτικός προγραμματισμός έχει μεγαλύτερη ευελιξία από τον επιχειρησιακό προγραμματισμό, είναι λιγότερο λεπτομερής και έχει μικρότερη βεβαιότητα ζήτησης. Ωστόσο, το αντίθετο ισχύει σε σύγκριση με τον στρατηγικό προγραμματισμό (Kim κ.ά., 2016).

Για παράδειγμα, ενώ η ικανότητα καθορίζεται στον επιχειρησιακό προγραμματισμό, είναι δυνατές προσωρινές επεκτάσεις ικανότητας όπως υπερωρίες ή πρόσληψη προσωπικού στον τακτικό προγραμματισμό. Επίσης, ενώ η ζήτηση είναι σε μεγάλο βαθμό γνωστή στον επιχειρησιακό προγραμματισμό, πρέπει να προβλεφθεί (εν μέρει) στον τακτικό προγραμματισμό με βάση την (εποχική) ζήτηση, τις πληροφορίες από τις λίστες αναμονής και την «κατάντη» ζήτηση στις διαδρομές περίθαλψης ασθενών που βρίσκονται υπό θεραπεία. Λόγω αυτής της αβεβαιότητας ζήτησης, ο τακτικός προγραμματισμός είναι λιγότερο λεπτομερής από τον επιχειρησιακό προγραμματισμό (π.χ. ο προγραμματισμός των ραντεβού). Παραδείγματα τακτικών λειτουργιών είναι ο προγραμματισμός εισαγωγών, η επιλογή θεραπείας, η επιλογή προμηθευτή και η κατανομή του προϋπολογισμού.

2.3.3 Πλαίσιο προγραμματισμού και ελέγχου της υγειονομικής περίθαλψης

Η ενοποίηση των τεσσάρων διοικητικών τομέων και των τεσσάρων ιεραρχικών επιπέδων ελέγχου διαμορφώνει ένα πλαίσιο τοποθέτησης τέσσερα προς τέσσερα για τον προγραμματισμό και τον έλεγχο της υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ οι διαστάσεις του πλαισίου είναι γενικές, το περιεχόμενο εξαρτάται από την εφαρμογή που διατίθεται. Το πλαίσιο μπορεί να εφαρμοστεί οπουδήποτε από το επίπεδο του τμήματος (για παράδειγμα σε ένα τμήμα χειρουργείου) μέχρι ολόκληρο τον

οργανισμό ή σε μια πλήρη αλυσίδα εφοδιασμού παρόχων υπηρεσιών περίθαλψης. Αναλόγως του πλαισίου, το περιεχόμενο μπορεί να είναι πολύ διαφορετικό. Το σχήμα 2-1 παρουσιάζει το περιεχόμενο του πλαισίου όταν εφαρμόζεται σε ένα γενικό νοσοκομείο εν συνόλω. Οι συναρτήσεις προγραμματισμού και ελέγχου που εισάγονται αποτελούν παραδείγματα και δεν είναι αποκλειστικά (Senna κ.ά., 2011).

	Ιατρικός προγραμματισμός	Προγραμματισμός ικανότητας των πόρων	Προγραμματισμός ζυλικών	Χρηματοοικονομικός προγραμματισμός
Στρατηγικός	Έρευνα, ανάπτυξη ιατρικών πρωτοκόλλων	Προγραμματισμός συνόλου υπηρεσιών, διοικητική οργάνωση και νέες επενδύσεις προγραμματισμός εργατικού δυναμικού	Σχεδιασμός εφοδιαστικής αλυσίδας και απώθησης	Επενδυτικά σχέδια, συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες
Τακτικής	Επιλογή θεραπειών, επιλογή πρωτοκόλλου	Προγραμματισμός μιλκ, στελέχωση προγραμματισμός εισαγωγών	Επιλογή προμηθευτών, υποβολή προσφορών	Προϋπολογισμός και κατανομή κόστους
Λειτουργικός εκτός σύνδεσης	Διάγνωση και σχεδιασμός ατομικής θεραπείας	Προγραμματισμός ραντεβού, προγραμματισμός εργατικού δυναμικού	Αγορά υλικών, καθορισμός μεγεθών παραγγελιών	Τιμολόγηση ομοειδών διαγνωστικών οργάνων, ανάλυση τιμολογιακών ροών
Λειτουργικός εντός σύνδεσης	Διαλογή, διάγνωση έγκαιρων περιστατικών και επιπλοκών	Παρακολούθηση συντονισμός έγκαιρη ανάλυση	Βασικές παραγγελίες, αναλήρωση απόμετα	Επιπλοκές και αλλαγές στις τιμολογήσεις

← τομείς διοίκησης →

↑
ισοζύγιο υγιεινότητας
↓

Σχήμα 2-1 Παράδειγμα εφαρμογής του πλαισίου προγραμματισμού και ελέγχου υγειονομικής περίθαλψης σε γενικό νοσοκομείο

2.3.4 Περιβάλλον του πλαισίου

Όπως υποστηρίχθηκε στην προηγούμενη ενότητα, το περιεχόμενο του πλαισίου θα πρέπει να προσαρμόζεται στο περιβάλλον της εφαρμογής. Αναφορικά με το περιβάλλον διακρίνονται τα χαρακτηριστικά του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Τα χαρακτηριστικά του εσωτερικού περιβάλλοντος καλύπτονται από τα όρια του οργανισμού και περιλαμβάνει όλα τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τον προγραμματισμό και τον έλεγχο, για παράδειγμα τη ζήτηση των ασθενών (π.χ. μεταβλητότητα, πολυπλοκότητα, ένταση αφίξεων, επείγουσα ιατρική ανάγκη, υποτροπές), της οργανωσιακή κουλτούρα και τη δομή.

Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται ίσως περισσότερο από το εξωτερικό τους περιβάλλον. Για παράδειγμα, μπορεί να πραγματοποιηθεί μια ανάλυση «STEEPLED» (μια επέκταση της «PESTEL», βλ. π.χ. Johnson κ.ά., 2020) για τον εντοπισμό των εξωτερικών

παραγόντων που επηρεάζουν τον προγραμματισμό και τον έλεγχο στην υγειονομική περίθαλψη, στο παρόν ή στο μέλλον. Το «STEEPLED» είναι συντομογραφία για τους ακόλουθους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος:

- Κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. εκπαίδευση, κοινωνική κινητικότητα, θρησκευτικές συμπεριφορές)
- Τεχνολογία (π.χ. ιατρικές καινοτομίες, υποδομές μεταφορών)
- Οικονομικοί παράγοντες (π.χ. αλλαγή στο σύστημα χρηματοδότησης της υγείας)
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. οικολογικοί, ανακύκλωση)
- Πολιτικοί παράγοντες (π.χ. αλλαγή κυβερνητικής πολιτικής, ιδιωτικοποιήσεις)
- Νομοθεσία / Νομικοί παράγοντες (π.χ. επιχειρηματικοί κανονισμοί, κανονισμοί ποιότητας)
- Δεοντολογικοί παράγοντες (π.χ. επιχειρηματική δεοντολογία, εμπιστευτικότητα, ασφάλεια)
- Δημογραφικά στοιχεία (π.χ. γήρανση πληθυσμού, προσδόκιμο ζωής, παχυσαρκία)

Αυτοί οι παράγοντες εξηγούν σε μεγάλο βαθμό τις διαφορές μεταξύ των χωρών στην προσέγγιση της διοίκησης των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

2.4 Εφαρμογή του πλαισίου

Ο πρωταρχικός στόχος του πλαισίου είναι η οικοδόμηση των διαφόρων λειτουργιών προγραμματισμού και ελέγχου. Σε αυτήν την ενότητα, παρουσιάζονται παραδείγματα για το πώς μπορεί να εφαρμοστεί το πλαίσιο. Παρακάτω περιγράφεται πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το πλαίσιο για τον εντοπισμό των διοικητικών ελλείψεων. Επίσης παρουσιάζεται ένα παράδειγμα εφαρμογής του πλαισίου σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για την πρωτοβάθμια περίθαλψη εκτός των ωρών εργασίας.

2.4.1 Εντοπισμός διοικητικών ελλείψεων

Αφού καθιερωθεί το περιεχόμενο του πλαισίου για μια δεδομένη εφαρμογή, η περαιτέρω ανάλυση αυτού του περιεχομένου μπορεί να εντοπίσει διοικητικά προβλήματα. Στις ενότητες κατωτέρω παρουσιάζονται παραδείγματα τεσσάρων ειδών τυπικών προβλημάτων:

1. Ανεπαρκείς ή ελλιπείς λειτουργίες προγραμματισμού
2. Ακατάλληλες προσεγγίσεις προγραμματισμού
3. Έλλειψη συνοχής μεταξύ των λειτουργιών προγραμματισμού
4. Λειτουργίες προγραμματισμού με αντικρουόμενους στόχους

Ανεπαρκείς ή ελλιπείς λειτουργίες προγραμματισμού

Οι διοικητικές λειτουργίες που παραβλέπονται ή αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς μπορούν να βρεθούν σε όλα τα επίπεδα ελέγχου, αλλά τις περισσότερες φορές βρίσκονται στο τακτικό επίπεδο ελέγχου. Στην πραγματικότητα, για πολλούς, ο τακτικός προγραμματισμός είναι λιγότερο απτός από τον επιχειρησιακό προγραμματισμό και ακόμη και τον στρατηγικό προγραμματισμό. Όταν υπάρχουν πολλά επιχειρησιακά προβλήματα, οι διευθυντές τείνουν να επιλύουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (δηλαδή σε επιχειρησιακό επίπεδο). Ο ισχυρισμός για «περισσότερη ικανότητα» αποτελεί την καθολική πανάκεια για πολλούς διευθυντές του τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, συχνά παραβλέπεται ότι αντί για τέτοια δραστηρικά στρατηγικά μέτρα, η τακτική κατανομή και οργάνωση των διαθέσιμων πόρων μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική και φθηνότερη. Για παράδειγμα ένα «κύριο πρόγραμμα» ή «πλάνο των μπλοκ», το οποίο είναι η τακτική κατανομή μπλοκ χρόνων πόρων (π.χ. χειρουργεία ή αξονικοί τομογράφοι) σε ειδικότητες ή/και κατηγορίες ασθενών κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας. Ένα τέτοιο σχέδιο μπλοκ θα πρέπει να αναθεωρείται περιοδικά για να συμβαδίζει με τις διακυμάνσεις της προσφοράς και της ζήτησης. Ωστόσο, στην πράξη, αποτελεί συχνά πιο πολύ ένα αποτέλεσμα «ιστορικής εξέλιξης» παρά αναλυτικών εκτιμήσεων (Scott, 2019).

Ένα παράδειγμα ανεπαρκούς λειτουργίας προγραμματισμού είναι όταν η αυτονομία δίδεται ή αναλαμβάνεται από λάθος μέλη του προσωπικού. Για παράδειγμα: (1) Υποκινούμενοι από τον Όρκο του Ιπποκράτη, οι κλινικοί ιατροί μπορεί να προσπαθήσουν να «εξαπατήσουν» το σύστημα για να προωθήσουν έναν ασθενή. Ένας κλινικός ιατρός μπορεί για παράδειγμα να εισάγει έναν εξωτερικό ασθενή σε μια νοσοκομειακή κλίνη για να συντομεύσει τον χρόνο πρόσβασης σε διαγνωστικό επίπεδο (ο οποίος είναι χαμηλότερος για τους εσωτερικούς ασθενείς). Η προκύπτουσα κατάληψη της κλίνης μπορεί να οδηγήσει σε συμφόρηση του χειρουργείου. Αν και αυτό μπορεί να φαίνεται μη βέλτιστο από την άποψη της κεντρικής διοίκησης, μπορεί να είναι απαραίτητο από ιατρικής άποψης. Η ουσία είναι

να τεθεί η αυτονομία εκεί που πραγματικά χρειάζεται. Αυτό εξαρτάται από την εφαρμογή που είναι διαθέσιμη. Όπως υποστηρίχθηκε προηγουμένως, όσο πιο περίπλοκες και απρόβλεπτες είναι οι διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης, τόσο περισσότερη αυτονομία απαιτείται για τους κλινικούς ιατρούς. Ωστόσο, οι τυποποιημένες και προβλέψιμες δραστηριότητες μπορούν να προγραμματιστούν κεντρικά από τη διοίκηση, κάτι που είναι επωφελές από την άποψη των οικονομιών κλίμακας. (2) Ο ιατρικός εξοπλισμός που μοιράζεται διαφορετικά τμήματα συσσωρεύεται για να εξασφαλιστεί η άμεση διαθεσιμότητα. Αυτό οδηγεί σε υπερβολικό απόθεμα (κόστος), το οποίο μπορεί να μειωθεί σημαντικά με την κεντρική διαχείριση και αποθήκευση του εξοπλισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η συσσώρευση ενδοφλεβίων ορών από τους θαλάμους (Scott, 2019).

Ακατάλληλες προσεγγίσεις προγραμματισμού

Υπάρχουν πολλά υποδείγματα σε σχέση με την υλικοτεχνική υποστήριξη (π.χ. Just-In-Time, Kanban, Lean, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και SixSigma), τα οποία αναφέρονται ως ιστορίες επιτυχίας. Καθώς αυτά τα παραδείγματα αναπτύσσονται ως επί το πλείστον για τον βιομηχανικό κλάδο, δεν μπορούν απλώς να αντιγραφούν στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς απώλεια πιστότητας. Η τάση να ενστερνιζόμαστε χωρίς κριτική μια ιδέα λύσης, που αναπτύχθηκε για ένα μάλλον συγκεκριμένο περιβάλλον παραγωγής, ως πανάκεια για μια ποικιλία άλλων προβλημάτων σε εντελώς διαφορετικά περιβάλλοντα, έχει οδηγήσει σε πολλές απογοητεύσεις. Η δομή που παρέχεται από το πλαίσιο βοηθά να προσδιοριστεί εάν μια προσέγγιση προγραμματισμού είναι κατάλληλη για μια λειτουργία προγραμματισμού σε ένα συγκεκριμένο οργανωσιακό περιβάλλον. Οι προσεγγίσεις προγραμματισμού είναι κατάλληλες μόνο εάν ταιριάζουν στα εσωτερικά και εξωτερικά χαρακτηριστικά της εμπλεκόμενης εφαρμογής. Πρέπει να προσαρμόζονται/σχεδιάζονται για τα χαρακτηριστικά που είναι μοναδικά για τον τομέα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, όπως: (1) συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της υπηρεσίας, (2) ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση, (3) φθαρτή ικανότητα, (4) άυλη φύση των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης και (5) ετερογένεια (Towbin κ.ά., 2018).

Έλλειψη συνοχής μεταξύ των λειτουργιών προγραμματισμού

Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν καθορίζεται μόνο από τον τρόπο με τον οποίο

αντιμετωπίζονται οι διάφορες λειτουργίες προγραμματισμού, καθορίζεται επίσης από το πώς αυτές αλληλεπιδρούν. Καθώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, όπως τα νοσοκομεία, σχηματίζονται συνήθως ως ένα σύμπλεγμα αυτόνομων τμημάτων, ο προγραμματισμός είναι επίσης συχνά λειτουργικώς διασκορπισμένος. Το πλαίσιο δομεί τις λειτουργίες προγραμματισμού και παρέχει πληροφορίες για τις οριζόντιες (διοικητικές) και κάθετες (ιεραρχικές) αλληλεπιδράσεις τους. Η οριζόντια αλληλεπίδραση μεταξύ των διοικητικών τομέων στο πλαίσιο προβλέπει ότι οι απαιτούμενες ιατρικές πληροφορίες και πρωτόκολλα, καθώς και όλοι οι εμπλεκόμενοι πόροι και υλικά, συγκεντρώνονται για να καταστεί δυνατή η αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η καθοδική κάθετη αλληλεπίδραση αφορά τη συγκεκριμενοποίηση στόχων και αποφάσεων υψηλότερου επιπέδου σε μικρότερο ορίζοντα προγραμματισμού. Για παράδειγμα, οι αποφάσεις διαστασιολόγησης της ικανότητας σε στρατηγικό επίπεδο (π.χ. αριθμός τομογράφων) επιβάλλουν σκληρούς περιορισμούς στον τακτικό και επιχειρησιακό προγραμματισμό και σχεδιασμό. Η ανοδική κάθετη αλληλεπίδραση αφορά την ανατροφοδότηση σχετικά με την υλοποίηση στόχων υψηλότερου επιπέδου. Για παράδειγμα, η ικανότητα σε επίπεδο μηχανημάτων μαγνητικής τομογραφίας καθορίζεται σε στρατηγικό επίπεδο για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου επιπέδου εξυπηρέτησης (π.χ. χρόνος πρόσβασης). Στη συνέχεια απαιτείται ανατροφοδότηση από το τακτικό και επιχειρησιακό επίπεδο για να παρατηρηθεί εάν αυτός ο στόχος επιτυγχάνεται πράγματι και προκειμένου για την παροχή συμβουλών ως προς τον βαθμό που η ικανότητα θα είναι επαρκής (Sundnes, 2014).

Λειτουργίες προγραμματισμού με αντικρουόμενους στόχους

Όπως υποστηρίχθηκε, το πλαίσιο οικοδομεί τις λειτουργίες προγραμματισμού και τις οριζόντιες και κάθετες αλληλεπιδράσεις τους. Το πλαίσιο μπορεί συνεπώς να προσδιορίσει τους αντικρουόμενους στόχους μεταξύ των λειτουργιών προγραμματισμού. Για παράδειγμα, η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική γενικά οδηγεί σε σημαντικά μειωμένη διάρκεια παραμονής στους θαλάμους και βελτιωμένη ποιότητα περίθαλψης, αλλά έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερο κόστος και αυξημένη κατανάλωση της ικανότητας στο τμήμα των χειρουργείων. Αυτά τα τμήματα συχνά διοικούνται αυτόνομα και ανεξάρτητα, γεγονός που οδηγεί σε μη βέλτιστη λήψη αποφάσεων τόσο από την πλευρά του ασθενούς όσο και από την άποψη του νοσοκομείου (Arend κ.ά., (2017).

Αντικρουόμενοι στόχοι προκύπτουν επίσης μεταξύ δύο παρόχων υπηρεσιών περίθαλψης σε μια αλυσίδα περίθαλψης μεταξύ οργανισμών. Για παράδειγμα, οι προσπάθειες ενός γηροκομείου να μεγιστοποιήσει την πληρότητα μπορεί να οδηγήσουν σε συμφόρηση κλινών στα νοσοκομεία. Η ευθυγράμμιση των λειτουργιών προγραμματισμού μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να εντοπίσει και να λύσει τέτοια προβλήματα.

Σύγκριση στρατηγικού προγραμματισμού με τον επιχειρησιακό προγραμματισμό

Ο στρατηγικός προγραμματισμός είναι μια προοδευτική διαδικασία (1). Όταν οι οργανισμοί εφαρμόζουν στρατηγικό προγραμματισμό, οι στόχοι είναι υψηλοί και συχνά αντιπροσωπεύουν ένα όραμα για το πού θα ήθελε να βρίσκεται ο οργανισμός σε 5-7 έτη. Ως εκ τούτου, ο στρατηγικός προγραμματισμός αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό εγχείρημα για κάθε οργανισμό και πραγματοποιείται μόνο κυκλικά, μία φορά κάθε 5-7 έτη. Μολονότι οι ηγέτες των οργανισμών, όπως ο διευθύνων σύμβουλος ή το διοικητικό συμβούλιο, είναι τελικώς οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη του στρατηγικού σχεδίου, αυτός ο τύπος προγραμματισμού συνήθως περιλαμβάνει μια διαφορετική ομάδα ενδιαφερομένων, ούτως ώστε οι ηγέτες του οργανισμού να μπορούν να ενημερωθούν καλύτερα από τη γνώση των εργαζομένων και την αγορά (Caruana κ.ά., 2017).

Ο στρατηγικός προγραμματισμός θεωρείται φιλόδοξος. Επομένως, είναι σημαντικό το στρατηγικό σχέδιο να καθοδηγείται από την αποστολή και το όραμα του οργανισμού. Ένα στρατηγικό σχέδιο που έρχεται σε σύγκρουση με την αποστολή και το όραμα του οργανισμού είναι απίθανο να επιτύχει. Κατά την ολοκλήρωση ενός στρατηγικού σχεδίου, ένας οργανισμός θα πρέπει να απαντήσει σε τρία ερωτήματα: (α) Πού βρισκόμαστε τώρα; (β) Πού θέλουμε να είμαστε στο τέλος του στρατηγικού σχεδίου; (γ) Πώς θα φτάσουμε εκεί; Τα καλύτερα στρατηγικά σχέδια ορίζουν μέτρα επιτυχίας για κάθε στρατηγικό στόχο. Αυτά τα μέτρα παρέχουν στον οργανισμό αντικειμενικούς στόχους προς επιδίωξη και παρέχουν στους εργαζόμενους τη γνώση για το πώς θα αξιολογηθεί η εργασία τους (Albadri, 2019).

Ο στρατηγικός προγραμματισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ακτινολογικές πρακτικές. Παραδείγματα στόχων στρατηγικού σχεδίου παρουσιάζονται στις ακόλουθες παραγράφους:

1. Στόχος είναι η διαφοροποίηση ενός ιδρύματος ώστε να προστατευθεί από το μεταβαλλόμενο τοπίο της ασφάλισης υγείας και από τη μετατόπιση του τοπικού πληθυσμού. Για την επιτυχή διαφοροποίηση, το ίδρυμα (α) θα ανοίξει τουλάχιστον δύο τοπικά-περιφερειακά αυτόνομα κέντρα απεικονιστικών εξετάσεων με βάση γνωστά κενά στη γεωγραφική κάλυψη, (β) θα διερευνήσει πρόσθετες πιθανές ροές εσόδων και θα επιλέξει τουλάχιστον μία νέα ροή εσόδων για επένδυση έως και 5 εκατομμύρια \$ και (γ) θα προσπαθήσει να διαπραγματευτεί μια νέα πολυετή συμφωνία με καθέναν από τους πέντε κορυφαίους πληρωτές (με τις αιτήσεις που υποβλήθηκαν). Ο στόχος της διαπραγμάτευσης θα είναι να αυξηθεί το ποσοστό των χρημάτων που επιστρέφονται, σε σύγκριση με το ποσό των χρημάτων που χρεώνονται, από 45% σε τουλάχιστον 55% (Walker, 2017).
2. Στόχος είναι το ίδρυμα να γίνει γνωστό ως ένα από τα κορυφαία στο Midwest. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, το τμήμα (α) θα καταταχθεί στην πρώτη πεντάδα στο Midwest όσον αφορά τη χρηματοδότηση επιχορήγησης των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας, (β) θα προσλάβει τουλάχιστον τρεις ιατρούς-επιστήμονες που θα χρηματοδοτούνται από επιχορηγήσεις ή επιστήμονες με διδακτορικό στη φιλοσοφία, (γ) θα δημοσιεύσει τουλάχιστον 100 άρθρα που θα υπογραμμίζουν την πρωτότυπη έρευνα σε περιοδικά με συντελεστή αντίκτυπου 1,5 ή μεγαλύτερο και (δ) θα ιδρύσει προγράμματα υποτροφιών σε κάθε τμήμα.

Επισημαίνεται ότι παρόλο που και οι δύο προηγούμενοι στόχοι περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο το ίδρυμα θα επιτύχει, το στρατηγικό σχέδιο δεν παρέχει λεπτομέρειες για το πώς θα επιτευχθεί κάθε στόχος. Οι λεπτομέρειες για το πώς θα επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι παρέχονται στο επιχειρησιακό σχέδιο (Sundnes, 2014).

Το επιχειρησιακό σχέδιο διαφέρει από το στρατηγικό σχέδιο σε πολλούς τομείς (Πίνακας 2-1). Πρώτον, ενώ ένα στρατηγικό σχέδιο παρέχει ένα όραμα για το πού θέλει να βρίσκεται ο οργανισμός σε 5-7 έτη, ένα επιχειρησιακό σχέδιο παρέχει ένα ετήσιο σχέδιο που περιγράφει λεπτομερώς πώς θα επιτευχθεί ένας συγκεκριμένος στόχος. Η δεύτερη διαφορά είναι στον τρόπο ανάπτυξης του σχεδίου (Σχήμα 2-2). Ένα στρατηγικό σχέδιο αναπτύσσεται από την εκτελεστική ηγεσία και πραγματοποιείται με τη συμμετοχή των ηγετών του οργανισμού. Αυτό διαφέρει από ένα επιχειρησιακό σχέδιο, το οποίο αναπτύσσεται από τους διευθυντές και εκτελείται από τους εργαζόμενους πρώτης γραμμής. Η τρίτη διαφορά μεταξύ των διαφορετικών τύπων σχεδίων έγκειται στις κατευθυντήριες αρχές τους. Ένα στρατηγικό σχέδιο

καθοδηγείται από την αποστολή και το όραμα του οργανισμού, ενώ ένα επιχειρησιακό σχέδιο καθοδηγείται από το στρατηγικό σχέδιο. Η τέταρτη διαφορά είναι στο εύρος κάθε σχεδίου. Επειδή ένα στρατηγικό σχέδιο είναι φιλόδοξο, το εύρος του σχεδίου είναι μεγάλο και ως εκ τούτου, αλλάζει σπάνια. Ένα επιχειρησιακό σχέδιο είναι πιο τακτικό και περιγράφει λεπτομερώς πώς θα επιτευχθεί ένα μικρό στοιχείο του στρατηγικού σχεδίου. Καθώς το επιχειρησιακό σχέδιο προχωρά πιο κάτω στην αλυσίδα διαχείρισης, οι στόχοι γίνονται πιο συγκεκριμένοι και ο προγραμματισμός γίνεται πιο λεπτομερής έως ότου φτάσει στο επίπεδο ενός σχεδίου έργου όπου κάθε βήμα του έργου προσδιορίζεται μαζί με συγκεκριμένες ημερομηνίες σε μια χρονική γραμμή. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το επιχειρησιακό σχέδιο δεν χρειάζεται να εξετάζει κάθε στοιχείο του στρατηγικού σχεδίου κάθε έτος. Κατά καιρούς, οι στρατηγικοί στόχοι πρέπει να είναι σταδιακοί, επειδή τα συστατικά ενός στόχου εξαρτώνται από τα συστατικά ενός άλλου στόχου. Η τελική διαφορά μεταξύ των σχεδίων βρίσκεται στα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν για να δημιουργηθεί ένα επιχειρησιακό σχέδιο. Ένα επιχειρησιακό σχέδιο πρέπει να απαντά σε τέσσερα ερωτήματα για κάθε στόχο: (α) Ποιος είναι ο συγκεκριμένος στόχος του έργου; (β) Ποιος είναι υπεύθυνος για την ολοκλήρωση του έργου; (γ) Πότε πρέπει να ολοκληρωθεί το έργο; (δ) Πόσο θα κοστίσει η ολοκλήρωση του έργου; Στο τελευταίο ερώτημα, το «πόσο» αναφέρεται στα χρήματα καθώς και στο ανθρώπινο δυναμικό. Σε πολλές περιπτώσεις, η απάντηση σε αυτό το τελικό ερώτημα δίδεται κατά τη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού ή στο στάδιο του λεπτομερούς προγραμματισμού του έργου (Larson κ.ά., 2016).

Ένα επιχειρησιακό σχέδιο υψηλού επιπέδου για το έτος 1 του προηγούμενου στρατηγικού σχεδίου παρουσιάζεται στις ακόλουθες παραγράφους. Επισημαίνεται ότι το επιχειρησιακό σχέδιο συνδέει κάθε πρωτοβουλία επιχειρησιακού σχεδίου με έναν συγκεκριμένο στρατηγικό στόχο από το στρατηγικό σχέδιο.

1. Στρατηγικός στόχος 1α: Μέχρι το τέλος του οικονομικού έτους, ο διευθυντής της επιχείρησης (α) θα συγκρίνει τον πληθυσμό της πόλης κατά «ταχυδρομικό κώδικα + 4» με τις διευθύνσεις των ασθενών και θα προσδιορίσει τους 10 κορυφαίους ταχυδρομικούς κώδικες που δεν εξυπηρετούνται, που ορίζονται ως αριθμός των ασθενών σε κάθε ταχυδρομικό κώδικα + 4 διαιρεμένος με τον συνολικό πληθυσμό των ενηλίκων σε κάθε ταχυδρομικό κώδικα + 4 και (β) θα χρησιμοποιηθούν αυτά τα δεδομένα, μαζί με τις τοπικές διατάξεις για τον

καθορισμό ζωνών, για να προσδιοριστούν οι πέντε κορυφαίοι ταχυδρομικοί κώδικες-στόχοι για ένα νέο κέντρο απεικονιστικών εξετάσεων.

2. Στρατηγικός στόχος 1β: Μέχρι το τέλος του οικονομικού έτους, ο διευθυντής επιχειρήσεων και η ηγετική ιατρική ομάδα θα ερευνήσουν και θα προσλάβουν έναν ιατρικό σύμβουλο για να βοηθήσει στον εντοπισμό νέων επιχειρηματικών ευκαιριών.
3. Στρατηγικός στόχος 1γ: Μέχρι το τέλος του οικονομικού έτους, η ηγετική ιατρική ομάδα (α) θα πραγματοποιήσει συνεντεύξεις και θα προσλάβει νομικούς συμβούλους με εμπειρογνομosύνη σε ιατρικές πρακτικές και ασφαλιστικές διαπραγματεύσεις και (β) θα επανεξετάσει τα τρέχοντα συμβόλαια με τους πέντε κορυφαίους πληρωτές και θα ξεκινήσει διαπραγματεύσεις με τουλάχιστον έναν ασφαλιστή.
4. Στρατηγικοί στόχοι 2α και 2β: Μέχρι το τέλος του ακαδημαϊκού έτους, το τμήμα θα προσλάβει έναν αντιπρόεδρο για τον τομέα των ερευνών.
5. Στρατηγικός στόχος 2γ: Έως τα μέσα του ακαδημαϊκού έτους, ο επικεφαλής ακτινολόγος θα αναπτύξει ένα σύστημα ακαδημαϊκής αξίας που θα παρέχει κίνητρα και θα ανταμείβει τη επιστημονική δραστηριότητα μεταξύ των μελών ΔΕΠ.
6. Στρατηγικός στόχος 2γ: Μέχρι το τέλος του ακαδημαϊκού έτους, το 60% του διδακτικού προσωπικού θα συμπεριληφθεί ως συγγραφέας τουλάχιστον μιας μελέτης που θα υποβληθεί προς δημοσίευση.
7. Στρατηγικός στόχος 2δ: Μέχρι τα μέσα του ακαδημαϊκού έτους, τα τμήματα μυοσκελετικής και επείγουσας απεικόνισης θα έχουν υποβάλει στο γραφείο μεταπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης αίτηση για υποτροφίες.



Σχήμα 2-2. Το διάγραμμα παρουσιάζει τη σχέση των επιχειρησιακών σχεδίων με ένα στρατηγικό σχέδιο. Τα στρατηγικά σχέδια είναι φιλόδοξα και αλλάζουν σπάνια. Αναλύουν πώς ένας οργανισμός ελπίζει να αλλάξει κατά τη διάρκεια του σχεδίου. Τα επιχειρησιακά σχέδια είναι πιο τακτικά και αναφέρουν τα ακριβή βήματα που απαιτούνται για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου ή μιας σειράς στόχων.

Πίνακας 2-1: Διαφορές μεταξύ στρατηγικού προγραμματισμού και επιχειρησιακού προγραμματισμού

Διαφορά	Στρατηγικό σχέδιο	Επιχειρησιακό σχέδιο
Πεδίο εφαρμογής	Όραμα για το πού θέλει να βρίσκεται ένας οργανισμός στο τέλος του σχεδίου	Ετήσιο σχέδιο που περιγράφει λεπτομερώς πώς θα επιτευχθεί ένας συγκεκριμένος στόχος
Διάρκεια	5-7 έτη	1 έτος
Προγραμματιστές σχεδίων	Εκτελεστική ηγεσία	Διευθυντές

Προσωπικό που ολοκληρώνει το σχέδιο	Ηγέτες του οργανισμού	Προσωπικό πρώτης γραμμής
Κατευθυντήριες αρχές	Αποστολή και όραμα του οργανισμού	Στρατηγικό σχέδιο
Υπομονάδες προγραμματισμού	Επιχειρησιακά σχέδια	Σχέδια έργων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΜΕΡΙΚΗΣ-ΕΛΛΑΔΑΣ-ΕΥΡΩΠΗΣ

3.1 Ευρωπαϊκή και διεθνής αγορά των συστημάτων υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη παρέχεται μέσω ενός ευρέος φάσματος διαφορετικών συστημάτων που λειτουργούν σε επιμέρους εθνικό επίπεδο. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν ένα σύστημα αυστηρά ελεγχόμενων, ανταγωνιστικών ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών υγείας, με κρατικές επιδοτήσεις διαθέσιμες για πολίτες που δεν είναι δυνατόν να αντέξουν οικονομικά την κάλυψη (Σούλης 2015). Πολλές ευρωπαϊκές χώρες (και όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης) προσφέρουν στους πολίτες τους μια ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης υγείας η οποία, παρέχει ασφάλιση έκτακτης ιατρικής περίθαλψης όταν τα μέλη επισκέπτονται άλλες συμμετέχουσες ευρωπαϊκές χώρες (Tikkanen, et al. 2021).

Οι χώρες της δυτικής Ευρώπης είχαν σημαντική αύξηση στο προσδόκιμο ζωής από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, ενώ οι περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και οι πρώην σοβιετικές χώρες παρουσίασαν μείωση του προσδόκιμου ζωής (Ec.europa.eu 2017).

Η χρήση καπνού είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί στην Ευρώπη. Πολλές χώρες έχουν θεσπίσει νομοθεσία τις τελευταίες δεκαετίες που περιορίζουν τις πωλήσεις και τη χρήση καπνού. Σύμφωνα με την European Health Interview Survey (EHIS) που διεξήχθη μεταξύ 2013 και 2015, υπήρχαν σημαντικές ανισότητες όσον αφορά το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης σχετικά με το ποσοστό των ενηλίκων που καπνίζουν καθημερινά τσιγάρα (Medical.mit.edu, 2021).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει σημαντική διοικητική ευθύνη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η Γενική Διεύθυνση Υγείας και Καταναλωτών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής επιδιώκει να ευθυγραμμίσει τους εθνικούς νόμους για την ασφάλεια των τροφίμων και άλλων προϊόντων, για τα δικαιώματα των καταναλωτών και για την προστασία της υγείας των ανθρώπων, προκειμένου να διαμορφώσει νέους νόμους σε όλη την ΕΕ και να ενισχύσει έτσι τις εσωτερικές αγορές της. Τόσο το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ/Ευρώπη) όσο και το Ευρωπαϊκό

Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων συμμετέχουν στην ανάπτυξη της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη (Thorlby, 2021).

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης επλήγησαν από την πανδημία COVID-19. Οι κυβερνήσεις των διαφόρων χωρών υιοθέτησαν πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης που στοχεύουν στη μείωση του πληθυσμού της μόλυνσης. Μια ευρεία εκστρατεία εμβολιασμού βοήθησε στη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας από τον COVID-19. Εκτός από τα εμβόλια για τον COVID-19, τα ποσοστά θνησιμότητας καθορίστηκαν από τον αριθμό των γιατρών, τον αριθμό των διαθέσιμων μονάδων Εντατικής Θεραπείας κρεβάτια (ΜΕΘ) και πολιτικές ασφάλειας που εφαρμόζονται από τις κυβερνήσεις. Τα ποσοστά θνησιμότητας διέφεραν στην Ευρώπη ανάλογα με το αν οι χώρες έχουν υψηλότερο ή χαμηλότερο ποσοστό ενήλικου πληθυσμού άνω των 65 ετών. Μελέτες δείχνουν ότι η ύπαρξη επαρκούς αριθμού επαγγελματιών υγείας είναι μια από τις πιο σημαντικές μεταβλητές για τη μείωση του αριθμού των θανάτων.

Η εμφάνιση του κορωνοϊού έχει ανατρέψει τη καθημερινή ζωή σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, οι υποδομές και οι πόροι της δημόσιας υγείας, οι κυβερνητικές και πολιτιστικές αξίες διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην ανάσχεση της απειλής. Η εύρεση μιας προσέγγισης που εξισορροπεί την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την επιτυχή απάντηση στην πανδημία είναι το κλειδί για τον τερματισμό της κρίσης (Earn, 2021).

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως η Ελλάδα και η Σουηδία έχουν παρόμοιους πληθυσμούς και μεγέθη. Έχουν μια δύσκολη πολιτιστική και πολιτική στάση. Η κυβερνητική απάντηση διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών στην πανδημία ήταν να μείνουν σίτι και να επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού λειτουργώντας προληπτικά στο κλείσιμο επιχειρήσεων και καταστημάτων νωρίς και ακόμη και πριν από τον πρώτο θάνατο του COVID-19. Η κυβερνητική απάντηση, συμπεριλαμβανομένης της απαγόρευσης όλων των διεθνών μη βασικών ταξιδιών και τα lockdown για τον COVID-19 βοήθησαν να περιοριστεί ο αριθμός των νεκρών στο ελάχιστο.

Συγκριτικά, η απάντηση της κυβέρνησης στον COVID-19 στη Σουηδία ήταν πολύ λιγότερο αυστηρή από ό,τι στην Ελλάδα. Η κυβέρνηση της

Σουηδίας εστίασε σε κατευθυντήριες γραμμές που ενθαρρύνουν όλους τους πολίτες να αναλάβουν προσωπική ευθύνη για τον περιορισμό του ιού. Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας της Σουηδίας πρότεινε την απαγόρευση των συγκεντρώσεων άνω των 500 ατόμων, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόστασης. Η βασική ιδέα που προτάθηκε ήταν η αλληλεγγύη μέσω της ατομικής ευθύνης με όλους τους Σουηδούς πολίτες που υπακούουν στις οδηγίες (Gurta, 2021).

Ζητήματα μέτρησης που καθόρισαν την ιατρική προτεραιότητα για την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης από τον COVID-19 αντιπαραβάλλονται μεταξύ της Σουηδίας και της Ελλάδας. Οι Ευρωπαίοι εστίασαν αυστηρά στα ιατρικά πρωτόκολλα και την τεχνική εμπειρογνωμοσύνη από τον ιατρικό τομέα. Αυτό προκάλεσε θεμελιώδη κατάρρευση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αδικαιολόγητους θανάτους και ένα παραπληροφορημένο και δύσπιστο κοινό που απαιτούσε περισσότερη ευθύνη από τα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την κυβέρνηση και τους επαγγελματίες υγείας. Μέχρι τις 10 Δεκεμβρίου 2021, σημειώθηκαν 18.982 θάνατοι στην Ελλάδα και 15.152 θάνατοι στη Σουηδία.

Υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ των φύλων στο προσδόκιμο ζωής λόγω των εισοδηματικών ομάδων. Μελέτες δείχνουν ότι η ομάδα με το υψηλότερο εισόδημα τείνει να ζει περισσότερο. Για παράδειγμα, η Ανατολική Ευρώπη είναι μια περιοχή χαμηλού εισοδήματος, με χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής λόγω βιολογικών και γενετικών παραγόντων, θέματα διατροφής, ακόμη και των ορμονικών ζητημάτων. Ωστόσο, άλλοι παράγοντες είναι μη βιολογικοί, όπως το κάπνισμα και το ποτό που τείνουν να αποτελούν μέρος της μείωσης του προσδόκιμου ζωής για τους άνδρες. Αυτοί οι ανθυγιεινοί τρόποι ζωής δημιουργούν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες όπως ο καρκίνος του πνεύμονα και καρδιαγγειακές επιπλοκές. Η κατανάλωση αλκοόλ στην Ευρώπη από άνδρες είναι συνήθως πιο συχνή μεταξύ των ηλικιών 20-34 ετών στους άνδρες και μπορεί να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής εάν μειωθεί η κατανάλωση. Ένας άλλος μη βιολογικός παράγοντας που συνεργάζεται με τη μείωση του προσδόκιμου ζωής στην Ανατολική Ευρώπη θα ήταν το ανθυγιεινό στρες που επηρεάζει την καρδιαγγειακή υγεία (Earn, 2021).

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί από τα ποσοστά γεννήσεων λόγω σημαντικών παραγόντων όπως η μείωση των ποσοστών παιδικής θνησιμότητας, η αύξηση του βιοτικού επιπέδου, η καλύτερη εκπαίδευση και η πρόοδος

στην υγειονομική περίθαλψη και την ιατρική. Από τη δεκαετία του 1960, μελέτες και στατιστικές έχουν δείξει αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά δύο αριθμούς ανά δεκαετία. Ωστόσο, από το 2019 έως το 2020 σημειώθηκε μια ελαφρά αύξηση στο προσδόκιμο ζωής κατά περίπου 0,2 χρόνια. Ωστόσο, το 2020 σημειώθηκε δραστική μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά περίπου -1,75. Αυτό συνέβη μόνο σε ορισμένες πολιτείες της Ευρώπης λόγω της πανδημίας COVID-19.

Η μείωση του προσδόκιμου ζωής ήταν δραματική, η οποία είναι γνωστό ότι είναι η μεγαλύτερη μείωση του προσδόκιμου ζωής σε σύγκριση με τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η εξήγηση που δίνεται οφείλεται στο γεγονός ότι λόγω του χαμηλού προσδόκιμου ζωής που εμφανίζεται ήδη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο COVID-19 το επιδείνωσε, μειώνοντας το προσδόκιμο ζωής και προκαλώντας περισσότερους θανάτους (World Health Organization 2020)

Τα εμβόλια είναι ένα ισχυρό εργαλείο που χρησιμοποιείται σε εθνικό επίπεδο κατά του COVID-19. Στην αρχή της πανδημίας, ο ευρωπαϊκός πληθυσμός είχε στόχο να βοηθήσει άτομα που διέτρεχαν τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ηλικιωμένους άνω των 65 ετών που είναι πιο πιθανό να έχουν άλλα προβλήματα υγείας. Μειονότητες που δεν έχουν πλήρη πρόσβαση σε βοήθεια από την κυβέρνηση. Τα άτομα με αναπηρία είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν λόγω των υποκείμενων ιατρικών τους καταστάσεων. Μειονότητες που δεν έχουν πρόσβαση στο υψηλότερο επίπεδο ιατρικής βοήθειας.

Λόγω της μεγάλης ζήτησης στα νοσοκομεία, τα εμβόλια χρησίμευσαν ως μηχανισμός μείωσης του φόρτου στους γιατρούς. Η Ευρώπη και τα μέλη της συμβάλλουν ενεργά στον χειρισμό αυτής της πανδημίας με τον πιο απλό τρόπο. Από σήμερα, το 66,9% του πληθυσμού της Ευρώπης είναι πλήρως εμβολιασμένο. Η Ευρώπη ακολουθεί τη στρατηγική της « ανοσίας της αγέλης » που πείθει τους πολίτες της να εμβολιαστούν το συντομότερο δυνατό. Η «ανοσία της αγέλης» είναι η ιδέα ενός τεράστιου αριθμού ατόμων που θα εμβολιαστούν πλήρως κατά του COVID-19. Όσο περισσότεροι είναι οι εμβολιασμένοι τόσο λιγότερο πιθανό είναι να εξαπλωθεί ο ιός. Αν και αυτό ήταν μέχρι στιγμής επιτυχές, ένας σημαντικός αριθμός Ευρωπαίων σε κάθε κοινότητα εξακολουθεί να μην έχει εμβολιαστεί. Το γεγονός ότι υπάρχουν συνεχώς νέες παραλλαγές δεν βοηθά γιατί πρέπει να συμβαδίζουμε με νέα στατιστικά στοιχεία. Στην Ευρώπη,

υπάρχει περιορισμένος αριθμός εμβολιασμών που προσφέρονται για τους ανθρώπους. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για τη νόσο παρακολουθεί στενά την αποτελεσματικότητα κάθε εμβολίου. Έκτοτε, η Ευρώπη έχει λάβει προφυλάξεις για τη διανομή των εμβολίων με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε ολόκληρη τη χώρα (Fang, 2021).

Υπάρχουν πολλές φιλοσοφίες που διαμορφώνουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση του γιατί οι διάφορες χώρες αντιμετωπίζουν διαφορετικά την υγειονομική περίθαλψη.

Μερικά παραδείγματα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης διαφόρων χωρών ακολουθούν στη συνέχεια.

3.2 Υγειονομική περίθαλψη στις Η.Π.Α

Οι ΗΠΑ δεν διαθέτουν καθολικό, δωρεάν πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με τις περισσότερες άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Αντίθετα, σύμφωνα με τη νοοτροπία της ελεύθερης αγοράς-αρετής, οι περισσότεροι Αμερικανοί εξυπηρετούνται από έναν συνδυασμό προγραμμάτων και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

Τα περισσότερα νοσοκομεία και κλινικές είναι ιδιόκτητα, με περίπου το 60% να είναι μη κερδοσκοπικές και ένα άλλο πέμπτο να είναι κερδοσκοπικές εγκαταστάσεις. Η κάλυψη από ομοσπονδιακά και κρατικά προγράμματα είναι μερική και οι περισσότεροι ασφαλισμένοι Αμερικανοί έχουν ιδιωτική ασφάλιση με βάση την απασχόληση.

Τα ομαδικά σχέδια που χρηματοδοτούνται από τον εργοδότη καλύπτουν περίπου 150 εκατομμύρια Αμερικανούς.

3.2.1 Ιδιωτική ασφάλιση

Αυτές περιλαμβάνουν τους οργανισμούς συντήρησης υγείας (HMOs), οι οποίοι είναι δίκτυα παρόχων. Οι ασφαλισμένοι ασθενείς επισκέπτονται ιατρό

πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCP), ο οποίος τους παραπέμπει σε ειδικό εάν χρειάζεται.

Μια πιο δημοφιλής επιλογή είναι η χρήση προτιμώμενων οργανισμών παρόχων (PPO), οι οποίοι επιτρέπουν στους ασθενείς να βλέπουν εξωτερικούς παρόχους, να επιλέγουν τους PCP τους και να επισκέπτονται έναν ειδικό χωρίς παραπομπή PCP, εφόσον ο πρώτος είναι πρόθυμος.

Αυτά χρησιμοποιούνται πλέον από πάνω από το 55% των ασφαλισμένων εργαζομένων, σε σύγκριση με το 25% στα προγράμματα HMOs ή point-of-service (POS).

Με τα προγράμματα POS, οι ασθενείς πρέπει να έχουν PCP στο δίκτυο παρόχων, αλλά είναι δυνατόν να βγουν από το δίκτυο έναντι χρέωσης.

3.2.2 Ομοσπονδιακή ασφάλιση

Οι Υπηρεσίες Υγείας της Ινδίας και η Διοίκηση Υγείας Βετεράνων παρέχουν φροντίδα σε ιθαγενείς Αμερικανούς και στρατιωτικούς βετεράνους, αντίστοιχα. Το Στρατιωτικό Σύστημα Υγείας, που λειτουργεί από το Υπουργείο Άμυνας, παρέχει αμειβόμενη φροντίδα στο υπηρετικό στρατιωτικό προσωπικό.

3.2.3 Δημόσια χρηματοδότηση ασφάλισης

Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσωπεύουν τουλάχιστον το ήμισυ του συνόλου των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι τρίτοι που πληρώνουν μόνο το 27%.

Περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού καλύπτεται από τρία δημόσια χρηματοδοτούμενα προγράμματα - Medicare, για άτομα άνω των 65 ετών και ορισμένα άτομα με αναπηρία, Medicaid, για όσους ζουν σε συνθήκες φτώχειας, και τα προγράμματα ασφάλισης υγείας για παιδιά, τα οποία καλύπτουν παιδιά από οικογένειες που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για Medicaid, σε ποσοστό άνω του 300 τοις εκατό του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας (FPL).

Ο νόμος ACA του 2010 («Obamacare»), ο οποίος θεσπίστηκε το 2010, αναβάθμισε την ασφάλιση υγείας. Δημιούργησε αγορές ασφάλισης υγείας, οι οποίες καλύπτουν περίπου 17 εκατομμύρια Αμερικανούς. Ωστόσο, αυτά τα

προγράμματα είναι συχνά μικρά, αποκλειστικά και περιορισμένης επιλογής παρόχου (Blumenthal, et al. 2020).

Ταυτόχρονα, η επέκταση του Medicaid βάσει του νόμου ACA έχει πιθανώς σώσει πολλές ζωές με λιγότερα από 900.000 \$ ανά ζωή που σώζεται, έναντι 7,6 εκατομμυρίων δολαρίων βάσει άλλων προγραμμάτων δημόσιας ασφάλισης.

Μεταξύ 11 χωρών υψηλού εισοδήματος, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ είναι το πιο ακριβό, με το 17% του ΑΕΠ να δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη το 2018. Πολλοί αμερικανικοί δείκτες υγείας ξεπερνούν κατά πολύ τα παγκόσμια πρότυπα.

Το ποσοστό των εξειδικευμένων σαρώσεων (αξονική τομογραφία – αξονική τομογραφία – και μαγνητική τομογραφία) – είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο, διπλάσια από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το ίδιο συμβαίνει και με τη χρήση αντικαταστάσεων ισχίου, εμβολίων γρίπης και προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού.

Ωστόσο, μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών, το αμερικανικό σύστημα είναι από τα λιγότερο προσιτά, αποτελεσματικά και δίκαια. Ο αριθμός των γιατρών και το ποσοστό επισκέψεων σε ιατρούς είναι από τα χαμηλότερα. Οι εθνικές και οι μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες υφίστανται τεράστιες ανισότητες. Περίπου το 14% των Αμερικανών (πάνω από 27 εκατομμύρια) ήταν ανασφάλιστοι έναντι ασθενειών στα τέλη του 2018, προκαλώντας περίπου 60.000 θανάτους που μπορούσαν να αποφευχθούν. Το υψηλό ιατρικό κόστος έχει οδηγήσει σε χρεοκοπία το ένα τέταρτο των ηλικιωμένων πολιτών, σύμφωνα με παλαιότερη μελέτη.

Οι καταστάσεις που είναι δυνατόν να προληφθούν μέσα από τον καθημερινό τρόπο ζωής, είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση και ο διαβήτης.

Εν τω μεταξύ, τα ποσοστά αυτοκτονιών στις ΗΠΑ είναι τα υψηλότερα μεταξύ όλων των μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Συνολικά, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ επιτρέπει στους παρόχους να αυξάνουν τις τιμές και τις ακριβές υπηρεσίες, αλλά αποζημιώνει ελάχιστα βασικές υπηρεσίες όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι συμβουλές

συμπεριφοράς. Επίσης απομακρύνει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από αγροτικές και φτωχές κοινότητες (Apps.who.int. 2020).

Ωστόσο, οι ΗΠΑ πρωτοστατούν στην ιατρική καινοτομία, με πολλά από τα κορυφαία νοσοκομεία στον κόσμο. Για όσους είναι δυνατόν να πληρώσουν, παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας.

3.3 Απόκριση COVID-19

Παρόλο που το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ εξυπηρετεί το 4% του παγκόσμιου πληθυσμού, το ένα τέταρτο των παγκόσμιων κρουσμάτων COVID-19 και το ένα πέμπτο των παγκόσμιων θανάτων από COVID-19 σημειώθηκαν εδώ. Ωστόσο, οι λόγοι δεν σχετίζονται κυρίως με το σύστημα υγείας.

Αντιθέτως, περιλαμβάνουν μια ασύνδετη, απρόθυμη και συχνά αντιφατική απάντηση της δημόσιας υγείας στην πανδημία, που οδηγείται από πολιτική απάθεια απέναντι στην απειλή του ιού.

Δεν υπάρχει κεντρική διοίκηση και έλεγχος για την υγειονομική περίθαλψη στη χώρα: αυτό εμποδίζει τον έλεγχο της εξάπλωσης των λοιμώξεων.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), το οποίο χρηματοδοτείται κατά 79% από τους φόρους και λειτουργεί από το Υπουργείο Υγείας. Περίπου το 20% πληρώνεται από την εθνική ασφάλιση και οι ιδιώτες ασθενείς και οι συμπληρωματικές πληρωμές αποτελούν το υπόλοιπο (Bradford, 2020).

Το NHS England εποπτεύει και χρηματοδοτεί τοπικές Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης. Αυτά παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων προληπτικού προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμών, νοσοκομειακής και εξωτερικής φροντίδας στα νοσοκομεία, μαιευτικής περίθαλψης, φροντίδας ψυχικής υγείας και παρηγορητικής φροντίδας (Altman, 2020).

Όπως οι ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει δημόσια, ιδιωτικά κερδοσκοπικά και μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία. Ο πρώτος τύπος λειτουργεί ως νοσοκομειακά καταπιστεύματα ή ιδρύματα, σε τρία επίπεδα: κοινοτικά

νοσοκομεία, περιφερειακά νοσοκομεία και νοσοκομεία περιφερειακού επιπέδου. Τα ειδικά νοσοκομεία προσφέρουν εξειδικευμένη θεραπεία (Balla, et al 2020).

Οι γενικοί ιατροί (GPs) προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα στους ντόπιους μέσω των ιατρείων τους. Πολλές τέτοιες πρακτικές υπερφορολογούνται: μια εναλλακτική είναι τα κέντρα περιπάτου χωρίς εγγραφή. Οι γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς ως απαραίτητους για δευτεροβάθμια περίθαλψη. Όλοι οι κάτοικοι της Αγγλίας, καθώς και οποιοσδήποτε με Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας, δικαιούνται φροντίδα NHS: η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ως επί το πλείστον δωρεάν. Άλλοι λαμβάνουν επείγουσα ή επιλεκτική θεραπεία λοίμωξης (Scally et al. 2020).

Οι ασθενείς στο NHS είναι δυνατόν να επιλέξουν νοσοκομείο και ειδικό. Επί του παρόντος, το 12% του πληθυσμού επιλέγει επίσης ιδιωτική ασφάλιση υγείας, κυρίως προκειμένου να αποφύγει την περίοδο αναμονής για εκλεκτική περίθαλψη, να έχει επιλογή ειδικών και καλύτερες εγκαταστάσεις.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία συνήθως προσφέρουν εξειδικευμένες θεραπείες, όπως η βariatρική χειρουργική, και δεν προσφέρουν φροντίδα τραυμάτων, υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή εντατική θεραπεία.

Το Ηνωμένο Βασίλειο ξοδεύει περίπου το ένα δέκατο του ΑΕΠ του στην υγειονομική περίθαλψη, με σχεδόν το 80% να δαπανάται για το NHS. Σε αντίθεση με το αμερικανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι διοικητικές δαπάνες του NHS είναι μόνο το 16% του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Η καθολική δωρεάν υγειονομική περίθαλψη θεωρείται ευρέως ότι είναι καλή για τη χώρα, τόσο από άποψη υγείας όσο και οικονομικά.

Το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου παρέχει δωρεάν υγειονομική περίθαλψη για όλους και υψηλότερο προσδόκιμο ζωής από ό,τι στις ΗΠΑ, στο μισό κόστος. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι σχετικά υψηλή, στο 61%, σε σύγκριση με 29% στις ΗΠΑ (Ham, 2020).

Οι φόροι για την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να φαίνονται υψηλότεροι, αλλά στην πραγματικότητα είναι ισοδύναμοι με τις συνολικές ιατρικές δαπάνες στις ΗΠΑ. Επιπλέον, τα φάρμακα είναι φθηνότερα και δεν υπάρχει έκπληξη ιατρικού κόστους. Οι περικοπές λιτότητας οδήγησαν σε απροθυμία για πρόσληψη

προσωπικού και για αναβάθμιση του εξοπλισμού, κάτι που μπορεί τελικά να επηρεάσει την ποιότητα της περίθαλψης. Οι χρόνοι αναμονής για διαβουλεύσεις και χειρουργικές επεμβάσεις είναι μεγάλοι. Ένα τρίτο ζήτημα είναι ο τουρισμός υγείας, όπου οι μη κάτοικοι εκμεταλλεύονται το NHS προκειμένου να λάβουν ιατρική περίθαλψη υψηλής ποιότητας με χαμηλότερο κόστος από αυτό που διατίθεται εκεί όπου ζουν, αλλά χωρίς αντίστοιχη συνεισφορά μέσω φόρων (Han, et al. 2020).

Οι εθνοτικές μειονότητες και οι φτωχοί αντιμετωπίζουν ανισότητες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα κοινωνικής μέριμνας.

Όταν η πανδημία έπληξε το Ηνωμένο Βασίλειο, η κυβέρνηση έχτισε επτά προσωρινά νοσοκομεία προκειμένου να αντιμετωπίσει την ξαφνική ζήτηση. Η εύρεση κρουσμάτων, ο εντοπισμός επαφών και η απομόνωση ήταν θλιβερά ανεπαρκείς, επιτρέποντας την εξάπλωση της κοινότητας και αναγκάζοντας τις τοπικές αρχές να αναλάβουν τη διαχείριση.

Η τακτική ιατρική περίθαλψη επηρεάστηκε από την πανδημία. Οι ασθενείς απέφευγαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών φοβούμενοι μόλυνση. Τουλάχιστον 160.000 ασθενείς περίμεναν ένα χρόνο για διαγνώσεις, έναντι των τυπικών 18 εβδομάδων. Η αποκατάσταση αυτού του προτύπου μπορεί να διαρκέσει χρόνια.

Η φροντίδα ψυχικής υγείας, που ήδη πιέζεται, βρίσκεται υπό μαζικά αυξημένο στρες, με περίπου 10 εκατομμύρια νέους ασθενείς να επηρεάζονται από την πανδημία. Πολλοί υπάλληλοι μολύνθηκαν ή εκτέθηκαν σε μόλυνση: για αποζημίωση, ζητήθηκε από άλλους να παραιτηθούν ή να περιορίσουν την προγραμματισμένη άδειά τους.

Η νέα άνοδος των κρουσμάτων το 2021 προκάλεσε περισσότερες νοσηλείες από ό,τι στην κορύφωση το 2020. Επιπλέον, το NHS απαιτείται να διασφαλίσει τον εμβολιασμό ολόκληρης της χώρας. Επίσης έπρεπε να κανονίσει υπηρεσίες μακροπρόθεσμης παρακολούθησης για άτομα με μακροχρόνια COVID. Προκειμένου να αναδιαρθρωθεί το NHS προκειμένου να καλύψει όλες αυτές τις ανάγκες, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε τρεις τομείς – ικανότητα, πόροι και δημόσια υγεία.

3.4 Υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Κάθε χώρα στην ΕΕ έχει το δικό της σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, τα μέλη της ΕΕ μοιράζονται γενικά τον ίδιο στόχο με το μοντέλο του ΗΒ.

Όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη περιλαμβάνουν αυτόματα όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής. Δεύτερον, όλα χρηματοδοτούνται κυρίως από φόρους που καταβάλλονται από τον εργοδότη και από το κοινό. Η υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν, εκτός από ορισμένες υπηρεσίες επιλογής και εξειδικευμένες υπηρεσίες (Child, et al 2020).

Τα άτομα είναι δυνατόν να επιλέξουν πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη, αλλά όχι για εκείνες που είναι ήδη διαθέσιμες. Η πληρωμή για αυτούς τους παρόχους μπορεί να είναι αμοιβή για υπηρεσία ή κεφαλαιακή χρέωση, με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών.

Πιο πρόσφατα, υιοθετήθηκαν εφάπαξ πληρωμές για την κάλυψη όλων των υπηρεσιών ανά έτος ανά εγγεγραμμένο άτομο. Ωστόσο, η αμοιβή για την υπηρεσία τείνει να ενθαρρύνει την υπερβολική χρήση ανθρώπινου δυναμικού και κεφαλαίων.

Τα κεφάλαια των νοσοκομείων κατανέμονται ως ομάδες που σχετίζονται με τη διάγνωση (DRG), ημερομίσθια ή ως εφάπαξ για όλες τις υπηρεσίες. Το κοινωνικοποιημένο σύστημα είναι ένα σύστημα όπου η κυβέρνηση παρέχει και ασφάλιση και διευθύνει τα νοσοκομεία. Είναι επομένως ο μόνος πάροχος ασφάλισης υγείας. Το NHS είναι μια έκδοση αυτού του μοντέλου, το οποίο χρησιμοποιείται επίσης στη Γαλλία, την Ιταλία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.

Οι ασθενείς είναι δυνατόν να επιλέξουν συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση, να λάβουν υπηρεσίες που δεν παρέχονται στο πλαίσιο της δημόσιας υπηρεσίας υγείας ή να δουν γιατρούς που δεν απασχολούνται από αυτήν την υπηρεσία.

Η Γαλλία, που ορισμένοι αναφέρουν ότι διαθέτει ένα από τα καλύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο, διαθέτει σημαντικό ιδιωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καθώς και νόμιμη ασφάλιση υγείας, προσφέροντας ευρεία επιλογή κάλυψης.

Ωστόσο, πρόσφατες τροποποιήσεις του νόμου κατέστησαν υποχρεωτικό για τους εργαζόμενους να πληρώνουν το ήμισυ της ασφάλισης που χορηγείται από τους εργοδότες τους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα οδοντιατρικά έξοδα και τα έξοδα όρασης, που δεν καλύπτονται από την κρατική ασφάλιση υγείας (Ihekweazu, et al. 2020).

Αυτό το σύστημα μοιάζει πολύ με τα προγράμματα American Medicare, Medicaid και Veteran Affairs. Τα ιδιωτικοποιημένα αλλά ρυθμιζόμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εντός της ΕΕ αποτελούν παράδειγμα της Γερμανίας. Εδώ, αν και όλοι οι πολίτες που κερδίζουν κάτω από ένα όριο πρέπει να λαμβάνουν ασφάλιση υγείας, οι άνεργοι σύζυγοι και τα εξαρτώμενα μέλη τους καλύπτονται επίσης χωρίς επιπλέον κόστος. Πάνω από αυτό το όριο, οι εργαζόμενοι είναι δυνατόν να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση. Ωστόσο, εκτός από τους αυτοαπασχολούμενους και τους κρατικούς υπαλλήλους, οι περισσότεροι προτιμούν να μην το κάνουν.

Στην Ελβετία και την Ολλανδία, η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και παρέχεται αποκλειστικά από ιδιώτες παρόχους. Η κυβέρνηση επιδοτεί τα ασφαλιστρα μέσω φόρων, δίνοντας τη δυνατότητα σε πολίτες με χαμηλό εισόδημα να πληρώνουν ασφάλιση υγείας. Όλοι οι ασφαλιστές υποχρεούνται νομικά να αποδεχτούν οποιονδήποτε αιτούντα. Αυτό κοστίζει στον ασθενή πολύ λιγότερο από ό,τι στις ΗΠΑ, το σύστημα είναι πιο εύκολο στην πλοήγηση και η συνασφάλιση περιορίζεται σε ένα λογικό ανώτατο όριο.

Έτσι, η ευρωπαϊκή υγειονομική περίθαλψη παρέχει πρωτοβάθμια και κάποια δευτεροβάθμια ιατρική περίθαλψη, με ορισμένα μέρη να επιτρέπουν σε ιδιωτικές εταιρείες να χορηγούν περισσότερη ασφάλιση για τους υπαλλήλους τους.

Τα ιδιωτικοποιημένα προγράμματα επιτρέπουν εξειδικευμένη φροντίδα, μειώνουν τον χρόνο αναμονής για μια επέμβαση ή διευρύνουν τις επιλογές του ασθενούς.

Ο μέσος όρος της ΕΕ για τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είναι περίπου 8% του ΑΕΠ, αλλά η Κύπρος και η Λετονία βρίσκονται στο 3,5%, ενώ άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης στο 5%. Οι δημόσιες δαπάνες σε αυτόν τον τομέα αποτελούν συνήθως περίπου το 15% του συνολικού κρατικού προϋπολογισμού.

Τα περισσότερα μέλη της ΕΕ απολαμβάνουν την έγκριση της πλειοψηφίας των ανθρώπων τους για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, με λιγότερο από το 5% των ανθρώπων στα τέσσερα πέμπτα των ευρωπαϊκών χωρών να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες.

Τα εθνικά συστήματα υγείας τείνουν να ελέγχουν καλύτερα το κόστος. Η εισαγωγή εσωτερικών αγορών μπορεί να αυξήσει την οικονομία και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Allin, et al. 2020).

Ωστόσο, οι πιέσεις χρηματοδότησης είναι πιθανό να αυξηθούν καθώς οι ασθενείς αναμένουν πιο προηγμένες θεραπείες και καθώς αναπτύσσεται η τεχνολογία. Το γκριζάρισμα της Ευρώπης μπορεί να εμποδίσει τις ροές κεφαλαίων σε αυτά τα προγράμματα, δεδομένου ότι περίπου το 70% της χρηματοδότησης προέρχεται από τον δημόσιο τομέα στις περισσότερες χώρες. Ταυτόχρονα, η γήρανση συνδέεται με διαφορετικά μοτίβα ασθενειών, συνήθως καταστάσεις που είναι δυνατόν να προληφθούν και να απαιτούν εντατική φροντίδα. Καθώς αυξάνεται η ηλικία, ωστόσο, η κοινωνική πρόνοια τείνει να απορροφά περισσότερο από το κόστος.

Οι έλεγχοι της αποδοτικότητας των δαπανών θα είναι ζωτικής σημασίας για την ενίσχυση της ικανότητας δαπανών κάθε ευρώ. «Ο ΟΟΣΑ εκτιμά ότι το ένα πέμπτο των δαπανών για την υγεία συμβάλλει ελάχιστα ή καθόλου στη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων». Οι ανισότητες στην κατάσταση της υγείας και η ανισότητα στη χρηματοδότηση και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να μαστίζουν το σύστημα σε πολλά έθνη της ΕΕ.

3.5 Απόκριση COVID-19

Ενώ πολλές χώρες δημιούργησαν μηχανισμούς που λειτουργούσαν ομαλά προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αναδυόμενη πανδημία, η ΕΕ ήταν, γενικά, απροετοίμαστη. Τα αποθέματα εξοπλισμού, φαρμάκων και αναπνευστήρων ήταν ανεπαρκή σε πολλά μέρη (Hurtado et al 2020).

Αυτό εμπόδισε αυτές τις χώρες από το δημιουργήσουν ανίχνευση επαφών, για παράδειγμα, στις αρχές της πανδημίας, γεγονός που επιβράδυνε περαιτέρω τις προσπάθειες περιορισμού του ιού. Τα σχέδια διαχείρισης κρίσεων δεν ανταποκρίθηκαν στην πραγματικότητα, αναγκάζοντας το προσωπικό υγειονομικής

περίθαλψης να αυτοσχεδιάζει και να καινοτομεί, καθώς και να εργάζεται υπερβολικά προκειμένου να αποζημιώσει. Η ανάγκη κοινής χρήσης πόρων και ικανότητας των νοσοκομείων, διεθνώς, θα μπορούσε επίσης να είναι σημαντική.

Έτσι, η εφοδιαστική, η ετοιμότητα, ο συντονισμός και η συνέχιση της συνήθους υγειονομικής περίθαλψης, είναι τομείς που χρήζουν μελλοντικής βελτίωσης.

3.6 Η ανάλυση του κλάδου της υγείας στην Ελλάδα

3.6.1 Προβλήματα του Δημόσιου Τομέα Υγείας

Η διοίκηση βασίζεται στον κομματισμό της γραφειοκρατίας και των διοικητικών δομών, με αποτέλεσμα την κακή ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών και την αναποτελεσματική κάλυψη των νόμων. Παρά το γεγονός ότι η δημόσια διοίκηση της Ελλάδας απορρόφησε το 19,7% του ΑΕΠ το 2004, αυτό υποδηλώνει ότι μια χώρα τόσο υψηλού κόστους έχει αντίστοιχα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την αποτελεσματικότητα και τις υπηρεσίες των δημόσιων ιδρυμάτων. Δυστυχώς, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν ορισμένα προβλήματα στον ελληνικό δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα τη συνεχή μείωση των δημοσίων δαπανών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα κακής ποιότητας των δημόσιων ιδρυμάτων περιλαμβάνουν γραφειοκρατική στασιμότητα, σχέσεις με τους πελάτες, έλλειψη ευελιξίας και συμπεριφοράς, περιορισμένη χρήση ανθρώπινων πόρων και συγκεντρωτισμό (Adamopoulos, & Syrou, 2022).

Όλα αυτά τα προβλήματα έχουν αιτιολογικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία του προαναφερθέντος προβλήματος είναι: (Apostolopoulos, et al 2022).

- 1) Διαχωρισμός μεταξύ υπευθύνων λήψης αποφάσεων. Με άλλα λόγια, οι διαχειριστές του δημόσιου τομέα είναι επιβεβλημένοι από το νόμο, καθώς οι δημόσιοι θεσμοί δεν ελέγχονται και εξαρτώνται από τις πολιτικές αρχές.
- 2) Απουσία αποτελεσματικών ηγετών. Στον δημόσιο τομέα, η ηγεσία βασίζεται σε εξουσιοδοτημένες εξουσίες και όχι σε ατομικές ικανότητες όπως στον ιδιωτικό τομέα.

3) Η αλλαγή των πολιτικών επηρεάζει την καθολική λειτουργία των δημόσιων συστημάτων.

4) Επικοινωνίες. Στον δημόσιο τομέα, η επικοινωνία γίνεται με τη μεταφορά μηνυμάτων, εντολών και οδηγιών από τα υψηλότερα ιεραρχικά επίπεδα στα χαμηλότερα ιεραρχικά επίπεδα, παραμορφώνοντας έτσι τα μηνύματα και εμποδίζοντας τους εργαζόμενους να επικοινωνούν απευθείας με τους ανωτέρους τους.

5) Οι διαδικασίες του δημόσιου τομέα είναι χρονοβόρες, αυστηρές και σχολαστικές. Η συνεχής τήρηση κανόνων και νόμων δημιουργεί ένα φαινόμενο φορμαλισμού, το οποίο στερεί από τα μέλη της εταιρείας την ατομική ευθύνη και τη δημιουργικότητά τους.

3.6.2 Βασικές Ιδιαιτερότητες των Οργανισμών Υγείας

Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι:

α) Η αυξημένη κρατική παρέμβαση

β) Η αδυναμία των ασθενών να λάβουν αποφάσεις μόνοι τους

γ) Η ένταση εργασίας

δ) Η ένταση οργάνωσης και διαχείρισης

ε) Ο καταμερισμός των μεθόδων: Η εξουσία και υγεία δεν μπορεί να ξεχνά ότι η κυβέρνηση συμμετέχει στον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και χρηματοδοτούνται τα ιδρύματα υγείας.

Οι κρατικές παρεμβάσεις στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις θα πρέπει να γίνονται με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο. Με νομοθετικές πρωτοβουλίες το κράτος προστατεύει το δικαίωμα των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη (Alaggio, et al 2022).

3.6.3 Δημόσια Νοσοκομεία - Προβλήματα & Προκλήσεις

Η οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων έχει επικριθεί για την αποτελεσματικότητά της, εστιάζοντας σε τέσσερις αιτίες:

- Δεν υπάρχει δημόσιος φορέας σχεδιασμένος για την ικανοποίηση των ασθενών
- Η κατανομή των πόρων δεν βασίζεται σε κριτήρια
- Δεν υφίσταται έλεγχος κόστους
- Υφίσταται άρνηση για εκσυγχρονισμό από φόβο μήπως χάσει την εξουσία

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα αντιμετωπίζει ποικίλες προκλήσεις, όπως νέες οργανωτικές δομές, σύγχρονες μεθόδους χρηματοδότησης, πιέσεις από τον ανταγωνισμό, επανασχεδιασμός του τρόπου χρήσης των πόρων, απρόβλεπτες αλλαγές και εναλλακτικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών υγείας.

3.6.4 Σύγχρονες Τάσεις Διοίκησης των Νοσοκομείων

Πολλές χώρες έχουν προβλέψει εδώ και καιρό την εισαγωγή μεθόδων και εργαλείων ορθολογικής διαχείρισης όπως ο στρατηγικός σχεδιασμός, ο επιχειρησιακός σχεδιασμός, η διασφάλιση και ο έλεγχος ποιότητας, η μέτρηση της απόδοσης και η διαχείριση που βασίζεται σε συστήματα πληροφοριών. Ως εκ τούτου, επιδιώκει να μειώσει τη γραφειοκρατία, να εφαρμόσει την αποκέντρωση της εξουσίας, να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων και να επιτύχει καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Τα ελληνικά νοσοκομεία υστερούν στην καθιέρωση σύγχρονων συστημάτων διαχείρισης και στην εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων διαχείρισης της επιστήμης, με αποτέλεσμα τη γενικότερη δυσλειτουργία (Σούλης, 2015).

Επιλύθηκαν τουλάχιστον δύο θεμελιώδεις και δραστικές ρυθμίσεις όσον αφορά τη διασφάλιση ενός «ανοιχτού» και επαρκούς νοσοκομειακού περιβάλλοντος που θα επιτρέψει την ανάπτυξη της διοίκησης.

A. Κατάρτιση στρατηγικών και επιχειρησιακών σχεδίων. Αυτό σημαίνει ξεκάθαρο καθορισμό των προτεραιοτήτων, των στρατηγικών και των στόχων του νοσοκομείου, κάτι που προϋποθέτει την πλήρη ανάπτυξη των λειτουργικών «επιχειρηματικών» λειτουργιών του. Με βάση τα αποτελέσματα και τη σωστή εφαρμογή του επιχειρηματικού σχεδίου, αξιολογείται η απόδοση του νοσοκομείου (και προφανώς η διοίκηση του νοσοκομείου).

B. Δημιουργία διοικητικής ευελιξίας του νοσοκομείου. Η αποτελεσματική διαχείριση προϋποθέτει την ικανότητα χρήσης πόρων σύμφωνα με ευέλικτα πρότυπα διαχείρισης. Υπάρχει επομένως ανάγκη να αρθεί η ακαμψία που παρέχει η τρέχουσα οργάνωση του ΕΣΥ στο πλαίσιο της δικτυακής οργάνωσης των μονάδων υγείας που ορίζεται από το κοινοτικό σύστημα υγείας και των νέων μορφών διαχείρισης νοσοκομείων.

3.6.5 Νομοθετικό Πλαίσιο & Διαδικασία Σχεδιασμού Δημόσιων Νοσοκομείων

Η διαμόρφωση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στην εφαρμογή ενός αυστηρού διοικητικού μοντέλου που διακρίνεται από δύο βασικούς άξονες: Απόδοση συστήματος μέσω της εφαρμογής ορθολογικών ελέγχων με χρήση σύγχρονων μεθόδων διαχείρισης και οργάνωσης. Άλλωστε, βασική αρχή και κύριος σκοπός του συστήματος είναι η επίτευξη ισότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για την επίτευξή τους απαιτείται σωστή οργάνωση των πόρων και αποτελεσματική διαχείριση και έλεγχος, τόσο σε διοικητικό και οικονομικό επίπεδο, όσο και στην καθημερινή λειτουργία του συστήματος. Με αυτή τη λογική ο Νόμος 2889/2001 αποτελεί τη βάση για προσπάθειες μεταρρύθμισης της υγείας στο σύστημα υγείας της χώρας (Agharour, et al 2019).

Δημιουργήθηκε ένα περιφερειακό σύστημα υγείας και πρόνοιας ως ενδιάμεσο επίπεδο μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών και των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας με διοικητικές και εκτελεστικές αρμοδιότητες. Επίσης, η προετοιμασία ενός επιχειρησιακού σχεδίου ξεκινά από τον υπεύθυνο του παρόχου υγείας και τον υπεύθυνο του Π.Σ.Υ.Π. Ο επιχειρησιακός και στρατηγικός σχεδιασμός σε επίπεδο νοσοκομειακών μονάδων και κοινοτικών συστημάτων υγείας εισάγει τον βασικό πυρήνα της ορθολογικής διαχείρισης και οργάνωσης και την ανάπτυξη αποτελεσματικών μεθόδων διαχείρισης (και στα συστήματα υγείας).

3.6.6 Ο κοινωνικός σκοπός και το περιβάλλον δράσης των Νοσοκομείων

Είναι γεγονός ότι οι οικονομικές μονάδες αλληλεπιδρούν συνεχώς με το περιβάλλον τους. Αυτό συμβαίνει και στα νοσοκομεία. Το εξωτερικό περιβάλλον

αναφέρεται σε εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις λειτουργίες του νοσοκομείου. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένας εσωτερικός παράγοντας».

Κάθε νοσοκομείο λαμβάνει όλες τις πληροφορίες και τις αξιοποιεί ανάλογα προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της ζήτησης υπηρεσιών. Όχι μόνο οι εσωτερικοί παράγοντες (ανθρώπινο δυναμικό – φυσικοί πόροι) επηρεάζουν τις οργανωτικές λειτουργίες, αλλά και εξωτερικοί παράγοντες (οικονομικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, νομικοί, τεχνολογικοί, περιβαλλοντικοί). Η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον είναι μόνιμη. Οποιοσδήποτε τροποποιήσεις του θα διείσδυναν στον οργανισμό του νοσοκομείου με τη μορφή πληροφοριών, αναγκάζοντάς το να αποκρυπτογραφηθεί και να γίνει χρήση αυτού (Zamparas, et al 2019).

3.7 Επιχειρησιακός σχεδιασμός και σχετικές μεταρρυθμίσεις PEST ANALYSIS

Το εξωτερικό περιβάλλον καθορίζει τις απειλές και τις ευκαιρίες για τις επιχειρήσεις και αναλύεται περαιτέρω στο μακρο-περιβάλλον που αποτελείται από οικονομικά, τεχνολογικά, πολιτικά/νομικά και κοινωνικοπολιτιστικά περιβάλλοντα και το μικρο-περιβάλλον που σχετίζεται με τις επιχειρήσεις. Το Πλαίσιο των Πέντε Δυνάμεων (Μοντέλο του Porter) για τη Διαρθρωτική Ανάλυση της Αγοράς. Η ανάλυση του μακροπεριβάλλοντος βοηθά τις εταιρείες να προβλέψουν τις μελλοντικές τάσεις στο ευρύτερο περιβάλλον. Το μοντέλο του Porter εστιάζει στον ανταγωνισμό, την είσοδο νέων εταιρειών στον κλάδο, τα υποκατάστατα προϊόντα/υπηρεσίες, τη διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών, τη διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών και τον αυξημένο ανταγωνισμό μεταξύ των κατεστημένων φορέων (Matović, 2020).

Πιο συγκεκριμένα, το οικονομικό περιβάλλον σχετίζεται με τις οικονομικές συνθήκες των χωρών στις οποίες δραστηριοποιείται μια εταιρεία και τις οικονομικές εξελίξεις που είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητά της. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το οικονομικό περιβάλλον των επιχειρήσεων είναι:

- Επίπεδο ανεργίας
- Πληθωριστικές τάσεις

- Προσφορά χρήματος
- Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν
- Επιτόκιο
- Διάθεση εισοδήματος
- Διαθεσιμότητα και κόστος ενέργειας
- Έλεγχοι τιμών και μισθών

Το τεχνολογικό περιβάλλον αφορά τεχνολογικά αποτελέσματα που επηρεάζουν άμεσα τον ρυθμό ανάπτυξης μιας εταιρείας, καθώς οι εταιρείες που αξιοποιούν και χρησιμοποιούν τεχνολογία αιχμής αποκτούν αποτελεσματικά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του τεχνολογικού περιβάλλοντος της εταιρείας επιτυγχάνεται με:

- Νέα προϊόντα και δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη
- Εστίαση σε τεχνολογικές προσπάθειες
- Βελτίωση της παραγωγικότητας με αυτοματισμό

Το κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον σχετίζεται με παράγοντες όπως η κατανομή του εισοδήματος, η θέση των γυναικών στον εργασιακό χώρο, ο καταναλωτισμός, το επίπεδο εκπαίδευσης των καταναλωτών και ο τρόπος ζωής.

Τέλος, το πολιτικό/νομικό περιβάλλον αφορά τις εγχώριες και διεθνείς πολιτικές εξελίξεις, αυξάνονται τα νομοθετικά και ρυθμιστικά πλαίσια μέσα στα οποία λειτουργούν οι επιχειρήσεις, οι κρατικοί φορείς και οι διάφορες ομάδες πίεσης που επηρεάζουν τους σύγχρονους οργανισμούς.

Ανάλυση Μικρο-Περιβάλλοντος/ Δυνάμεις Porter

Υφιστάμενος ανταγωνισμός

Σε έναν άκρως ανταγωνιστικό κλάδο και ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον αγοράς, η διατήρηση ενός ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος είναι πρωταρχικός στόχος. Παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του ανταγωνισμού στον κλάδο είναι οι παρακάτω (Mhlanga, 2018).

Χαρακτηριστικά ανταγωνιστή

Καθώς ο αριθμός των επιχειρήσεων σε έναν κλάδο αυξάνεται, τόσο αυξάνεται ο ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων και ακόμη περισσότερο όταν αυτές οι εταιρείες έχουν το ίδιο μέγεθος.

Αύξηση μεριδίου αγοράς

Στόχος των εταιρειών είναι να αυξήσουν το μερίδιο αγοράς τους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διαφήμιση και την προώθηση προϊόντων/υπηρεσιών, τον ανταγωνισμό τιμών ή την εισαγωγή νέων προϊόντων/υπηρεσιών. Αυτές οι ενέργειες αυξάνουν τον ανταγωνισμό καθώς οι ανταγωνιστές ανταποκρίνονται σε αυτές τις προσπάθειες

Υψηλό πάγιο κόστος και οικονομίες κλίμακας

Προκειμένου να επωφεληθούν από τις οικονομίες κλίμακας, οι επιχειρήσεις πρέπει να αυξήσουν τους ρυθμούς παραγωγής τους με την παρουσία πλεονάζουσας παραγωγικής ικανότητας και υψηλού σταθερού κόστους.

Έλλειψη διαφοροποίησης προϊόντος/υπηρεσίας

Εάν δεν υπάρχει διαφοροποίηση στα προσφερόμενα προϊόντα/υπηρεσίες, οι αγοραστές μπορούν εύκολα να στραφούν σε υποκατάστατα από ανταγωνιστές του κλάδου, αυξάνοντας στην περίπτωση αυτή τον ανταγωνισμό. Υψηλά εμπόδια εξόδου.

Αυτά τα εμπόδια μπορεί να είναι στρατηγικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ προϊόντων/υπηρεσιών ή οικονομικά εμπόδια όπως μεγάλες επενδύσεις σε σταθερές εγκαταστάσεις, υψηλό κόστος εργασίας κ.λπ. Σε αυτήν την περίπτωση, όσο μεγαλύτερο είναι το εμπόδιο για την έξοδο, τόσο περισσότερος ανταγωνισμός.

Εισέρχονται νέοι ανταγωνιστές και βιομηχανίες με υψηλότερη απόδοση κεφαλαίου από το κόστος και υψηλότερα περιθώρια κέρδους. Οι νέοι ανταγωνιστές διαθέτουν σημαντικούς πόρους και πρόσθετες δυνατότητες και προσπαθούν να εδραιωθούν στον κλάδο στον οποίο εισέρχονται. Υπάρχει αντίσταση στις υπάρχουσες επιχειρήσεις σε αυτόν τον χώρο ως αποτέλεσμα της εισόδου νέων ανταγωνιστών.

Οι παράγοντες που εμποδίζουν την είσοδο νέων ανταγωνιστών στον κλάδο είναι:

Οικονομίες κλίμακας

Οι οικονομίες κλίμακας σημαίνει ότι η τιμή μονάδας ενός προϊόντος μειώνεται καθώς αυξάνεται ο όγκος της παραγωγής. Επομένως, οι εταιρείες που προσπαθούν να εισέλθουν στον κλάδο είτε παράγουν σε μεγάλο όγκο προκειμένου να μειώσουν το κόστος είτε παράγουν χαμηλούς όγκους και υψηλό κόστος.

Πλεονέκτημα κόστους

Οι κατεστημένοι φορείς του κλάδου έχουν πλεονέκτημα έναντι των νέων ανταγωνιστών καθώς αποκτούν εμπειρία στον κλάδο, τεχνικές γνώσεις και εύκολη πρόσβαση σε αγορές υλικών χαμηλού κόστους. Αυτό το πλεονέκτημα επομένως εμποδίζει νέους ανταγωνιστές να εισέλθουν στον κλάδο.

Διαφοροποίηση προϊόντος/υπηρεσίας

Ο βαθμός διαφοροποίησης προϊόντος/υπηρεσίας καθορίζει το κόστος για τους καταναλωτές για τη μετάβαση από ένα προϊόν/υπηρεσία σε άλλο. Όσο πιο διαφορετικά είναι τα προϊόντα σε έναν κλάδο, τόσο πιο δύσκολο είναι για τις νέες επιχειρήσεις να προσελκύσουν πελάτες.

Οι νεοεισερχόμενοι στην αγορά αντιμετωπίζουν κατασχέσεις από τα κανάλια διανομής λόγω της απροθυμίας τους να εισάγουν νέα προϊόντα/υπηρεσίες. Επομένως, η αδυναμία δημιουργίας νέων δικτύων αποτελεί εμπόδιο για νέους ανταγωνιστές.

Νομικοί περιορισμοί

Απαιτούνται ειδικές άδειες προκειμένου να λειτουργήσουν σε ορισμένους τομείς, άλλοι είναι μονοπώλια, και εν ολίγοις, υπάρχουν διάφορα περιοριστικά καθεστώτα που δημιουργούν κεφαλαιακές ανάγκες για εταιρείες που επιθυμούν να εισέλθουν στην αγορά.

Επιπτώσεις υφιστάμενων επιχειρήσεων

Σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον, η αντίδραση των υφιστάμενων επιχειρήσεων μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά για τους νεοεισερχόμενους, δημιουργώντας τον κίνδυνο επικείμενης αποτυχίας.

Διαπραγματευτική Δύναμη των Προμηθευτών

Η σχέση μεταξύ ενός προμηθευτή και μιας εταιρείας είναι πολύ σημαντική σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Τα αναλώσιμα και οι πρώτες ύλες αποτελούν καθοριστικό ποσοστό του συνολικού κόστους ενός κατασκευασμένου προϊόντος. Οι προμηθευτές έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν το κόστος παραγωγής των προϊόντων τους, το οποίο επηρεάζεται άμεσα από τους ακόλουθους παράγοντες:

Αριθμός προμηθευτών

Όλο και περισσότεροι προμηθευτές έχουν μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη. Η διαπραγματευτική δύναμη ενός προμηθευτή μειώνεται σημαντικά όταν ο αγοραστής του προϊόντος είναι μεγάλος και σημαντικός.

Βαθμός διαφοροποίησης προϊόντων προμηθευτών

Εάν το προϊόν του προμηθευτή είναι πολύ διαφοροποιημένο, ο αγοραστής δεν έχει εναλλακτικές πηγές προμήθειας.

Αντικατάσταση προϊόντων προμηθευτών

Όσο περισσότερες αντικαταστάσεις και υποκαταστάσεις υπάρχουν, τόσο λιγότερη διαπραγματευτική δύναμη έχει ο προμηθευτής.

Διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών

Οι αγοραστές και οι προμηθευτές είναι σκάφη-σύνδεσμοι, επομένως οι παράγοντες που καθορίζουν τη διαπραγματευτική δύναμη ενός αγοραστή είναι οι ίδιοι παράγοντες που καθορίζουν την ισχύ ενός προμηθευτή.

Πιο συγκεκριμένα:

Μέγεθος αγοραστή

Η διαπραγματευτική δύναμη ενός αγοραστή αυξάνεται όσο μεγαλύτερος και σημαντικότερος είναι για την εταιρεία.

Αριθμός προμηθευτών

Η αγοραστική δύναμη είναι ανάλογη με τον αριθμό των προμηθευτών. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός, τόσο περισσότερη δύναμη έχει ο αγοραστής.

Χαρακτηριστικά Προϊόντος

Εάν τα προϊόντα μιας εταιρείας διαφοροποιούνται, οι πελάτες της εξαρτώνται άμεσα από την εταιρεία.

Πληροφορίες για τα έξοδα της εταιρείας

Οι αγοραστές θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι για τις συνθήκες της αγοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν ότι θα έχουν καλύτερη τιμή.

Ευαισθησία τιμής αγοραστή

Εάν τα προϊόντα της εταιρείας αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους του προϊόντος του αγοραστή, υπάρχει πίεση στον προμηθευτή για μείωση των τιμών.

Υποκατάστατα Προϊόντα

Ο ανταγωνισμός στην τιμή των υποκατάστατων προϊόντων περιορίζει τη δύναμη της υψηλής οικονομικής απόδοσης των επιχειρήσεων που παράγουν προϊόντα/υπηρεσίες.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την απειλή των υποκατάστατων προϊόντων είναι:

Ύπαρξη εναλλακτικών επιλογών

Απειλή υποκατάστασης υπάρχει όταν υπάρχει προϊόν/υπηρεσία που είναι ισοδύναμης ποιότητας και απόδοσης με την αντίστοιχη υπηρεσία της εταιρείας. Η τάση του καταναλωτή προς εναλλακτικά προϊόντα/υπηρεσίες. Οι καταναλωτές τείνουν να δοκιμάζουν εναλλακτικά προϊόντα/υπηρεσίες. Αυτό είναι φυσικά δυνατό εάν το υποκατάστατο προϊόν έχει πιο ευνοϊκή τιμή από το δικό σας προϊόν.

Τιμή

Εάν ένας αγοραστής διαπιστώσει ότι τα προϊόντα/υπηρεσίες μιας εταιρείας είναι υπερτιμημένα, θα αναζητήσει εναλλακτικά προϊόντα με πιο ευνοϊκή τιμή. Η επίδραση των προαναφερθέντων ανταγωνιστικών παραγόντων εξαρτάται άμεσα από τη δομή της αγοράς, η οποία αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και επηρεάζει τις οικονομικές επιδόσεις των επιχειρήσεων.

3.7.1 Γεωγραφική Ανάλυση - Προσπελασιμότητα - Οδικά Δίκτυα.

Τα στοιχεία που εκφράζουν την εικόνα είναι: Σταθμισμένοι χρόνοι πρόσβασης ανά περιοχή, περιγραφή και ποιοτική αξιολόγηση δρόμων πρόσβασης και μέσων προς νοσοκομεία, γεωφυσική ανάλυση περιοχών ευθύνης.

3.7.2 Δημογραφικές εξελίξεις

Οι δημογραφικές αλλαγές στον τομέα ευθύνης κάθε νοσοκομείου επηρεάζουν τη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες. Οι δημογραφικές μελέτες απαιτούν διαχρονική ανάλυση δεδομένων όπως υπεύθυνος πληθυσμός ανά φύλο, ηλικία, περιοχή, γεννήσεις και θανάτους, προσδόκιμο ζωής, ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, ποσοστό προγεννητικής θνησιμότητας, δείκτης γήρανσης, δείκτης εξάρτησης κ.λπ.

3.7.3 Εξελίξεις Κοινωνικοοικονομικού Επιπέδου Πληθυσμού

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του πληθυσμού αντικατοπτρίζεται με ανάλυση παραμέτρων όπως εισόδημα, επίπεδο εκπαίδευσης, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, εργασία, είδος ασφάλισης, ποσοστό ανεργίας ανά τομέα, ποσοστό εύάλωτων ομάδων στον πληθυσμό 80 ατόμων ειδικών αναγκών, οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες, ηλικιωμένοι κ.λπ.

3.7.4 Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας

Η επιδημιολογική ανάλυση καταγράφει τον πιθανό αντίκτυπο στον τομέα ευθύνης ενός νοσοκομείου (ή στην περιοχή) ή ακόμη και στη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες. Η ανάλυση των επιδημιολογικών παραγόντων που καταγράφουν τα τοπικά επίπεδα υγείας σχετίζεται με την αξιολόγηση:

Θνησιμότητα: τυποποιημένη συνολική θνησιμότητα ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, ειδική θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα. ειδική θνησιμότητα, κατανομή της θνησιμότητας ανά φύλο και ηλικία ομαδική, πρόωρη θνησιμότητα.

Επίπτωση: μητρώα ασθενών - εισαγωγές στην περιφέρεια, ποσοστιαία κατανομή των λόγων εισαγωγής, αναλογία χρόνιων ασθενειών (καρκίνος, καρδιαγγειακά-

μυοσκελετικά αναπνευστικά νοσήματα, αλλεργίες κ.λπ.), μητρώα ψυχιατρικών παθήσεων, μητρώα μεταδοτικότητας

Τρόπος ζωής: κάπνισμα, κατανάλωση ποτών, χρήση ναρκωτικών, στοματική υγιεινή κ.λπ. (Siopri, et al 2020).

3.7.5 Θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο - Κυβερνητική πολιτική - Περιφερειακή Πολιτική - Ευρωπαϊκή Πολιτική

Θεσμικά και ρυθμιστικά πλαίσια (που επί του παρόντος καθορίζονται από θεσμούς που εισάγονται από νέες μεταρρυθμίσεις). Απαιτεί επίσης κατανόηση των αρχών και των επιλογών της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία (πρόσβαση, ισότητα, εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης, κ.λπ.), ενώ σε ευρωπαϊκό επίπεδο, πρέπει να γίνουν κατανοητοί στόχοι και προγράμματα (και δυνατότητες χρηματοδότησης) για τη βελτίωση της υγείας (Σούλης, 2015).

3.7.6 Οικονομικό Περιβάλλον

Το οικονομικό περιβάλλον σε τοπικό (ή εθνικό) επίπεδο επηρεάζει τις παραδοχές στις οποίες βασίζονται όλες οι λειτουργίες των νοσοκομείων, ιδιαίτερα οικονομικά και χρηματοοικονομικές αναλύσεις. Το οικονομικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου θα πρέπει να αναλυθεί και να καταγραφούν παράγοντες που ενδέχεται να αλλάξουν. Ειδικότερα, θα πρέπει να αναλυθούν τα ακόλουθα: Φάση του οικονομικού κύκλου (ύφεση, ανάκαμψη κ.λπ.), πληθωριστικές ή αντιπληθωριστικές τάσεις, νομίσματα, φόροι, τιμολόγια και άλλα. Πολιτική, οικονομικά στοιχεία ανά επιχειρηματική μονάδα, τάσεις στα ιατρικά έξοδα (ιδιωτικά και δημόσια), δαπάνες φαρμάκων κ.λπ.

3.7.7 Αγορά Εργασίας για Επαγγέλματα Υγείας

Η ανάλυση του ανθρώπινου δυναμικού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας στις λειτουργίες των νοσοκομείων. Επομένως, θα πρέπει να περιλαμβάνονται δείκτες σε περιφερειακό (ή εθνικό) επίπεδο. Για παράδειγμα, γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, οδοντίατροι ανά 1.000 κατοίκους, φαρμακοποιοί ανά 1.000 κατοίκους,

μαίες ανά 1.000 κατοίκους κ.λπ. Θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει ποιοτική αξιολόγηση του ταλέντου (εμπειρία, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κ.λπ.).

3.7.8 Τεχνολογικές Εξελίξεις

Η παρακολούθηση των τεχνολογικών εξελίξεων (ιατροτεχνολογικά προϊόντα, βιοϊατρική τεχνολογία, πληροφορική, τεχνικός εξοπλισμός κ.λπ.) είναι σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη των νοσοκομείων. Οι τεχνικές παράμετροι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη της στρατηγικής ενός οργανισμού, είτε με τη δημιουργία νέων υπηρεσιών είτε με τον παροπλισμό υφιστάμενων (Stoffel, et al 2018).

3.7.9 Οικολογικές Περιβαλλοντολογικές διαστάσεις

Οι περιβαλλοντικές παράμετροι στο πλαίσιο της ευθύνης του νοσοκομείου (ατμοσφαιρική ρύπανση, ποιότητα πόσιμοι νερού, θαλάσσια ρύπανση, ηχορύπανση, απόβλητα κ.λπ.) είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

3.8 Αξιολόγηση Λειτουργίας Νοσοκομείου – Ανάλυση S.W.O.T.

Ο σκοπός της ανάλυσης εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος είναι να συλλέξει στοιχεία που επιτρέπουν στο νοσοκομείο να κατανοήσει τα πιο σημαντικά ζητήματα που προβάλλει στο νοσοκομείο. Με τη βοήθεια του SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats) ως ανάλυση των δυνατών σημείων, των αδυναμιών, των κινδύνων και των ευκαιριών του νοσοκομείου, εντοπίζονται βασικοί παράγοντες στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, αξιολογούνται και επανασχεδιάζονται οι υπάρχουσες στρατηγικές. Ένα κρίσιμο ζήτημα είναι να εξεταστούν οι μελλοντικές λειτουργίες του νοσοκομείου, λαμβάνοντας υπόψη τις επερχόμενες ευκαιρίες και κινδύνους καθώς και τα υπάρχοντα δυνατά σημεία και αδυναμίες. Οι ευκαιρίες θεωρούνται παράγοντες και επομένως είναι στοιχεία εξωτερικών παραγόντων. Ένα περιβάλλον προκειμένου να αξιοποιήσει και να

αξιοποιήσει μέσω της νέας στρατηγικής του προκειμένου να εκπληρώσει την αποστολή του (Bismark, et al 2018).

Οι κίνδυνοι είναι στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος που σχετίζονται με το νοσοκομείο και θεωρούνται ως παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε απόκλιση από την αποστολή του νοσοκομείου εάν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για την ανάληψη δράσης για την αντιμετώπισή τους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα δυνατά σημεία θεωρούνται ως πλεονεκτήματα του νοσοκομείου που πρέπει να αξιοποιηθούν και οι προσπάθειες διατήρησής τους. Οι ευκαιρίες είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως αδυναμίες των νοσοκομείων που πρέπει να λάβουν βελτιωτικά μέτρα (Bismark, et al 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΣΠΑ 2014-2020

4.1.Στρατηγική αναβάθμισης της Δημόσιας Υγείας

Την τελευταία δεκαετία έχει παρατηρηθεί ότι λιγότεροι από το 80% του πληθυσμού της Ελλάδας είχαν ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Οι λόγοι είναι πολλοί, οι υψηλές δαπάνες οι οποίες μένουν αρρύθμιστες, ενώ κάποιες αποτελούν (παρ)άτυπες πληρωμές. Αυτό το γεγονός θέτει φραγμό στην πρόσβαση, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές όπου οι πολίτες αναγκάζονται να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα πληρώνοντας αδρά για μια κάλυψη υγείας.

Το θεμέλιο της εθνικής στρατηγικής για την υγειονομική κάλυψη είναι το εξής: α) Καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας β) Οικονομική προστασία των χρηστών υγείας γ) Συντονισμένη δράση του Υπουργείου Υγείας ως προς την στρατηγική πληροφόρηση σε πραγματικό χρόνο .

4.1.1.Στόχοι του σχεδίου δράσης για την Υγεία

4.1.2.Καθολική πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα (Άξονας 1)

Το Υπουργείο Υγείας έχει θέσει ορίζοντα μια πενταετία προκειμένου να υλοποιήσει τους 10 (δέκα) στόχους για την επίτευξη καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα υγείας, όπου κάθε περιφέρεια θα εφαρμόσει το λιγότερο τρεις κεντρικούς στόχους.

- 1: Ελάττωση οποιουδήποτε περιορισμού στον τομέα
- 2: Ανάπτυξη σε όλη την χώρα ενός γερού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
- 3: Καλύτερευση της ποιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και τροποποίηση του ΕΟΠΥΥ,
- 4: Καλύτερευση της ποιότητας και ενδυνάμωση της ασφάλειας και της νοσοκομειακής περίθαλψης,
- 5: Εγρήγορση ως προς την παροχή της επείγουσας φροντίδας,
- 6: Αποπεράτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης,
- 7: Ενδυνάμωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας,
- 8: Διευκόλυνση της εμπειρίας και ενδυνάμωση της φωνής των ασθενών,

9: Ενδυνάμωση του συντονισμού της φροντίδας σε όλα τα επίπεδα,

10: Εξορθολογισμός της χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων .

Συνοπτική παρουσίαση των δράσεων στον Άξονα 1

Εξάλειψη οικονομικών εμποδίων, εξάλειψη γραφειοκρατικών εμποδίων, ενίσχυση για πρόσβαση των πολιτών ως προς τα δικαιώματά τους, ανάπτυξη των ΤοΜΥ, ανάπτυξη ενιαίου ηλεκτρονικού φακέλου ως προς την συνταγογράφηση σε όλες τις βαθμίδες της υγείας, θέσπιση όρων ως προς την συνολική λειτουργία των Κέντρων Υγείας ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ, αξιολόγηση των ειδικευμένων στελεχών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών στο επίπεδο μέσου όρου της Ευρώπης, ανάπτυξη της ημερήσιας και της κατ' οίκον φροντίδας, εισαγωγή της τεχνολογίας γραμμωτού κώδικα για τον εκσυγχρονισμό του υλικοτεχνικού εξοπλισμού των νοσοκομείων, εισαγωγή συστήματος υψηλών προδιαγραφών (σε υπηρεσίες και θεραπείες) για την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία, δημιουργία επενδυτικού σχεδίου για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, προσαρμογή των πληρωμών νοσοκομειακής φροντίδας, επένδυση για εθνικό σχέδιο ετοιμότητας επειγουσών καταστάσεων και εκπαίδευσης ομάδας γι' αυτόν τον σκοπό, γραφείο παραπόνων, έμφαση για την εμπιστοσύνη στα γενόσημα, εξορθολογισμός διαγνωστικών εξετάσεων για την μείωση κατά 20%.

4.1.3. Διαφανής λειτουργία και διακυβέρνηση υγείας μέσω του εκσυγχρονισμού της δημόσιας διοίκησης (Άξονας 2)

Θα αναπτυχθούν μηχανισμοί προκειμένου να εξελιχθεί η δημόσια διοίκηση. Σκοπός είναι να υπάρχει μια υγιής, χωρίς αποκλεισμούς διακυβέρνηση του τομέα υγείας και των υγειονομικών αρχών από το Υπουργείο Υγείας.

Επιπλέον, θα επιχειρηθεί η υλοποίηση πέντε (5) βασικών στρατηγικών στόχων οι οποίοι είναι οι εξής:

1 Αύξηση της διαφάνειας,

2 Αναβάθμιση της διαθεσιμότητας της επιχειρηματικής ευφυΐας για τη διακυβέρνηση του τομέα υγείας,

3 Ενθάρρυνση καινοτομίας,

4 Διατύπωση πολιτικών, κοστολόγηση σχεδίου που θα αφορά τη χρηματοδότηση και την ανάπτυξη προϋπολογισμού για τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων του τομέα της υγείας,

5 Προώθηση της ιατρικής εκπαίδευσης.

Συνοπτική παρουσίαση των δράσεων στον Άξονα 2

Εξορθολογισμός του Υπουργείου Υγείας. Αυτό περιλαμβάνει μια ετήσια καταγραφή στο Κοινοβούλιο με εκπροσώπηση όλων των σχετικών φορέων, σύνταξη και προώθηση των 13 περιφερειακών σχεδίων για όλες τις ελλείψεις στον τομέα της υγείας με εκπροσώπηση των αντίστοιχων φορέων, εκτίμηση και διαμοιρασμός του εξειδικευμένου τεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και των εκβάσεων των νοσοκομείων, χρήση κατάλληλου συστήματος που εποπτεύει τις υγειονομικές επιδράσεις ως προς την εξέλιξη των μεταρρυθμίσεων, δημιουργία κέντρου γνώσης και αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας, οργάνωση σχεδίου για την προώθηση της ηλεκτρονικής υγείας, ανάπτυξη πολιτικής και κοστολόγηση ως προς την χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού, καθώς και των φαρμάκων, αναμόρφωση της ιατρικής εκπαίδευσης, αναδιοργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού και ενδυνάμωση για την εξάλειψη κενών σε διάφορους τομείς της υγείας κατ' οίκον και μακροχρόνια φροντίδα, προσδιορισμός συγκεκριμένου ορίου εισαγωγής σε προγράμματα άσκησης ειδικοτήτων, προώθηση της εξ αποστάσεως μάθησης σε πλαίσιο διεθνούς συμμετοχής.

4.1.4. Εξορθολογισμός χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (Άξονας 3)

Θα δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες με σκοπό αφενός την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και αφετέρου την εξυγίανσή της στον τομέα της χρηματοδότησης με παράλληλη εξασφάλιση καθολικής προστασίας της Υγείας. Η κυβέρνηση θα αναπτύξει τα σχέδια που θα εμπεριέχει πέντε στόχους για την υλοποίησή τους.

Οι στόχοι αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- 1 Προστασία των πολιτών από τον κίνδυνο δαπάνης (ILL HEALTH), ελάττωση των άτυπων πληρωμών σύμφωνα με τις δεσμεύσεις που θέτει η Ε.Ε.
- 2 Ρύθμιση των πληρωμών με την συγκεντρωποιημένη δημόσια δαπάνη Υγείας, ούτως ώστε η δαπάνη να φτάσει σταδιακά στα όρια που έχει θέσει η Ε.Ε.
- 3 Ξεκάθαρη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας
- 4 Ανάπτυξη καλύτερων προϋποθέσεων ως προς τη σύναψη συμφωνιών με τους προμηθευτές, και άλλους παρόχους υπηρεσιών

5 Αποπεράτωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, με την εξασφάλιση της προστασίας και της καθολικής πρόσβασης όλων των πολιτών

Συνοπτική παρουσίαση των δράσεων στον Άξονα 3

Ελάττωση του ποσοστού των ιδίων πληρωμών και κατάργηση των άτυπων πληρωμών και προστασία των πολιτών από οικονομικές επιπτώσεις της πάσχουσας Υγείας, αποπληρωμή στον τομέα της δημόσιας υγείας και διεργασίες ώστε να ρυθμιστεί το ποσοστό των πόρων για την υγεία στο 6,4% του ΑΕΠ, υιοθέτηση στρατηγικών σχετικά με τον καθορισμό τιμών και κόστους στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, τη νοσηλεία και την ψυχική υγεία, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τις διαγνωστικές εξετάσεις, τοποθέτηση επόπτη για τον έλεγχο της ρύθμισης των τιμών και του κόστους, μέσα από διαυγείς διεργασίες, ανάπτυξη καλών σχέσεων με τους προμηθευτές, αναδιοργάνωση του ρόλου του καινούργιου ΕΟΠΥΥ συγκρότηση της ροής πόρων βάσει των τμηματικών προϋπολογισμών, μοιράζοντας τη συμμετοχή του στους συγκεντροποιημένους πόρους σύμφωνα με τους κανόνες της επικουρικότητας ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ρύθμιση των εισφορών όλων των παροχών για το σύνολο των ασφαλισμένων και ανασφάλιστων του ΕΟΠΥΥ, εξασφάλιση της ομαδοποίησης του ασφαλιστικού φακέλου του ΕΟΠΥΥ με την περιεκτική εικόνα ασθενούς της ΗΔΙΚΑ και τον ατομικό ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, ανασυγκρότηση των διεργασιών του ΕΟΠΥΥ ώστε να απλοποιηθεί η χρήση του για τον κάθε πολίτη με ενημέρωση ως προς τα δικαιώματα των ασθενών και διαχείριση παραπόνων.

4.2. Οι Δράσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

4.2.1. Οι στρεβλώσεις Του Συστήματος Υγείας

Η ανοργάνωτη και σπασμωδική συγκρότηση του Δημόσιου Συστήματος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα οδήγησε στην ανάπτυξη σοβαρών ελλείψεων, αδυναμιών και παθογενειών του Συστήματος Υγείας. Τα προβλήματα αυτά έγιναν πιο έντονα με την κρίση. Η αποτυχία σχεδιασμού μιας αποδοτικής πολιτικής για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας όσον αφορά σε υποδομές, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, είχε ως συνέπεια να διαλυθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας και να παρέχει καχεκτικές υπηρεσίες στους πολίτες σε όλους τους τομείς. Έτσι οι ασθενείς εξαιτίας των

ελλείψεων στις υπηρεσίες αναγκάζονται να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα (για να εξυπηρετηθούν πιο γρήγορα και ποιοτικά) όπου υποχρεούνται να πληρώνουν πολύ ακριβά. Όλα αυτά τα προβλήματα συνέβαλαν στην εκμετάλλευση της δύσκολης κατάστασης εκ μέρους του ιδιωτικού τομέα μετατρέποντας το αγαθό της υγείας σε εμπόρευμα ανάμεσα στους χρήστες και παρόχους υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό οδήγησε την ιδιωτική δαπάνη υγείας να φτάσει σε υψηλά ποσοστά. Παράλληλα, και οι υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα αφενός είναι πολύ πιο ακριβές και αφετέρου (σε πολλές περιπτώσεις) αμφιβόλου ποιότητας και εξειδίκευσης όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό και την συνολική φροντίδα.

4.2.2. Υπέρμετρος αριθμός συγκεκριμένων ειδικοτήτων και έλλειψη γενικών ιατρών

Το ποσοστό των ιατρών στην Ελλάδα παρουσιάζει σοβαρή έλλειψη. Αυτό το έλλειμμα προκειμένου να καλυφθεί θα χρειαστούν αρκετά χρόνια. Επιβάλλεται να υπάρξει μια πιο δραστική διαχείριση της παραγωγής ιατρών ανά ειδικότητα, με ταυτόχρονη μείωση εκείνων που είναι σε υπερπροσφορά. Κρίνεται αναγκαία μια συνεργασία εξειδικευμένων ομάδων (οικογενειακοί –γενικοί ιατροί) που θα έχουν βασικό ρόλο. Οι οικογενειακοί γιατροί δύναται να καλύψουν πολλές ειδικότητες και ο τομέας της υγείας θα λειτουργεί πιο καλά. Σε αντίθεση, ο κατακερματισμός της φροντίδας δυσκολεύει τον ασθενή και προκαλεί χάσμα ανάμεσα στις υγειονομικές υπηρεσίες και τις κοινωνικές. Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα είναι πιο ανθρώπινη και αποδοτική.

4.2.3. Επένδυση στην ΠΦΥ

Το ζήτημα της οργάνωσης της παροχής υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι συγκεχυμένο. Ωστόσο, η σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα εμπεριέχει ένα σύνολο ενεργειών προσέγγισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό θα περιλαμβάνει α) την ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, β) την δημοκρατική διακυβέρνηση από ένα αναδιοργανωμένο Υπουργείο Υγείας και γ) τη χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας ώστε να παρέχει όλες τις απαιτούμενες υπηρεσίες. Τέλος, όσον αφορά στην Το.Μ.Υ. θα αποτελούν την πρώτη βαθμίδα, ενώ ο δεύτερος άξονας θα αφορά δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ΠΕΔΥ-ΚΥ) που θα αποτελεί την δεύτερη βαθμίδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

4.2.4. Τοπική Μονάδα Υγείας

Η Το.Μ.Υ. είναι ένας κρίσιμος παράγοντας παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού και το βασικό τμήμα του καινούργιου ΠΦΥ. Τα δυο στοιχεία που το χαρακτηρίζουν είναι η εγγύτητα, επειδή προσδιορίζει την ισότιμη προσβασιμότητα και την δικτύωση επειδή οι οικογενειακές μονάδες θα πρέπει να ενδυναμωθούν με άλλα στοιχεία του συστήματος υγείας, δηλαδή τις μονάδες ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας και τα νοσοκομεία. Η Το.Μ.Υ. δύναται να προσφέρει τα εξής: α) Συστηματική παρακολούθηση της υγείας β) Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών, γ) Φροντίδα κατ' οίκον δ) Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη, ε) Υγεία μητέρας και παιδιού Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας).

Τέλος, Κάθε μονάδα θα πρέπει να παρέχει τα ακόλουθα: 1) βασικές ιατρικές υπηρεσίες, 2) μέριμνα για οξεία νοσήματα, 3) Παρακολούθηση, προαγωγή της υγείας και 4) Παρακολούθηση ιατρικών περιπτώσεων χρόνιων παθήσεων.

4.2.4.1.Πρόσθετες Υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες εκείνες που κρίνονται αναγκαίες ως συμπλήρωμα των κύριων θα χρηματοδοτηθούν, ενώ δύναται να περιλαμβάνουν τα εξής: Την σχολική και τη στοματική υγεία, σχέδια για την ενθάρρυνση της κοινωνικής συμμετοχής μερίδας πληθυσμού, σχέδιο που αφορά τους έφηβους, πρωτοβουλίες για την απεξάρτηση χρηστών ναρκωτικών ουσιών, σχέδια για την προστασία μεταναστών, προσφύγων.

4.2.5. Τομεοποιημένος σχεδιασμός

Στη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ο πάροχος έχει καθήκον απέναντι στον πολίτη, ο οποίος λαμβάνει την φροντίδα για όσο χρονικό διάστημα υφίσταται. Καθώς αυτή η διαδικασία αποτελεί παθητική προσέγγιση, θα πρέπει να βρεθεί μια άλλη, δραστική λύση. Η ιδανική λύση θα είναι να διαμοιραστεί η ευθύνη τόσο στους γιατρούς όσο και σε άλλους επαγγελματίες υγείας σε τοπικό επίπεδο (για συγκεκριμένο ποσοστό ασθενών), που θα προσφέρει αδιάληπτη και προσωποκεντρική φροντίδα.

4.3. Στρατηγικές για την Ψυχική Υγεία

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπήρξε καθοριστική την τελευταία 35ετία με ξεκάθαρη αρωγή των φορέων, συγχρηματοδότηση δράσεων από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους και με την αρωγή της Ε.Ε. βάσει των δύο Συμφώνων Συνεργασίας «Spidla Αβραμόπουλου» και «Andor - Λυκουρέντζου». Στις μέρες μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται ο βασικός στρατηγικός στόχος. Οι δράσεις αφορούν στα εξής σημεία: α) αναβάθμιση της κοινοτικής ψυχιατρικής μέσω ανάπτυξης Κοινοτικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, β)αποασυλοποίηση, ανάπτυξη ενός πλήρους συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και παράλληλη αποσύνδεση του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως φορέων ψυχιατρικών υπηρεσιών, ώστε οι κοινότητες να ενισχύσουν το σχέδιο που προωθεί το Υπουργείο Υγείας. Οι τομείς που θα αναμορφωθούν είναι οι εξής:

4.3.1. Αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Τομεοποίηση: Επανασυγκρότηση ΤοΨΥ και των υπηρεσιών που υπάρχουν, ενώ προβλέπεται πρόσληψη προσωπικού στις ψυχιατρικές δομές που παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις
2. Διοικητική αλλαγή του Συστήματος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με το καινούργιο Νομοσχέδιο, επανενεργοποίηση των ΤΕΨΥ/ΤΕΨΥΠΕ. Παράλληλα συγκροτούνται (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) ενώ συγκροτείται ειδική επιτροπή για την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
3. Το μέλλον των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων : μεταφορά των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε κενές θέσεις των στεγαστικών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με παράλληλη κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

4.3.2.1. Αναμόρφωση των μονάδων

-Εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος Ψυχικής Υγείας με έμφαση στα ΝΠΙΔ

-Αξιολόγηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

-Ανάπτυξη Κοινοτικών Δομών με βάση τις ανάγκες – Ανάπτυξη τμημάτων Οξέων στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων
-Ψυχική Υγεία και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Τομεοποίηση – Διασύνδεση / Ενσωμάτωση Δομών Ψυχικής Υγείας & ΠΦΥ – Κινητές Μονάδες
-Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με τη νοσηλεία των οξέων περιστατικών, τον τρόπο νοσηλείας και φροντίδας των ασθενών που νοσηλεύονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας.

4.3.2.2. Συμμετοχή του Ιδιωτικού Τομέα

Έχει γίνει αντιληπτό ότι συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην ψυχική υγεία χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα, ενώ ως προς την ανασύσταση τα ΝΠΙΔ κερδοσκοπικού χαρακτήρα λαμβάνουν μέρος στα Περιφερειακά Συμβούλια. Για τον λόγο αυτόν μελετάται σχέδιο για την παράλληλη συμμετοχή των ιδιωτικών κλινικών στις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας, με αξιολόγηση της λειτουργίας τους. Τέλος, Μελετώνται έργα με σκοπό την επανένταξη ενός ποσοστού των ψυχικά ασθενών που αυτή τη στιγμή βρίσκονται στις ιδιωτικές κλινικές.

4.3.2.3. Ενσωμάτωση ΛΥΨΥ στην Εργασία – Απασχόληση

Καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς τα ΚΟΙΣΠΕ, οργανώνεται σχέδιο για την διεύρυνση των ΚΟΙΣΠΕ. Επιπλέον, οι συνεταιριστικές δραστηριότητες θα επικεντρωθούν α) στον θεραπευτικό-αποκαταστασιακό τομέα και β) στον αναπτυξιακό, ενώ θα διευρυνθεί και στους "νέους χρονίους" ασθενείς με σκοπό την "επαγγελματική αποκατάσταση" τους εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας.

4.3.2.4. Νομοθετική μεταρρύθμιση για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών

1. Συμμετοχή των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στη λήψη αποφάσεων, 2. ανάπτυξη επιτροπών προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών σε κάθε Τομέα,. 3. αναθεώρηση του Νόμου για την ακούσια νοσηλεία και δοκιμαστική της εφαρμογή, 4. ίδρυση παρατηρητηρίου μεταθεραπευτικής παρακολούθησης, μέριμνα των κρατούμενων ασθενών σε άλλα καταστήματα κράτησης, αδιάλειπτη φροντίδα των αποφυλακισθέντων ασθενών.

4.3.2.5. Δημιουργία δομών ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους

Οι υπηρεσίες παιδιών και εφήβων θα αναβαθμιστούν. Ενδυνάμωση των υπαρχόντων δομών, δημιουργία ξενώνων καθώς και προσλήψεις προσωπικού. Μέριμνα για ανάπτυξη σχεδίου για το θεσμό των αναδόχων οικογενειών και αποιδρυματοποίηση των παιδιών. Εκπόνηση νομικής προστασίας που θα αφορά τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών παιδιών και εφήβων. Παράλληλα, με την πρόταση για χρηματοδότηση των προηγούμενων δυο υποενοτήτων που αναλύθηκαν παραπάνω, προτάσεις για την ενδυνάμωση του δικτύου έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση και στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, σύμπραξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με την ΠΦΥ και υποστήριξη υποδομών που χρήζουν επισκευής καθώς και μετατροπή κτηριακών εγκαταστάσεων.

4.4.1. Δράσεις για την Προαγωγή της Υγείας

Η πολιτική εντός της Ε.Ε. για την προαγωγή της υγείας προωθεί στοχευμένες δράσεις καθώς επιβάλλεται να μεριμνήσει για την προαγωγή της υγείας στα καθορισμένα όρια όλων των πολιτικών της αλλά και να συμμετέχει ομαδικά με τα κράτη μέλη για την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη και τέλος, την εξάλειψη ενδεχόμενων κινδύνων της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Ως προς τον Επιχειρησιακό Σχεδιασμό των Δράσεων Δημόσιας Υγείας οι ενέργειες που θα γίνουν στην Υγεία κατηγοριοποιούνται ως εξής:

Αναμόρφωση των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας για την υλοποίηση του προαναφερόμενου σχεδίου, συντονισμός για συνεργασία με όλες τις περιφέρειες, δημιουργία συστήματος ελέγχου και αξιολόγηση της Δημόσιας Υγείας αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού, συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών για την υγεία, πρόγραμμα επιτήρησης επιδημιολογικών νοσημάτων, μηχανισμός παρακολούθησης της υγείας όλων των πολιτών, σχέδιο για την εκπαίδευση στελεχών της Δημόσιας Υγείας σε όλες τις περιφέρειες, κατάρτιση του προσωπικού των μονάδων υγείας ως προς την προστασία της δημόσιας υγείας, αναβάθμιση των υποδομών και ενίσχυση του εξοπλισμού, καθώς και εκσυγχρονισμός των περιφερειακών εργαστηρίων της δημόσιας υγείας, ανάπτυξη χώρων για την επιδημιολογική παρεμπόδιση στις πύλες εισόδου του κράτους, των αεροδρομίων και των λιμένων, οργάνωση δράσης για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων των υγειονομικού τομέα και αναβάθμιση των υφιστάμενων υποδομών, ρύθμιση οδηγιών για την εφαρμογή πιστοποίησης της

διαχείρισης των μολυσματικών αποβλήτων στον ιδιωτικό τομέα, εποπτεία σχετικά με την ποιότητα του πόσιμου ύδατος, ενίσχυση των περιφερειακών υπηρεσιών ως προς την εποπτεία της περιβαλλοντικής υγείας, δράσεις κατά του καπνίσματος, δράσεις για την υγιεινή διατροφή, δράσεις για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, δράσεις για την πρόληψη του καρκίνου καθώς και των καρδιοπαθειών, δράσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων, ενδυνάμωση της αγωγής υγείας στα σχολεία καθώς και εποπτεία για την τήρηση των κανόνων δημόσιας υγείας, σύμπραξη φορέων ως προς την κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα, πληροφοριακός εκσυγχρονισμός του Υπ. Υγείας ως φορέα άσκησης πολιτικής, καθώς και των κεντρικών, περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών της Δ.Υ., δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων καθώς και εθνικών αρχείων για νοσήματα, προώθηση λογισμικών για παροχή υπηρεσιών υγείας εξ αποστάσεων, ψηφιοποίηση εθνικών και κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων υγείας και φροντίδας.

4.4. Η πολιτική για τις Εξαρτήσεις

Βασικός στόχος η πρόληψη και ελάττωση των εξαρτήσεων, μέσω των εξής δράσεων: Αλκοόλ: πρόληψη για ελάττωση των βλαπτικών συνεπειών του, θεραπεία, απεξάρτηση

Διατροφικές διαταραχές: ενθάρρυνση για υγιεινές επιλογές, διάγνωση-θεραπεία, προσφορά υγιεινών γευμάτων στα σχολεία

Κάπνισμα: πρόληψη, θεραπεία, απεξάρτηση

Ναρκωτικά: αναμόρφωση φορέων κατά των ναρκωτικών, πρόληψη, προγράμματα για δράση, παρέμβαση, θεραπεία, ενδυνάμωση κέντρων διπλής διάγνωσης, αποτοξίνωση, ελάττωση της βλάβης, προγράμματα στήριξης, δράσεις απεξάρτησης στις φυλακές, συμπεριλαμβανομένων των ανήλικων παραβατών, κινητές μονάδες βοήθειας, πιστοποίηση θεραπευτικών προγραμμάτων.

Οριζόντιες δράσεις για απεξάρτηση: εκστρατείες ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, προγράμματα τηλεσυμβουλευτικής.

4.5. Ολοκλήρωση της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης του τομέα Υγείας

Η αξιοποίηση των ΤΠΕ θα συμβάλλει στην ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και αυτό με τη σειρά του θα οδηγήσει στην αναβάθμιση του τομέα

της υγείας, μετατρέποντάς το σε ψηφιακό σύστημα. Αυτή η στρατηγική θα περιλαμβάνει 3 στάδια τα οποία είναι εν συντομία τα εξής:

1ο Στάδιο: Διεργασίες για την ανάπτυξη και σύνθεση Ηλεκτρονικού Μητρώου Υπουργείου Υγείας. Θα αναπτύξει μητρώο δομών φροντίδας υγείας σε όλους τους τομείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

2ο Στάδιο: Εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων σε όλο το φάσμα της δημόσιας υγείας. Ανάπτυξη έργου υποδομών πληροφοριακών συστημάτων προκειμένου να οργανώσει, να ελέγξει και να αξιοποιήσει υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας. Θα γίνει έλεγχος για την καταγραφή ελλείψεων (μη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος) στα ΠΕΔΥ, όλα τα Νοσοκομεία, καθώς και σε επίπεδο ΟΣΠΥ. Σκοπός είναι αφού ελεγχθούν επιχειρηματικά μοντέλα να αξιοποιηθούν οι τεχνολογίες στον τομέα της υγείας.

3ο Στάδιο: Τελικές Υπηρεσίες προς τους χρήστες υγείας. Καθώς σκοπός είναι να γίνει η δημόσια υγεία ψηφιακή θα περιλαμβάνει τον ψηφιακό φάκελο για την ασφάλεια και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Επίσης ανάπτυξη υπηρεσιών call center για την διεκπεραίωση των τηλεφωνικών ραντεβού με τα ΠΕΔΥ και όλα τα νοσοκομεία και εξωτερικά ιατρεία, ενώ ο πολίτης θα ενημερώνεται με sms για το ραντεβού. Η ενημέρωση sms θα επεκταθεί και σε άλλες πτυχές όπως για έκδοση συνταγογραφήσεων και παραπεμπτικών εξετάσεων, για την υλοποίηση εξετάσεων προσυπνωματικού ελέγχου καθώς και την ενημέρωση ειδικών κατηγοριών μακροχρόνιων ασθενών. Τέλος, η ψηφιακή υγεία θα περιλαμβάνει όλους ανεξαιρέτως τους τομείς που σχετίζονται με την δημόσια υγεία πανελλαδικά.

4.6. Περιφερειακή και Διασυνοριακή Πολιτική για την υγεία

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναπτύξει ένα σχέδιο σε συνεργασία με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη για την προστασία των ευρωπαίων από τις διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας. Επίσης η δυνατότητα σε υγειονομικούς να εργάζονται απρόσκοπτα σε όποια χώρα της Ε.Ε. επιθυμούν, οι φιλόδοξοι στόχοι για αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και η εισαγωγή των ΤΠΕ στην υγεία. Σε αυτήν την κατεύθυνση οδεύει το Υπ. Υγείας υποστηρίζοντας ουσιαστικά τις όμορες χώρες για την εφαρμογή δράσεων διασυνοριακής παροχής υπηρεσιών υγείας, ενίσχυσης των υπαρχόντων και διεύρυνση δομών παροχής υγείας σε ακριτικές περιοχές που παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις.

Οι εν λόγω περιοχές παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες και αδυναμίες καθώς αποτελούν δυσπρόσιτα γεωγραφικά σημεία της χώρας. Βασικός στόχος είναι η αλλαγή και αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η αναβάθμιση των υπηρεσιών Υγείας σε γεωγραφικά σημεία όπου το σύστημα είναι ελλιπές και αδύναμο ως προς τα αποτελέσματα. Οι ενέργειες που θα γίνουν έχουν ως στόχο την ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες και των κρατών που συνορεύουν μεταξύ τους, αλλά και κάθε άλλου ευάλωτου πληθυσμού, μετακινούμενου ή μη (π.χ. Ρομά, Μετανάστες, Πρόσφυγες κ.α.).

Οι κύριες πτυχές του σχεδίου είναι οι εξής:

Αναβάθμιση ως προς την ταχύτητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προγράμματα Τηλεϊατρικής και Τηλεφροντίδας και αξιοποίηση δυνατοτήτων της τεχνολογίας για προφορά υπηρεσιών υγείας, πιλοτικές εφαρμογές (π.χ. παραγωγή οξυγόνου σε νοσηλευτικά ιδρύματα κ.α.), δημιουργία κέντρων υποστήριξης / αναφοράς (για ζητήματα που θέτουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, σπάνια νοσήματα, δωρεά οργάνων κ.α.), επιπλέον δράσεις στους τομείς της προσφοράς πληροφοριών και τεχνογνωσίας στο κομμάτι της υγείας, προώθηση προγραμμάτων κοινωνικής επιχειρηματικότητας για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, προγράμματα προώθησης υπηρεσιών υγείας για μετακινούμενους ή μη πληθυσμούς (π.χ. Ρομά), συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των προσφύγων που έχουν εγκατασταθεί στις περιοχές αυτές.

4.7. Δείκτες Πολιτικής Υγείας που συνδέονται με το πρόγραμμα ΕΣΠΑ 2014-2020

Πρόταση δεικτών αξιολόγησης. Σύμφωνα με το βασικό τρίπτυχο ισότητα – αποτελεσματικότητα – αποδοτικότητα δύναται να επιλέξουμε την εξής πρόταση – πλαίσιο, η διεύρυνση της οποίας μπορεί να εξυπηρετήσει τις ανάγκες για το στρατηγικό σχεδιασμό του ΕΣΠΑ.

Αποτελεσματικότητα

Δείκτες διαδικασιών

- Εύκολη πρόσβαση στην φροντίδα (διαθεσιμότητα, χρήση, επίκαιρη παροχή – timeliness)

- Ποιότητα της φροντίδας (ασφάλεια, efficacy και συνέχεια στην παροχή της φροντίδας)

Αποτελέσματα – Επίδραση

- Αναβάθμιση του επιπέδου υγείας
- Ικανοποίηση του πολίτη

Ισότητα

Δείκτες διαδικασιών

- Ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών
- Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών στους ανασφάλιστους
- Συμμετοχή/εγκυρότητα

Αποτελέσματα - Επίδραση

- Αναβάθμιση του επιπέδου υγείας (με έλεγχο και στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες) •
- Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση
- Προστασία από άσκοπες δαπάνες υγείας

Αποδοτικότητα (και βιωσιμότητα)

Δείκτες διαδικασιών

- ικανοποιητική παροχή πόρων
- Δαπάνες και παραγωγικότητα
- Διοικητική αποδοτικότητα

Αποτελέσματα - Επίδραση

- Απόδοση στον μεγαλύτερο βαθμό της αξίας των πόρων

Ως προς την εκτίμηση των συστημάτων υγείας με βάση τα αποτελέσματα (διαδικασία) στην υγεία των πολιτών, αξιοποίηση των ακόλουθων δεικτών: αποφυγή φαινομένου θνησιμότητας, βρεφική θνησιμότητα, περιγεννητική θνησιμότητα, γεννήσεις λιποβαρών βρεφών, βλαπτική επίδραση λοιμωδών νοσημάτων, αποφεύξιμες εισαγωγές, επιτυχής εγχείρηση μεταμοσχευμένων & αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, επιβίωση καρκινοπαθών, νοσοκομειακή θνητότητα ασθενών με OEM, περιεγχειρητική θνητότητα 30ημ, επανεισαγωγή επ. περ. εντός 28ημ, πρόοδος εμβολιασμών, πληθυσμιακοί προσυμπτωματικοί έλεγχοι καρκίνου μαστού και τραχήλου μήτρας.

Σύμφωνα με τις προαναφερόμενες αρχές εκτίμησης του συστήματος υγείας όπως σήμερα υιοθετούνται από αξιόλογο αριθμό κρατών παγκοσμίως και λαμβάνοντας

υπόψη τις συγκεκριμένες αρχές του πλαισίου των παρεμβάσεων (intervention Logical Framework), στο οποίο στηρίχτηκαν οι διαδικασίες του σχεδιασμού, βασίστηκαν οι Στρατηγικοί και Ειδικοί Δείκτες Αξιολόγησης και Παρακολούθησης της εφαρμογής της Στρατηγικής του ΕΣΠΑ 2014-2020 για την Υγεία. (Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Η εξειδίκευση κάθε ξεχωριστού στόχου. Στόχος Το ΕΣΠΑ 2014 – 2020 έχει 11 θεματικούς στόχους. Η στρατηγική του Υπ. Υγείας για τα διαρθρωτικά ταμεία, οι ενέργειες, του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρύθμισης στην Υγεία οι έχουν επιλεγεί για χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ, υποστηρίζει ενεργά τους 4 από τους 11 στόχους.

Έμμεσα υποστηρίζει τους στόχους που σχετίζονται με τους ανανεώσιμους πόρους και τη βιωσιμότητα του αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος, στην επαγγελματική ανάπτυξη (στην έρευνα, καινοτομία και υψηλή εξειδίκευση) αλλά δίχως επιχειρησιακή αυτόνομη ενέργεια σε συνεργασία με τις Εθνικές Αρχές που ελέγχουν τις ανωτέρω πολιτικές.

1. Ενίσχυση της έρευνας της τεχνολογικής ανάπτυξης και της καινοτομίας
2. Ενίσχυση της πρόσβασης και χρήσης ποιότητας των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας
3. Βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων συμπεριλαμβανομένων εκείνων του γεωργικού τομέα
8. Προώθηση της βιώσιμης και υψηλού επιπέδου απασχόλησης και υποστήριξη της κινητικότητας των εργαζομένων
9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων
10. Επένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση για δεξιότητες και στη δια βίου μάθηση
11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση

5.1.Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020

Το Υπουργείο επεξεργάζεται ένα κομμάτι εξειδίκευσης του επιχειρησιακού του σχεδίου μέσω των τυποποιημένων εντύπων πρότασης σε συνεργασία με τα ανάλογα Επιχειρησιακά και Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα.

Παρά το γεγονός ότι το υπουργείο εξειδικεύει την λεπτομερή μελέτη των υφιστάμενων έργων, αλλά και την προετοιμασία των πιθανών δικαιούχων των πράξεων ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των ειδικών υπηρεσιών διαχείρισης ως προς την υλοποίηση των έργων. Στον πίνακα που

ακολουθεί παρουσιάζεται η πρόταση του υπουργείου για την τρέχουσα εξειδίκευση του επιχειρησιακού του σχεδίου και αφορούν κεντρικές πολιτικές υγείας.

Πίνακας 1: Εκτιμώμενος προϋπολογισμός επιχειρησιακού σχεδίου τομέα υγείας

ΕΤΠΑ	198.678.322	33,66%	
ΕΚΤ	346.682.158	58,73%	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΔΙΤ	545.360.480		92,39%
ΕΘΝΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ	44.946.776		7,6%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΣΠΑ 2014-2020	590.307.257		100%

		ΕΠ ΜΔΤ	ΠΕΠ9α	ΠΕΠaiν	ΠΕΠv
ΕΤΠΑ	198.678.322	25.223.582	173.454.740		
ΕΚΤ	346.682.158	141.837.501		186.554.657	18.290.000
ΣΥΝΟΛΟ ΕΔΙΤ	545.360.480				
ΕΘΝΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ	44.946.776				
ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ στο ΕΣΠΑ 2014-2020	590.307.257				

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΈΡΓΟΥ 2019 – 2020

6.1 Γενική Γραμματεία Δημόσια Διοίκησης και Νομοθετικό Πλαίσιο

Το Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση ζητημάτων πάνω στη Δημόσια Διοίκηση με σκοπό την παροχή καλύτερης και ποιοτικότερης ζωής προς όλους περιλαμβάνει και το Νομοθετικό Έργο της Γενικής Γραμματείας της Δημόσιας Διοίκησης που αφορά τους νόμους και τις διατάξεις όπως τον Νόμο 4638/2019, με άρθρα 2 και 13 (ΦΕΚ 181/τ.Α'/18.11.2019) για το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), τον Νόμο 4633/2019 (ΦΕΚ 161/τ.Α'/16.10.2019) για την Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), με ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας, τη σύσταση της Διεύθυνσης Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΕΕΕΚΔΥ) βάσει του Άρθρου 28 του Νόμου 4633/2019 (ΦΕΚ 161/τ.Α'/16.10.2019), τον Νόμο 4647/2019 (ΦΕΚ 204/τ.Α'/13.12.2019) για την τροποποίηση του Νόμου 4633/2019, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να εφαρμοστεί από τους αρμόδιους οργανισμούς, σχετικά με τη διαδικασία πρόσληψης προσωπικού του προγράμματος υγειονομικής κάλυψης Μεταναστών – Προσφύγων «PHILOS II», τον Νόμο 4675/2020 (ΦΕΚ 54/τ.Α'/11.3.2020) για την πρόληψη, την προστασία και την προαγωγή της υγείας με ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις, τον Νόμο 4675/2020 (ΦΕΚ 54/τ.Α'/11.3.2020) Άρθρο 7, «...Οργάνωση και στελέχωση του Τμήματος Κινητοποίησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου στον Τομέα της Υγείας», τη σύσταση και λειτουργία Εθνικού Μητρώου Ασθενών από τον κορωνοϊό COVID-19 βάσει του Άρθρου 29 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Μέτρα Αντιμετώπισης της Πανδημίας του Κορωνοϊού CoViD 19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» (ΦΕΚ 75/τ.Α'/30.03.2020), καθώς και τη τοποθέτηση ειδικευομένων νοσηλευτών σε θέσεις απασχόλησης με προϋποθέσεις απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας και εξειδίκευσης βάσει του Άρθρου 58 του Νόμου 4690/2020 (ΦΕΚ 104/τ.Α'/30.05.2020).

6.2 Αντιμετώπιση της Πανδημίας COVID-19

Η Πανδημία του κορονοϊού έπληξε τον πλανήτη από το 2019 και αποτέλεσε Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι Οργανισμοί Υγείας σήμαναν τον κόκκινο συναγερμό και έτσι και στη χώρα μας η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας έλαβε δράση άμεσα για την προστασία των πολιτών της Ελλάδας.

Πρωταρχικό βήμα ήταν η αναδιοργάνωση της ίδιας της υπηρεσίας για την αντιμετώπιση αυτού του παγκόσμιου φαινομένου. Το τμήμα της τέταρτης υπηρεσιακής μονάδας, η Διεύθυνση Επιχειρησιακών Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας, που έχει στόχο την διαχείριση όλων των ζητημάτων έκτακτης ανάγκης που έχουν να κάνουν με την υγεία των πολιτών, την εκτέλεση δράσεων για όλα τα έκτακτα θέματα δημόσιας υγείας, τον επικοινωνιακό ρόλο και την εκπροσώπηση του κράτους σε καταστάσεις τέτοιου είδους, καθώς και την επικοινωνία με διεθνείς θεσμούς και φορείς και τον συντονισμό δραστηριοτήτων που έχουν να κάνουν με την παροχή βοήθειας σε θέματα υγείας σε χώρους όπου φιλοξενούνται μετανάστες ή πρόσφυγες.

Το Υπουργείο Υγείας εν μέσω πανδημίας έβαλε σε δράση το Επιχειρησιακό Σχέδιο «ARTEMIS» και η Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας (ΕΚΔΥ) ως αρμόδια υπηρεσία έβαλε σε λειτουργία το παραπάνω πρόγραμμα καθώς και όλα τα σχέδια αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης για την διαχείριση της πανδημίας, που στόχο είχε να περιορίσει τον μολυσματικό ιό και να μειώσει τη διάδοση του στους πολίτες της χώρας.

Στη συνέχεια η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας δημιούργησε ένα Κέντρο Συντονισμού που λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο και βοηθάει στην διαχείριση ζητημάτων υγείας που αφορούν τον κορονοϊό, καθώς βοηθάει και στον συντονισμό των λειτουργιών κρατικών φορέων σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας με ασκήσεις ετοιμότητας σε όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα της Ελλάδας. Επίσης, άμεση είναι και η συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), με το European Centre of Disease Control (ECDC), με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με τα Υπουργεία Υγείας των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την ανταλλαγή όλων των πληροφοριών και των στοιχείων που χρειαζόνταν για την κατανόηση και την αντιμετώπιση του μολυσματικού ιού.

Ο Γενικός Γραμματέας Δημόσια Διοίκησης ανέλαβε αρμοδιότητες με πρωτοβουλίες, χωρίς να χρειάζεται να λάβει απόφαση ο Υπουργός, και δημιούργησε επιτροπές όπως η Επιτροπή Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες, που έχει στόχο να προετοιμάσει την χώρα για την διαχείριση μελλοντικών έκτακτων γεγονότων που μπορούν να προσβάλλουν τη δημόσια υγεία από λοιμογόνους παράγοντες βάσει της υπ' αριθμ. Α1β/Γ.Π.οικ.11180/20.2.2020 Υπουργικής Απόφασης. Και δεύτερον την Εθνική Επιτροπή προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού COVID-19, με Υπουργική Απόφαση (υπ' αριθμ. Α1β/Γ.Π.οικ. 12406/23.2.2020), με στόχο την πρόταση στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και κάθε συνεργαζόμενου Υπουργείου ή Κυβερνητικού Οργάνου, για να παίρνονται μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση καταστάσεων ώστε να αποφεύγεται η διάδοση του κορωνοϊού και να προστατεύονται οι άνθρωποι.

Από τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την συγκρότηση αυτών των επιτροπών φαίνεται ότι οι δράσεις και οι συστάσεις θεσμοθετούνται με Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις, όπως προβλέπεται από την αριθμ. 42/2020 Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 42/Α), που ορίζει το πλαίσιο για τα μέτρα που λαμβάνονται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης για την αποφυγή και τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού. Οι αποφάσεις των παραπάνω επιτροπών περιλαμβάνουν τα κύρια στοιχεία για την επιδημιολογική παρακολούθηση της χώρας, τη λήψη μέτρων περιορισμού, τον τρόπο και το χρονικό διάστημα εφαρμογής τους με σκοπό την προστασία της υγείας των Ελλήνων, για το πως θα λειτουργούν όλες οι υπηρεσίες του δημοσίου, αλλά και του ιδιωτικού τομέα, για το πως θα αντιμετωπιστεί η τουριστική περίοδος του καλοκαιριού 2020 και έπειτα, τη διαχείριση όλων των συνδέσεων της Έλλαδας και διασυννοριακών απειλών και τέλος τη στοχευμένη αντίδραση με τα εστιακά μέτρα στον κίνδυνο εξάπλωσης των μολύνσεων σε πανελλαδικό πλαίσιο, ανάλογα με τα επιδημιολογικά δεδομένα. Οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, που αναπτύχθηκαν από τις επιτροπές, αλλά και οι 47 σχετικές εγκύκλιοι αποτέλεσαν και τα κύρια στοιχεία των ήδη εκδοθεισών 29 Υπουργικών Αποφάσεων και 603 Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων. (Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027)

Εν μέσω πανδημίας πολλά ήταν και τα εθελοντικά προγράμματα που οργανώθηκαν και έδωσαν μία πολύ σημαντική βοήθεια στο ήδη επιβαρυσμένο

σύστημα υγείας. Το Ειδικό Εθελοντικό Πρόγραμμα απασχόλησε ενήλικους συμπολίτες μας σε διάφορες δημόσιες δομές υγείας (Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου, Άρθρο 35, παρ. 2 ΦΕΚ 75/τΑ/30.03.2020). Πάνω από 10.433 εθελοντές έκαναν αίτηση στο πρόγραμμα και αφού επεξεργάστηκαν, διαχωρίστηκαν και στάλθηκαν στις Υγειονομικές Περιφέρειες, ώστε να παράσχουν βοήθεια σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας, στο ΕΚΑΒ και τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας. Βασικός σκοπός του εθελοντικού προγράμματος ήταν η μέγιστη αξιοποίηση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των εθελοντών, ώστε να καλυφθούν όσον δυνατόν περισσότερες ανάγκες. Στο τέλος, η κατάσταση της πανδημίας έφερε ανατροπές στο παραπάνω εθελοντικό πρόγραμμα.

Σημαντικό εγχείρημα ήταν η λειτουργία της τηλεφωνικής γραμμής 10306 για Ψυχολογική Υποστήριξη των πολιτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι πολίτες είχαν την επιλογή της Ψυχολογικής ή Ψυχιατρικής Υποστήριξης, της Υποστήριξης σε Παιδιά και Εφήβους, της Υποστήριξης σε Επαγγελματίες Υγείας και της Υποστήριξης από Κοινωνικούς Λειτουργούς για την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων. Αυτή η οργάνωση απασχολούσε πάνω από 250 επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας όπως: Ψυχιάτροι, Ψυχολόγοι και Κοινωνικοί Λειτουργοί, που εργάζονταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά και στο σύστημα Ψυχικής Υγείας (Ψυχαργός) και παρείχαν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους από τους προσωπικούς τους χώρους σε όλη την επικράτεια για το χρονικό διάστημα από Απρίλιο μέχρι Αύγουστο του 2020. Η γραμμή εξυπηρέτησε τουλάχιστον 79.751 ανθρώπους.

Στις τηλεφωνικές γραμμές πρόσθεσε και τον τετραψήφιο αριθμό 1135, ο οποίος παρέχει όλες τις απαραίτητες οδηγίες για να λυθούν τυχόν απορίες σε θέματα που αφορούν τον Covid-19.

Επιπλέον, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας εξέδωσε κατευθυντήριες συμβουλές για την καθημερινότητα της κοινωνίας, για τους εργασιακούς χώρους και επιχειρήσεις, καθώς και ταξιδιωτικές οδηγίες και υγειονομικές οδηγίες. Έδωσε βάση σε κατηγορίες όπως οι σχολικές δομές, τα μέσα μεταφοράς, ένστολους, και γενικότερα σε όλες τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, υγειονομικοί έλεγχοι και ιχνηλάτηση.

Σε συνέχεια των δράσεων δημιουργείται μία πλατφόρμα στο σύστημα Business Intelligence - BI του Υπουργείου Υγείας, το οποίο καταχωρεί, παρακολουθεί και εξασφαλίζει το υλικό και τις πληροφορίες που έχει να κάνει με την διαχείριση της πανδημίας. Το Εθνικό Μητρώο Ασθενών που έχουν νοσήσει από τον κορονοϊό δημιουργήθηκε μέσα στην πανδημία και βοήθησε να υπάρξει ένα ενοποιημένο σύστημα που θα συλλέγει όλα τα δεδομένα, ώστε να μπορεί να οργανωθεί ένα πλάνο θεραπείας. Συντονιστικές προσπάθειες για την μείωση της εξάπλωσης του ιού έγιναν και σε χώρους διαμονής ευάλωτων ατόμων, όπως άστεγοι, τοξικοεξαρτημένοι, μετανάστες και πρόσφυγες. Σε αυτή την προσπάθεια το κράτος συνεργάστηκε με φορείς ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ, αλλά και με Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ), Προαναχωρησιακά Κέντρα Αλλοδαπών (ΠροΚεΚα) και Κέντρα Προσωρινής Φιλοξενίας Μεταναστών (ΚΦΠΜ). Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης υποστηρίχθηκε άμεσα και από άλλους φορείς όπως το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ο ΕΟΦ, ο ΙΦΕΤ, το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ και μαζί εξέδωσαν σημαντικές οδηγίες για την αντιμετώπιση αυτής της μολυσματικής πανδημίας.

Επιπλέον, υπήρξε συστηματική συνεργασία και καθημερινή συνεννόηση με όλα τα επίπεδα της Κυβέρνησης για την σωστή πληροφόρηση του κοινού, τη συζήτηση και τη διατύπωση εισηγήσεων που είχαν ως αποτέλεσμα να λαμβάνονται οι βέλτιστες αποφάσεις και να διαμορφώνεται η εθνική στρατηγική της χώρας μας απέναντι στην πανδημία. Οι συναντήσεις όλων των αρμόδιων με εκπροσώπους των Γενικών Διευθύνσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (DG HOME, DG ECO, DG SANTE) ήταν τακτικές, έστω και αν αυτές γίνονταν με τη χρήση ψηφιακών μέσων. Τέλος, σημαντικό φάνηκε το ερευνητικό εργαλείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Behavioral Insights», το οποίο καταμετρούσε την αλλαγή των συμπεριφορών των ανθρώπων, καθώς και το ποσοστό συμμόρφωσής τους στα μέτρα δημόσιας υγείας, που είχαν επιβληθεί στις εκάστοτε χώρες. Η μελέτη έγινε με τη συνεργασία της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας για 10 μήνες μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2021.

6.3 Δράσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας

Από τα ευρήματα ερευνών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παρατηρήθηκε ότι το 63% των θανάτων σε όλο τον πλανήτη οφείλεται σε νοσήματα που δεν είναι μεταδοτικά, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης. Τα αίτια που επιδεινώνουν την υγεία των ανθρώπων έχουν να κάνουν κυρίως με το κάπνισμα, τον μη υγιεινό τρόπο ζωής, η κακή διατροφή, το αλκοόλ και η μειωμένη σωματική άσκηση.

6.3.1 Αντιμετώπιση του Καπνίσματος

Σε εφαρμογή έχει τεθεί το Στρατηγικό Σχέδιο για την αντιμετώπιση του καπνίσματος με το όνομα «Η υγεία μας ενώνει» (2019-2023). Το συγκεκριμένο σχέδιο δράσης περιλαμβάνει όλες τις οπτικές γωνίες στη χρήση του καπνού και καθορίζει ορισμένους στόχους, καθώς και δείκτες μέτρησης της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής αυτών. Αυτή η δράση βασίζεται και στην σημαντική βοήθεια της επιστημονικής ομάδας με επικεφαλής τον κ. Παναγιώτη Μπεχράκης, ο οποίος είναι Πνευμονολόγος – Εντατικολόγος (PhD - McGill), καθώς και άλλους ειδικούς ακαδημαϊκούς πάνω στο αντικείμενο της επιστήμης της υγείας, η οποία προσφέρει με συμβουλευτικό χαρακτήρα, δίνοντας τις γνώσεις τους και τις αναλύσεις τους πάνω στην αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Ακόμα, το σχέδιο χαρακτηρίζεται από τέσσερις άξονες που δίνουν την σημασία της προτεραιότητας και προωθούν κατά κύριο λόγο δράσεις που προάγουν και προλαμβάνουν το κάπνισμα. (Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027)

Επιπροσθέτως, πολλές είναι οι εκστρατείες για την ενημέρωση των πολιτών για το Στρατηγικό Σχέδιο κατά του καπνίσματος. Από τις πρώτες καμπάνιες που έλαβαν χώρα, η επιτροπή ζήτησε τη συμμετοχή γνωστών δημόσιων προσώπων για να εστιάσουν στην ανάγκη να εφαρμοστούν ειδικοί νόμοι για την αποφυγή του καπνίσματος, αλλά και να ευαισθητοποιήσουν τους νέους ανθρώπους.

Σημαντικό βήμα για τη μείωση του καπνίσματος ήταν ότι απαγορεύτηκε πλήρως το κάπνισμα σε κλειστούς κοινόχρηστους χώρους. Επίσης, σχετικά με το παράνομο εμπόριο προϊόντων καπνού κυρώθηκε το Πρωτόκολλο FCTC για την

κατάργηση όλων των παράνομων ενεργειών. Ο αντικαπνιστικός νόμος που ψηφίστηκε στηρίχθηκε ενεργά από την Εθνική Αρχή Διαφάνειας και όλα τα συναφή Υπουργεία. Στόχος τους ήταν να συντονιστούν συχνοί έλεγχοι σε όλη τη χώρα για την εφαρμογή του νόμου με τη βοήθεια των εξειδικευμένων ελεγκτικών οργάνων και της Ελληνικής Αστυνομίας. Στη συνέχεια, μεγάλο ρόλο έπαιξε και η τηλεφωνική γραμμή 1142, που υπήρχε και παλαιότερα, η οποία λειτούργησε ως μέσο επικοινωνίας για το φαινόμενο του καπνίσματος. Σε όλη τη διάρκεια λειτουργίας της μέχρι το 2020 καταγράφηκαν πάνω από 4.216 κλήσεις.

Το Υπουργείο Υγείας έκδωσε Κοινή Υπουργική Απόφαση με αριθμό 80727/15.11.2019, που αφορά καινούρια πρόστιμα, καθώς και τον τρόπο που θα επιβάλλονται και θα εισπράττονται. Στη συνέχεια, δημιούργησε ένα ηλεκτρονικό παράβολο, για να εισπράττει και να αποδίδει τα πρόστιμα για τυχόν παραβάσεις του αντικαπνιστικού νόμου μαζί με την βοήθεια της Γενικής Γραμματείας Πληροφοριακών Συστημάτων, η οποία πρόσφερε τη δυνατότητα της μηχανογράφησης και της ψηφιακής παρακολούθησης των προστίμων που επιβάλλονται και τον τρόπο που εισπράττονται. Τέλος, η Γενική Γραμματεία Νομικών και Κοινοβουλευτικών Θεμάτων έκρινε χρήσιμη μία πιλοτική εφαρμογή της μεθοδολογίας για την αξιολόγηση της νομοθετικής παρέμβασης από την Expertise France.

6.3.2 Υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών σε θέματα διατροφής

Η Επιτροπή θέτοντας σημαντικό στόχο να προστατεύσει την υγεία και να προάγει τις υγιεινές συνήθειες στην καθημερινότητα μας δημιούργησε μία Εθνική Διατροφική Πολιτική. Σε σύνοδο των Ηνωμένων Εθνών αποφασίστηκε ότι οι χρονιές 2016 – 2025, θα αποτελούν μία δεκαετία για ενεργή δράση πάνω στον τομέα της διατροφής. Πρότεινε σε όλα τα μέλη να δραστηριοποιηθούν και να ασχοληθούν πραγματικά, ώστε να εφαρμοστούν πολιτικές που θα έχουν σκοπό την εξάλειψη όλων των μορφών κακής διατροφής (υποσιτισμός, παχυσαρκία), καθώς και να στοχεύσουν στην καλύτερευση της διατροφής στις μητέρες, τα βρέφη και τα μικρά παιδιά.

Όλες οι παραπάνω πολιτικές που προτάθηκαν βρίσκονται σε απόλυτη συνάρτηση με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης 2.2 και 3.4 των Ηνωμένων Εθνών (2030 Agenda for Sustainable Development) και γι' αυτές είναι αρμόδια η Διεύθυνση

Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με το τμήμα Μη Μεταδοτικών Νοσημάτων και Διατροφής, την Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής και την Εθνική Επιτροπή για το Μητρικό Θηλασμό.

Δεύτερος Στρατηγικός Σκοπός του Υπουργείου Υγείας ορίστηκε με Υπουργική Απόφαση με αριθμό πρωτοκόλλου ΓΠ/οικ.146/29.12.2020 το πρόγραμμα με τίτλο «Καθορισμός Στρατηγικών Στόχων του Υπουργείου Υγείας έτους 2021». Το παραπάνω πρόγραμμα έχει σκοπό τις ποιοτικότερες και θρεπτικότερες διατροφικές συνήθειες και την μείωση των κακών συνηθειών διατροφής που οδηγούν σε υποσιτισμό ή παχυσαρκία στις πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή τα μωρά, τα μικρά παιδιά, τους εφήβους, τις εγκυμονούσες και θηλάζουσες μητέρες και τους ηλικιωμένους ανθρώπους.

Τον Νοέμβριο του 2019 η Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής όρισε το αρμόδιο σχέδιο «Σχέδιο Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής» για την ενίσχυση της ποιότητας των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων. Το συγκεκριμένο σχέδιο αφορά τρία βασικά σημεία, που εμπεριέχουν διάφορες προσεγγίσεις για δραστηριοποίηση στο τομέα της διατροφής βάση των προτεραιοτήτων και των πολιτικών που θέτει η Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με τη διατροφή.

Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας συνέστησε διατροφικές προτάσεις για την προστασία της υγείας του κοινού και των ειδικών ομάδων, όπως τα μωρά, τα μικρά παιδιά, τους εφήβους, τις εγκυμονούσες και θηλάζουσες μητέρες και τους ανθρώπους τρίτης ηλικίας. Επίσης, συνέστησε και συγκεκριμένη εισαγωγή τροφών στερεάς μορφής για τον πρώτο χρόνο ζωής ενός παιδιού.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή σε συνεργασία με τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας συνέταξαν ένα ερωτηματολόγιο για να ερευνήσουν πρώτη φορά την συνήθεια του Ελληνικού κοινού στη Μεσογειακή Διατροφή. Έρευνα με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου έγινε και σε δημοσίους και ιδιωτικούς βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, για να συλλεχθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες.

Όλες οι δράσεις των προγραμμάτων έγιναν με τη συνεργασία όλων των αρμόδιων αρχών, όπως το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, τον ΕΦΕΤ και το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, διάφορα εκπαιδευτικά ερευνητικά ιδρύματα, τον Σύνδεσμο Ελληνικών Βιομηχανιών Τροφίμων και επαγγελματικούς φορείς, όπως ο Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων – Διατροφολόγων και η Ένωση Διαιτολόγων-Διατροφολόγων Ελλάδος.

Σχετικά με την ενημέρωση των νέων παιδιών πραγματοποιήθηκαν δράσεις σε σχολικές μονάδες στη διάρκεια του σχολικού έτους 2019-2020, όπου υπήρξε πλήρης πληροφόρηση και εκπαίδευση πάνω σε θέματα διατροφής. Εκδόθηκαν όλα τα απαραίτητα ενημερωτικά φυλλάδια που έδιναν λύσεις και προτάσεις για υγιεινά σνακ στο σχολείο και στα πλαίσια του μαθήματος της Αγωγής Υγείας συζητήθηκαν θέματα της διατροφικής αγωγής και της άσκησης – δραστηριότητας – παιχνιδιού στη ζωή των παιδιών και των εφήβων.

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, το οποίο εφάρμοσε το πρόγραμμα «Σχολικά Γεύματα», παρέλαβε εισηγήσεις πάνω στις προδιαγραφές των τροφίμων και τα διαιτολογικά προγράμματα που προτάθηκαν είχαν βάση τη μεσογειακή διατροφή, η οποία ανταποκρίνεται πλήρως στις εθνικές διατροφικές συστάσεις που ενέκρινε η Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής. Επίσης, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής πρότεινε ισορροπημένα γεύματα και σωματική άσκηση σε όλη τη χρονική περίοδο που υπήρχαν τα μέτρα περιορισμού κυκλοφορίας των πολιτών για την αποφυγή μετάδοσης του ιού, σύμφωνα με την εγκύκλιο Δ1β/ΓΠοικ.22793/3.4.2020.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Προαγωγής της Υγιεινής Διατροφής και της Σωματικής Άσκησης εξελίχθηκε και αναπτύχθηκε βάση σχεδίου δράσης με σκοπό να ελέγχονται διαρκώς και να διαχειρίζονται όλοι οι παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο το κοινό και έχουν σχέση με τον σωστές διατροφικές συνήθειες και την σωματική δραστηριότητα, που ωφελούν τον ανθρώπινο οργανισμό.

6.3.3 Αντιμετώπιση βλαπτικών συνέπειων από κατανάλωση αλκοόλ

Στο Στρατηγικό Σχέδιο του Υπουργείου Υγείας δεν περιλαμβάνονται μόνο δράσεις για την σωματική υγεία, αλλά και την ψυχική. Η Υπουργική Απόφαση με αριθμό πρωτοκόλλου ΓΠ/οικ.146/29.12.2020, όρισε ως δεύτερο στρατηγικό σκοπό

την πρόληψη μορφών εξάρτησης που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ, τη χρήση διαδικτύου και τα παιχνίδια τύχης. Φορείς της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας συντονίζουν και εποπτεύουν δράσεις σε συνεργασία με Πανεπιστήμια, σχετικά με το πως μπορεί να αντιμετωπιστεί η προβληματική χρήση του αλκοόλ.

Γι' αυτό το λόγο λειτούργησαν δεκατέσσερα προγράμματα θεραπείας, για άτομα που έκαναν κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, σε νοσοκομειακά ιδρύματα πανελλαδικά, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών, το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ. Επίσης, τις υπηρεσίες τους προσέφεραν και δύο Αλκοολογικά Ιατρεία στα Περιφερειακά Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία Πατρών και Ηρακλείου Κρήτης. Ο Δήμος Καλλιθέας, ιδρύοντας το Σωματείο ΘΗΣΕΑΣ, πρόσφερε συμβουλευτική βοήθεια σε θέματα για την απεξάρτηση από το ποτό μαζί με τον ΟΚΑΝΑ. Άλλες δομές που προσφέρουν βοήθεια για την διαχείριση των εξαρτημένων ανθρώπων από το αλκοόλ είναι οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι και το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και ΟΚΑΝΑ). Τέλος, παροχή υπηρεσιών απεξάρτησης από το αλκοόλ παρέχονται στην Α' Ψυχιατρική Κλινική, του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (ΕΚΠΑ), την Β' Ψυχιατρική Κλινική του ΓΠΝ ΑΤΤΙΚΟΝ και την Παθολογική Κλινική του ΨΝΘ.

Επιπρόσθετα, στα Πλαίσια Ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΣΠΑ 2014-2020), ενισχύθηκαν σημαντικά οι υποδομές στους οργανισμούς (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΨΝΑ, Νοσοκομείο Ιωαννίνων ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ) για την απεξάρτηση. Δόθηκε μεγάλη βαρύτητα στην ενημέρωση για την πρόληψη και την ευαισθητοποίηση των κοινού, ειδικότερα του νεανικού. Επίσης, ανανεώθηκε το πόρισμα «της Ομάδας Εργασίας για την αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών από την κατανάλωση του αλκοόλ», που είχε κατατεθεί το καλοκαίρι του 2019.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Αντιμετώπισης Αλκοόλ (ΕΠΑΑ) ενισχύθηκε σημαντικά και δόθηκε έμφαση στα στοιχεία προστασίας, που έχουν επίδραση στα επακόλουθα της εξάρτησης, με κύρια σημεία την υλοποίηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων κατά κύριο λόγο σε σχολικές δομές για τις επιβαρυντικές συνέπειες που έχει στην υγεία και όχι μόνο η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων και το Ινστιτούτου

Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ), την εφαρμογή εντατικών ελέγχων σε σημεία πώλησης αλκοολούχων ποτών και κυρίτερα όταν αυτά πωλούνται σε νέους ηλικίας κάτω των 18 ετών, την αυστηρότερη επιβολή προστίμων και πειθαρχικών ποινών για παραβάσεις στην κατανάλωση αλκοόλ, όπως ήδη επιβάλλει το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, την στήριξη και αύξηση των δομών που ασχολούνται με τους εξαρτημένους ανθρώπους, καθώς και την ενίσχυση της ενημερωτικής καμπάνιας για την χρήση των οινοπνευματωδών ποτών σε ανήλικους, οδηγούς και εγκύους, τη λειτουργία και στήριξη τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας για να μπορούν οι πολίτες να επικοινωνούν να ενημερώνονται σχετικά με τον εθισμό στο ποτό και τέλος την υλοποίηση δράσεων, ώστε να μπορούν να παρέμβουν οι αρμόδιοι σε περιπτώσεις που ανήλικοι, εγκύους ή άτομα με προβληματική συμπεριφορά, που έχει να κάνει με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και σε περιπτώσεις που η οδική συμπεριφορά είναι επικίνδυνη λόγω υπερκατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών.

6.3.4 Πρόληψη Μειζόνων Παραγόντων

Στις δράσεις του κράτους, εκτός από τα παραπάνω που αναφέρθηκαν, περιλαμβάνονται και εκστρατείες για να ενημερώνονται και να προλαμβάνονται καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και μορφές καρκίνου. Φορείς της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας μαζί με εταιρείες επιστημονικού ενδιαφέροντος συντονίζουν και εποπτεύουν δραστηριότητες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση καρδιαγγειακών ασθενειών και καρκίνου.

Ο σχεδιασμός του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ) για όλο το ελληνικό κοινό βοηθά στον πρόωρο εντοπισμό ασθενειών υψηλού επιπολασμού. Επίσης, ολοκληρώθηκε ο σχεδιασμός μίας δοκιμαστικής πλατφόρμας για την ενίσχυση του προγράμματος προ συμπτωματικού ελέγχου για γυναίκες (45 – 55 ετών), οι οποίες δεν έχουν κάνει κάποιο σχετικό έλεγχο τα δύο τελευταία χρόνια και δεν έχουν νοσήσει. Τέλος, πολλές είναι οι καμπάνιες για την ευαισθητοποίηση για να καθιερωθούν οι ετήσιοι έλεγχοι για καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου, καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και την πρόωμη διάγνωση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής.

6.3.5 Προστασία από μεταδοτικά νοσήματα

Σχετικά με την πρόληψη των μεταδιδόμενων νοσημάτων δημιουργήθηκε το Εθνικό Πρόγραμμα Ανοσοποίησης. Από τις βασικές δράσεις αυτού του προγράμματος είναι η εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών Ενηλίκων 2020 – 2021 με εγκύκλιο Δ1α/Γ.Π.οικ.74363/19.11.2020, το οποίο έγινε με τις οδηγίες της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών και αφορά: το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων διαχωρισμένοι σε ηλικιακές ομάδες (2021), το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων διαχωρισμένοι ανάλογα με την ασθένεια τους (2021), τις ενδείξεις για τη χορήγηση PCV13 και PPSV23 σε ενήλικους και εμβολιασμού για τον τέτανο σε ασθενείς που είναι τραυματισμένοι, και τέλος τις συστάσεις Εμβολιασμών σε ασθενείς που έχουν δεχτεί κάποιο μόσχευμα.

Επιπλέον, εκδόθηκαν εγκύκλιοι και κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση της εποχικής γρίπης το 2020 με 2021 με πρόγραμμα αντιγριπικού εμβολιασμού και συστήνοντας τους τρόπους που θα χορηγηθεί το εμβόλιο σε περιπτώσεις που συνυπάρχουν και η γρίπη, αλλά και ο κορονοϊός, ειδικά στις ευπαθείς ομάδες. Επίσης, κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος του Covid-19, προτάθηκε η χορήγηση εμβολίων και σε παιδιά και σε ενήλικες. Δόθηκαν οδηγίες και για το αντιφυματικό εμβόλιο (BCG) σε σχέση με τον ιό SARS-CoV-2, αλλά και γενικότερα για όλα τα εμβόλια ρουτίνας παιδικής ηλικίας σε όλη τη διάρκεια της εξάπλωσης του κορονοϊού.

Όσον αφορά το ζήτημα των εμβολιασμών η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών σε συνεργασία με όλους τους αρμόδιους φορείς δημιούργησαν ένα εγχειρίδιο ενημερωμένο με όλα τα τελευταία στοιχεία στον τομέα για όλα τα εμβολιαστικά κέντρα. Η ίδια η επιτροπή όρισε τις ομάδες που θα λάμβαναν το εμβόλιο για την προστασία του κορονοϊού, ανάλογα με τα κριτήρια που είχαν ανάγκη την προτεραιότητα. Για το παραπάνω εκδόθηκε και ειδική Υπουργική Απόφαση σύμφωνα με την παράγραφο 2 του Άρθρου 52 και του Άρθρου 56 του Νόμου 4764/2020.

Εκτός από τους εμβολιασμούς για την προστασία από τον Covid-19 εκδόθηκαν απόφασεις και εγκύκλιοι για άλλες ενδημικές ασθένειες, όπως η ελονοσία,

για να αποφευχθεί η εκδήλωση επιδημίας από εισαγόμενο κρούσμα δαγκείου πυρετού, Chikunguna ή Zika και να προληφθούν επιδημίες από τον ιό του Δυτικού Νείλου. Δοθηκαν οδηγίες και για την καταπολέμηση των κουνουπιών για το 2020 με την δράση σχετικού προγράμματος.

Με την εγκύκλιο «Αναπροσαρμογή τιμής διάθεσης του ενέσιμου εμβολίου πολιομυελίτιδας και του ενέσιμου εμβολίου έναντι της λύσσας, στα πλαίσια εφαρμογής εγκυκλίων περί ταξιδιωτικής ιατρικής», καθορίστηκε ο έλεγχος των αποθεμάτων σε εμβόλια, βιολογικούς παράγοντες και αντίδοτα σε περιπτώσεις έκτακτων καταστάσεων. Επίσης, για να αποφευχθεί η διασπορά του μολυσματικού ιού Covid-19 δημιουργήθηκαν κανονιστικά πλαίσια και οδηγίες σε όλους τους τομείς δραστηριοτήτων (επαγγελματικούς, ψυχαγωγικούς, εκπαιδευτικούς). (Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027)

Από τον πρώτο καιρό εμφάνισης του νέου κορονοϊού οι αρμόδιες αρχές έχουν εκδώσει σχετικές Αποφάσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, οι οποίες ανανεώνονταν σύμφωνα με τα δεδομένα που προκύπταν κατά καιρούς από τις επιστημονικές μελέτες. Σύμφωνα λοιπόν με την Εθνική Επιτροπή Προστασίας της Δημόσιας Υγείας εκδόθηκαν 603 Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις, που είχαν σκοπό να προστατεύσουν την δημόσια υγείας και να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή της μετάδοσης του ιού.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕΜΒ) αναπτύχθηκε πλήρως με δράσεις που αφορούσαν εμβολιασμούς σε όλες τις ευπαθείς ομάδες, παιδιά, ανήλικους και ενήλικες, μετακινούμενους πληθυσμούς και ανθρώπους, που η υγεία τους βρίσκεται σε επικίνδυνο σημείο. Εκδόθηκε πρόγραμμα εμβολιασμού στις 4 Ιουνίου το 2020 με το όνομα «Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2020». Επίσης, το κράτος προμηθεύτηκε έγκαιρα τέσσερα εκατομμύρια εμβόλια γρίπης για να καλυφθούν όλες οι ανάγκες, μιας και την περίοδο 2020-2021 η ζήτηση αυξήθηκε κατά 85% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά.

Όσον αφορά τον έλεγχο των λοιμώξεων υλοποιήθηκε από το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων και το Υπουργείο Περιβάλλοντος & Ενέργειας, Εθνικό Σχέδιο Δράσης τον Νοέμβριο του 2019 για να αντιμετωπιστεί η μικροβιακή αντοχή σε όλη την επικράτεια. Ο βασικός σκοπός του σχεδίου είναι να διασφαλιστεί

η ανθεκτικότητα του αποτελέσματος των αντιβιοτικών στο χώρο της ιατρικής και της κτηνιατρικής και να περιοριστεί η ανάπτυξη και η εξάπλωση της μικροβιακής αντοχής σε όλους τους κλάδους με αποτέλεσμα την ολοκληρωτική προσέγγιση της αντοχής των μικροβίων.

Για αυτό το επίτευγμα κρίθηκε απαραίτητη η συνεννόηση βασικών κλάδων που αφορούν την υγεία, την κτηνιατρική, την γεωργία και το περιβάλλον με πρωταρχικό στόχο την παρατήρηση λοιμώξεων, της κατανάλωσης αντιβιοτικών, της τήρησης κανονισμών στην εφαρμογή των μέτρων ελέγχου και την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων, την προσεκτική χρήση αντιμικροβιακών ουσιών, την σωστή πληροφόρηση, την καθοδήγηση, και την αφύπνιση πάνω σε θέματα υγείας και την έρευνα – ανάπτυξη.

Επικαιροποιήθηκε το θεσμικό πλαίσιο που αφορά τους κανονισμούς και τα μέτρα για όλα τα διαδικαστικά θέματα για την πρόνοια και τον ελεγκτικό μηχανισμό των λοιμώξεων, κατά την παραμονή ασθενών σε νοσοκομειακές δομές και χώρους υγείας. Σημαντικό εγχείρημα ήταν και η υλοποίηση δράσεων σχετικά με θέματα πρόληψης και θεραπείας της λοίμωξης του Ιού Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου (HIV), αλλά και άλλων ιογενών ηπατιτίδων, υπό την αιγίδα των φορέων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με Πανεπιστημιακά Ιδρύματα και Ενώσεις Πολιτών.

Τέλος, για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων προτάθηκαν ενισχυτικές ενέργειες σε Μονάδες Λοιμώξεων (ΜΕΛ) για την στήριξη των δομών, ώστε να υπάρξει υποδειγματική φροντίδα σε ανθρώπους που νοσούν από HIV και την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών, στα πλαίσια της αντιμετώπισης λοιμώξεων μέσα σε νοσοκομειακές μονάδες σε όλη την Ελλάδα.

6.3.6 Υγειονομική Διαχείριση Περιβάλλοντος

Για την υγειονομική διαχείριση του περιβάλλοντος η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, σε συνεργασία με όλους τους αρμόδιους φορείς της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, σύλλεξε στοιχεία σχετικά με την ποιότητα του νερού που καταναλώνει ο άνθρωπος, την ποιότητα του εμφιαλωμένου νερού, την ποιότητα του

νερού μέσα στο οποί κολυμπάμε, την ασφάλεια λειτουργίας των δημόσιων κολυμβητικών δεξαμενών για την προστασία της υγείας των χρηστών, την μόλυνση της ατμόσφαιρας και τις ιοντίζουσες και μη ιοντίζουσες ακτινοβολίες, που χρησιμοποιούνται στο τομέα της ιατρικής.

Η Υπηρεσία έκδωσε οδηγίες και εγκυκλίους για την προστασία της δημόσιας υγείας με την πρόταση μέτρων ασφαλείας σε έκτακτες ανάγκες, όπως σε φυσικές καταστροφές (πυρκαγιές), σε περιπτώσεις σεισμών (ύστερα από το σεισμό στη Σάμο τον Οκτώβριο του 2020), στην μη ελεγχόμενη απόρριψη αποβλήτων και μολυσματικών υλών από αγωγούς ομβρίων υδάτων ύστερα από πτώση βροχής, στο δυτικό μέρος της ακτής «Κουρέντι» στο Δήμο Χαλκίδας, στο ξέσπασμα πυρκαγιάς σε εργοστασιακή μονάδα πλαστικού στη Μεταμόρφωση Αττικής, στις πλημμύρες που εκδηλώθηκαν στο Δήμο Χερσονήσου στο Ηράκλειο της Κρήτης και στην φωτιά που έπληξε μεγάλη δασική περιοχή της Ανατολικής Αττικής.

Επιπλέον, παρουσιάστηκαν εγκύκλιοι για την προστασία του ελληνικού κοινού σε όλη τη χρονική περίοδο της εξάπλωσης του κορονοϊού με την επιβολή μέτρων και κανονισμών σε κολυμβητήρια, σε δομές εσωτερικού δικτύου ύδρευσης, αποχέτευσης υγρών και διαχείρισης στερεών απορριμμάτων στις Υγειονομικές Μονάδες και σε όλα τα συστήματα ύδρευσης και αποχέτευσης και ασφαλέστερη απόρριψη αστικών και υγρών απορριμμάτων. Επίσης, εκδόθηκαν οδηγίες για τη χρήση κλιματιστικών μονάδων και την αποφυγή λοιμώξεων, για την ευχέρεια έρευνας από ειδικά εργαστήρια του μολυσματικού ιού σε ανεπεξέργαστα αστικά λύματα στα δίκτυα αποχέτευσης, για να προλαμβάνεται η νόσος των λεγεωναρίων κατά τη διάρκεια της πανδημίας και τέλος, προτάθηκε η λειτουργία όλων των εκπαιδευτικών δομών με προϋπόθεση τον επαρκή εξαερισμό όλων των εσωτερικών χώρων κατά την περίοδο του χειμώνα με στόχο την μείωση της διασποράς.

Επιπρόσθετα, υλοποιήθηκε πρόγραμμα δράσης σταδιακής μείωση (phase down) της χρήσης οδοντιατρικών αμαλαμάτων, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Οι δραστηριότητες του προγράμματος αφορούσαν κυρίως την υλοποίηση ενός συστήματος εποπτείας της σωστής χρήσης του απόβλητου οδοντιατρικού αμαλλάματος, που χρησιμοποιείται στην οδοντιατρική.

6.3.7 Ενέργειες για τον έλεγχο των εξαρτήσεων

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση ΓΠ/οικ.146/29.12.2020, που έχει στόχο την ποιότητα στη υγεία και την ευημερία του ελληνικού πληθυσμού, συζητήθηκε η λήψη αποφάσεων σχετικά με την ενίσχυση της φροντίδας των ανθρώπων που κάνουν χρήση ουσιών. Προτάθηκε η σύσταση ομάδων και δημιουργία δομών όπου θα γίνεται η χρήση ουσιών με εποπτικούς ελέγχους, η λειτουργία μονάδων αποτοξίνωσης και φορείς για την κοινωνική ένταξη. Σημαντικό κρίνεται και η ενίσχυση προγραμμάτων επανένταξης στην κοινωνία και επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και δράσεις για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Επιπλέον, συστάθηκε ξανά η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, η οποία εποπτεύει και συντονίζει φορείς κατά των εξαρτήσεων με την τροποποίηση του Νόμου 4139/2016 και διεξάγονται τακτικές συγκεντρώσεις για την συζήτηση και την λήψη αποφάσεων για επιμέρους θέματα. Επίσης, επικαιροποιείται ο θεσμός των δομών όπου γίνεται η χρήση ουσιών με εποπτεία και λήγουν όλα τα ζητήματα που αφορούν τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας.

Σχετικά με αυτό το γεγονός, το τελικό σχέδιο δράσης κατατέθηκε τον Μάρτιο του 2021 για την ενίσχυση του προγράμματος και τις συμβάσεις αυτών των κέντρων και βρίσκεται προς υπογραφή η δημιουργία εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας κέντρων πρόληψης για πρώτη φορά στην ιστορία αυτών των δομών.

Σε συνέχεια, η Υπηρεσία βρίσκεται σε συνεχόμενη συνεννόηση με τον Εθνικό Συντονιστή για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, ο οποίος ενημερώνει άμεσα τον Πρωθυπουργό και την Διοικητική Υποστήριξη της λειτουργίας του Γραφείου από στελέχη της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας. Το Στρατηγικό Πρόγραμμα για τα Ναρκωτικά και τις ψυχοτρόπες ουσίες για την χρονική περίοδο 2021 έως 2026 ολοκληρώνεται και μαζί του υλοποιείται πλήρως το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα κατά των Ναρκωτικών, δίνοντας μεγάλη προσοχή στην πρόληψη, τη θεραπεία ευπαθών και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, τη εξάλειψη των βλαπτικών επιπτώσεων, την ολοκληρωμένη εφαρμογή της θεραπείας και την πρόληψη υποτροπιάζουσών καταστάσεων, την κοινωνική επανένταξη και τις παρεμβάσεις στο σωφρονιστικό σύστημα. Τέλος, εκσυγχρονίζεται και το νομοθετικό έργο για την χρήση Ναλοξόνης

σε μεγάλη κλίμακα για αποφεύγονται οι θάνατοι από την υπερβολική δόση και οι χρήστες να έχουν την επιλογή να τους χορηγήσουν τη σωστή δόση επαγγελματίες υγείας, όπως το ΕΚΑΒ ή θεραπευτές που εργάζονται και περιπολούν τους δρόμους.

6.3.8 Έλεγχος υγείας προσφύγων και μεταναστών

Ένα σοβαρό ζήτημα της χώρας μας είναι το τεράστιο μεταναστευτικό κύμα που τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο φλέγον θέμα. Σχετικά με τα θέματα δημόσιας υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες, διεξήχθη έρευνα και αποτιμήθηκε η δυνατότητα της Ελλάδας να χειριστεί ένα τόσο μεγάλο αριθμό μεταναστών σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Υπάρχει συνεχής έλεγχος και συντονισμός δράσεων από τη Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΔΕΕΕΚΔΥ), για την ποιοτικότερη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης και στα Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων Και Μεταναστών, που προσφέρει ο ΕΟΔΥ στα πλαίσια του Προγράμματος PHILLOS II και στα Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης Αλλοδαπών (ΠΡΟΚΕΚΑ) από την Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας Α.Ε.. Οι δράσεις του προγράμματος PHILLOS II ολοκληρώνονται τον Δεκέμβριο του 2021.

Τα Προγράμματα Ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΣΠΑ 2014 – 2020), εξασφαλίζουν τα χρηματικά ποσά για την ένταξη σε εννιά Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα οριζοντίου έργου με τίτλο «Δράση για την θωράκιση της Δημόσιας Υγείας και αντιμετώπιση της επιδημίας Covid-19 σε χώρους μεταναστών/προσφύγων» με προϋπολογισμό 31.088.149,67 ευρώ. Τέλος, σημαντική είναι και η χρηματοδότηση των 25.300.000 ευρώ από τον Μηχανισμό Επείγουσας Απόκρισης (Emergency Support Instrument (ESI), της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (DG HOME), για να εξοπλιστούν πλήρως με ιατροτεχνολογικό υλικό, για να προμηθευτούν με κινητές μονάδες υγείας οικίσκων σε χώρους διαμονής των μεταναστών και προσφύγων, με σκοπό να αποσυμφορηθούν οι νοσηλευτικές δομές. Επίσης, ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός έδωσε την έγκρισή του για 5.000.000 ευρώ για να διεξαχθούν διαγνωστικά test σε μετανάστες και πρόσφυγες. (Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027)

6.3.9 Οργανωτικές παρεμβάσεις

Όλες οι δράσεις που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα συντονίζονται από τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και μέσα στον Αύγουστο του 2020 διεκπεραιώθηκε η συγκρότηση και η λειτουργία τους σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες. Καθορίστηκαν τα δύο Εθνικά Συμβούλια Εκπαίδευσης που αφορούν ειδικότητες, όπως της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής και της Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Στη συνέχεια, υπήρξε η ολοκλήρωση των προτάσεων «Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας με έμφαση στους Λοιμογόνους Παράγοντες» για την μεταρρύθμιση του Δημόσιου Τομέα, οι οποίες βρίσκονται σε στάδιο αξιολόγησης, για να αποφασιστεί η τελική επιδότηση από το πρόγραμμα ΕΣΠΑ 2014 – 2020 της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το MIS 5074887 με ποσό 5.000.000 ευρώ, με στόχο την εφαρμογή δραστηριοτήτων για την αποτελεσματικότερη διαχείριση και ανταπόκριση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.

Εκτός των παραπάνω, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας υπέβαλλε αίτημα, το οποίο και προχώρησε θετικά, για την πρόταση Εφαρμογής Μεταρρύθμισης του Συστήματος Δημόσιας Υγείας, στα πλαίσια του Μηχανισμού Τεχνικής Υποστήριξης (TSI) με τη χρηματική επιδότηση του 1.100.000 ευρώ της Γενικής Διεύθυνσης Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (DG REFORM). Αυτή η πρόταση ουσιαστικά είχε να κάνει με τη λειτουργική αναδιαμόρφωση των συστημάτων διοίκησης της Δημόσιας Υγείας στα πλαίσια του Άξονα 4 του Προγράμματος «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ».

Αξιοσημείωτο γεγονός είναι ότι η αξιολόγηση της Γενικής Διεύθυνσης Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (DG REFORM) σε συνεργασία και με άλλες υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, έγινε σε πάνω από επτακόσιες προτάσεις που κατατέθηκαν από εικοσιεπτά μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όλες οι αιτήσεις υποβλήθηκαν σε απαιτητικό έλεγχο και διαδικασία επιλογής. Τέλος, το πρόγραμμα EU4Health της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Προστασίας του Καταναλωτή (DG SANCO) με προϋπολογισμό 5,1 δις ευρώ κλείστηκε με την συνεργασία της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και της Μόνιμης Εθνικής Αντιπροσωπείας (MEA). Οι δράσεις του συγκεκριμένου προγράμματος αφορούν τον

τομέα της Δημόσιας Υγείας και θα ολοκληρωθούν με τις συμμαχίες των φορέων, που υπάρχουν σε όλα τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσα στη χρονική περίοδο 2021-2027.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο Η ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025

7.1 Το όραμα, η αποστολή, οι στόχοι της Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας .

Η εθνική στρατηγική για τη δημόσια υγεία βασίζεται σε ένα όραμα πολιτικής που συνάδει με τη συνολική στρατηγική του Υπουργείου Υγείας: η εξάλειψη των κινδύνων για την υγεία (κοινωνικο-οικονομικά, συμπεριφορικά και περιβαλλοντικά συμβάντα) αντιπροσωπεύει τη συντριπτική έμφαση του Υπουργείου Υγείας και της πολιτικής του που είναι η προστασία και η προαγωγή της ανθρώπινης υγείας. Οι κύριοι στόχοι της πολιτικής δημόσιας υγείας οργανώνονται ως εξής: Συνεχής βελτίωση των προτύπων υγείας και ενημέρωση της ευημερίας των ανθρώπων με την προώθηση διαφόρων συνεργασιών για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Έμφαση δίνεται στην πρόληψη. Οι βασικές αρχές του οράματος περιλαμβάνουν αντικειμενικότητα στη λήψη των αποφάσεων ώστε να διασφαλιστεί η ίση εξυπηρέτηση των ασθενών. Το ΕΣΥ θα πρέπει να λογοδοτεί για τις πράξεις των επαγγελματιών υγείας, να γίνεται ανάληψη των ευθυνών και να υπολογίζονται οι αρχές της καινοτομίας και της εκπαίδευσης που θα έχουν ως στόχο την ποιοτική εξέλιξη των υπηρεσιών που παρέχονται. Η στρατηγική του Υπουργείου Υγείας πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει παρεμβάσεις για την επείγουσα φροντίδα, για την μακροχρόνια φροντίδα και αποκατάσταση ,για την αναβάθμιση των υποδομών, για την ποιότητα των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας , δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, για την ενσωμάτωση των τεχνολογιών , για την δικτύωση όλων των εμπλεκόμενων μερών , για την διατομεακότητα , για την επένδυση στην αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και την κατανομή αυτού στις Περιφέρειες .

Ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας (ν. 4675/2020):

1. Καθοδήγηση και υποστήριξη για ένα ισχυρό και αποτελεσματικό σύστημα δημόσιας υγείας.
2. Διατήρηση υφιστάμενων οργανισμών δημόσιας υγείας
3. Καθοδήγηση στη δημιουργία νέων ή διευρυμένων υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
4. Συνεργασία με άλλους φορείς και δημόσιους φορείς για την ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων που παρεμβαίνουν ή επηρεάζουν τη δημόσια υγεία.
5. Συνεργασία με φορείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας αυτοδιοίκησης για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.

6. Συντονίζει, υποστηρίζει και διαχειρίζεται εθελοντικές οργανώσεις και δημόσιους οργανισμούς που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία.
7. Σύσταση επιτροπών εμπειρογνομόνων που θα επικουρούν τον Γενικό Γραμματέα στην εκτέλεση των καθηκόντων του.
8. Συμβουλεύει τον Υπουργό Υγείας για:
- I. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.
- II. Σχεδιασμός, συντονισμός και αξιολόγηση υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών και παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν και επιβαρύνουν,
- III. Συντονισμός δραστηριοτήτων δημόσιας υγείας σε καταστροφές και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.
- IV. Ενσωμάτωση παρεμβάσεων για τη διαχείριση και τον έλεγχο συμπεριφορικών κινδύνων για την υγεία, όπως οι εθισμοί και το φαγητό. Συντονίζει δραστηριότητες που σχετίζονται με διάφορα θέματα πολιτικής και δημόσιας υγείας που σχετίζονται με θέματα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της στέγασης, της απασχόλησης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας στοχεύει: να αναπτύσσει, να εφαρμόζει, να παρακολουθεί και να αξιολογεί τις πολιτικές και τα προγράμματα του Εθνικού Προγράμματος Δημόσιας Υγείας σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας και να συντονίζει τους οργανισμούς δημόσιας υγείας με όλους τους σχετικούς ενδιαφερόμενους φορείς, σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο (ν. 4675/ 2020). Κύριος στόχος της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας είναι να αναπτύξει και να προωθήσει την εφαρμογή μιας ετερογενούς πολιτικής δημόσιας υγείας σε όλες τις πολιτικές, η οποία πλέον εμφανίζεται ως επιτακτική ανάγκη για αποτελεσματική συνεργασία και ετερογενή συνεργασία. Εφαρμογή μέτρων σε όλους τους κοινωνικούς και οικονομικούς τομείς. (Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027)

7.2 Οι Στόχοι και οι άξονες προτεραιότητας της Στρατηγικής

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν. 4675/2020, οι βασικές αρχές για την ανάπτυξη της εθνικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία είναι οι εξής:

1. Χαρτογράφηση επιπτώσεων υγείας, κοινωνικών και περιβαλλοντικών επιπτώσεων

2. Μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και ανάπτυξη πληθυσμιακών δεδομένων και δεικτών υγείας
3. Προστασία, πρόληψη και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και των πιο ευάλωτων
4. Η διαχείριση και ο έλεγχος της μείζονος νοσηρότητας και θνησιμότητας και η ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών σχεδίων δράσης για τις πιο κοινές ασθένειες, όπως ο καρκίνος, και η πρόληψη, έλεγχος και διαχείριση σπάνιων ασθενειών.
5. Σχεδιασμός, Σχεδιασμός και Εφαρμογή Πολιτικών Προώθησης, Πρόνοιας και Ανάπτυξης καθώς και Πολιτικών Διαβίωσης και Ποιότητας Ζωής για την ανάπτυξη του λαού της χώρας και την οικονομική ανάπτυξη.
6. Κατ' οίκον φροντίδας για χρόνιες παθήσεις

Οι βασικές αρχές που διέπουν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις ενέργειες υπέρ των πολιτών είναι οι εξής:

1. Προσαρμογή στις συστάσεις διεθνών οργανισμών και ενίσχυση της διεθνούς διπλωματίας υγείας σε συνεργασία με γειτονικές χώρες, καθώς και με αυτές της Ευρωπαϊκής Ένωσης
2. Η καθιέρωση δράσεων δημόσιας υγείας σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θέσεις
3. Ο αντίκτυπος της ανισότητας σε δείκτες κοινωνικής και οικονομικής υγείας
4. Καταγραφή κινδύνων συμπεριφοράς που σχετίζεται άμεσα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως καπνός, υποσιτισμός, έλλειψη σωματικής άσκησης, προσωπική και ακατάλληλη στοματική υγιεινή, υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών
5. Η υιοθέτηση πολιτικών πρόληψης των κινδύνων για τη δημόσια υγεία
6. Η υιοθέτηση πολιτικών για την πρόληψη των κινδύνων για τη δημόσια υγεία για τους πολίτες μέσω της εφαρμογής ενός εθνικού συστήματος συστηματικού ελέγχου,
7. Ενθάρρυνση πολιτικών για τον μετριασμό και τον περιορισμό των επιβλαβών επιπτώσεων στην ανθρώπινη υγεία από κινδύνους συμπεριφοράς, όπως αναφέρεται στην περίπτωση δ παραπάνω
8. Προώθηση του ανθρώπινου δυναμικού με επίκεντρο τις καλές επιλογές και συμπεριφορά των πολιτών,
9. Η υιοθέτηση διατομεακών οριζόντιων πολιτικών για τη βελτίωση της επίτευξης των προτύπων υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην υιοθέτηση πολιτικών για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, των συνθηκών εργασίας και της έκθεσης σε υγιείς συνθήκες από το τεχνητό και φυσικό περιβάλλον,

10. Η δημιουργία πολιτικών για την προαγωγή της δημόσιας υγείας

7.2.1 Το Πενταετές Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021 – 2025

7.2.1.1 Οι Βασικές Αξίες του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού του Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

Το πενταετές πρόγραμμα βασίζεται στις ακόλουθες αξίες πολλαπλού σχεδιασμού:

Αυτό είναι σχετικό και σύμφωνα με το εθνικό πλαίσιο στρατηγικής για την υγεία.

Είναι σχετικό και συνοδεύεται από ένα σαφώς καθορισμένο σύνολο στόχων δημόσιας υγείας

Επιλέχθηκαν βασικοί άξονες με βάση τις πολιτικές υγείας κάθε κοινότητας

Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν καθοδήγηση και επιδίωξη βελτίωσης γενικών δεικτών δημόσιας υγείας

Η επένδυση του Action Network είναι πραγματική και ασφαλής. Είναι αρκετά ευέλικτο ώστε να προσαρμόζεται σε προγράμματα και πολιτικές άλλων φορέων, πέρα από τα όρια του τομέα υγείας.

7.2 Το Λογικό Πλαίσιο του Σχεδιασμού (logical framework)

Το λογικό πλαίσιο σχεδιασμού για το Πενταετές Σχέδιο 2021 -25 Δράσης περιέχει τις στρατηγικές κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, τους στόχους και τις δραστηριότητες των Μεμονωμένων Σχεδίων Δράσης για τον Τομέα Δημόσιας Υγείας

7.3 Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» 2021-2025

7.3.1 Εισαγωγή

Η βελτίωση της υγείας των ανθρώπων σημαίνει πρόληψη, θεραπεία και μείωση ή εξάλειψη προβλημάτων υγείας που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων. Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να θυμόμαστε ότι η ανθρώπινη ζωή στη σύγχρονη εποχή επηρεάζεται επίσης από περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αν και το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα έχει αυξηθεί τις τελευταίες δύο

δεκαετίες και είναι ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (81,1 έτη έως 80,6 έτη), η χώρα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει αρκετές μακροπρόθεσμες προκλήσεις για την υγεία της, κοινωνικοοικονομικές. Η ανισότητα, με την πάροδο του χρόνου, αυξάνει τη νοσηρότητα που σχετίζεται με παράγοντες συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, όπως η υψηλή επικράτηση του καπνίσματος και οι σημαντικές αυξήσεις στο σωματικό βάρος και η παχυσαρκία, συμβάλλοντας στην κακή υγεία και την πίεση στο σύστημα υγείας. Εκτός από τα παραπάνω, οι επιπτώσεις περιλαμβάνουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού, την υγεία των μεταναστών και των προσφύγων και τον αυξημένο επιπολασμό και τον κίνδυνο ασθενειών. Πράγματι, η ειδική επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία αυξάνεται λόγω της πολυπλοκότητας των ασθενειών και των προκλήσεων της σύγχρονης πολιτικής υγείας.

1. Ειδικότερα, η τρέχουσα διεθνής απειλή ενός νέου κορωνοϊού υπογραμμίζει την ανάγκη για ένα ισχυρό και σύγχρονο σύστημα δημόσιας υγείας. Οι ισχύοντες κανονισμοί δημόσιας υγείας και οι μεταρρυθμίσεις, είναι σανίδες σωτηρίας προς όφελος των πολιτών και η τρέχουσα κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία απαιτεί επείγοντα μέτρα για την ενίσχυσή τους. Η επιτόπια έρευνα μεταφράζεται στον γενικό πληθυσμό παγκοσμίως ως ευάλωτες ομάδες με χρόνιες παθήσεις και πιο πιθανό να νοσήσουν από τον ιό που προκαλεί και παρακολουθεί στις ανεπτυγμένες χώρες. Θεωρείται ότι η προσοχή στους παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς οδηγεί σε μείωση της σοβαρότητας της αγωνίας μεταξύ των ευάλωτων ατόμων και κατά συνέπεια σε μείωση του άγχους που σχετίζεται με την υγεία.

2. Τεκμηρίωση, αξιολόγηση και εφαρμογή των αναγκών υγείας της κοινότητας.

3. Παρακολούθηση και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων και πρόληψη.

4. Χρήση φυσικών πόρων, λυμάτων, ατμοσφαιρική ρύπανση κ.λπ., με στόχο τη διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος. Αυξημένοι υγειονομικοί έλεγχοι στα σημεία εισόδου της πόλης.

7.3.2 Το περιεχόμενο του Προγράμματος Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης»

Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο μέρος του σχεδίου δράσης για τη δημόσια υγεία για την περίοδο 2021-2025.

7.3.3 Επιχειρησιακοί Στόχοι ανά Στρατηγικό Στόχο

Στρατηγικός Στόχος 1. Βασικοί Στόχοι, παρεμβάσεις και δραστηριότητες που στοχεύουν στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης ασθενειών, αναπηρίας ή βλάβης που μπορούν να προληφθούν.

- Διαχείριση και έλεγχος παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον υποσιτισμό και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Προώθησης Υγείας και Διατροφής (NHP) .
- Προώθηση προστατευτικών μέτρων που μειώνουν την εξάπλωση αυτής της ασθένειας. Εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου του Αλκοόλ (NAPP) 1.1.
- Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (NIPV), το οποίο καλύπτει ειδικές και ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας, όπως βρέφη, παιδιά και ηλικιωμένους, κινούμενα άτομα και ευάλωτα άτομα. Οι τακτικές είναι αργές.

Στρατηγικός Στόχος 2

Στόχος η Δευτερεύουσα πρόληψη.

- Έγκαιρη αναγνώριση κοινών ασθενειών. Διοίκηση του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου (ΕΣΠ) στον Γενικό Πληθυσμό
- Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου Οργανωμένου Τοκετού (NPGA), που στοχεύει στην προστασία της υγείας κατά τον τοκετό.

Στρατηγικός στόχος 3

- Εθνικό πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής ένταξης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ΕΠΣΑΦΣΥΠ)
- Βοήθεια για καρκινοπαθείς

Στρατηγικός στόχος 4

Οι επιχειρησιακοί στόχοι είναι ο εκσυγχρονισμός των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία με στόχο τη μεταρρύθμιση του συστήματος δημόσιας υγείας

- Αναδιοργάνωση της λειτουργίας του συστήματος επιτήρησης της δημόσιας υγείας
- Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας
- Οι μέθοδοι άμεσης απόκρισης για την επίλυση προβλημάτων και προβλημάτων είναι σημαντικές
- Βελτίωση των φυσικών συστημάτων υγείας
- Βελτίωση της ποιότητας και της επιστημονικής εγκυρότητας των υπηρεσιών
- Πληροφορική Δημόσιας Υγείας
- Οριζόντιες ενέργειες για τη βελτίωση της ζωής

7.3.4 Επιχειρησιακοί Δείκτες Εκροών και Αποτελέσματος

Οι Κυριότεροι Επιχειρησιακοί Δείκτες αποτελέσματος του Προγράμματος «Σπύρος Δοξιάδης» παρουσιάζονται ανά Επιχειρησιακό Στόχο, παρακάτω:

7.3.4.1 Στρατηγικός Στόχος 1: Πρωτογενής Πρόληψη

Επιχειρησιακός Στόχος 1.1

Δείκτες σχεδιασμού δράσης. Αξιολογήστε την πρόληψη και τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον υποσιτισμό και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Προαγωγής Υγείας και Διατροφής (ΕΠΣΑΦ)

1. Εκπαιδευτική ανάπτυξη και κατάρτιση σε περισσότερα από 1455 σχολεία (10%) με σημαντικά σχολεία στους τομείς
2. Επιμόρφωση περισσότερων από 10.000 εκπαιδευτικών
3. 2000 οργανώσεις γονέων και κηδεμόνων που συμμετέχουν σε προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με τα οφέλη της υγιεινής διατροφής
4. Ανακαίνιση του 10% των αθλητικών υποδομών
5. Υλοποίηση 13 περιφερειακών αθλητικών προγραμμάτων για όλη την κοινότητα
6. Συμμετοχή του 15% των ικανοτήτων των μαθητών σε αθλητικές δραστηριότητες εκτός σχολικού προγράμματος
7. Εκτιμήστε το 50% των ευκαιριών των μαθητών στον αθλητισμό και τη διατροφή
8. 2.000 οργανώσεις γονέων και κηδεμόνων που ασχολούνται με την ευαισθητοποίηση και ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τα οφέλη της άσκησης
9. Δράσεις προβολής και επιμόρφωσης σε 1455 σχολεία

Επιχειρησιακός στόχος 1.2

Οι βασικοί σχεδιαστικοί δείκτες για την πρόληψη βελτιώνουν τους προστατευτικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τον αντίκτυπο αυτής της ασθένειας. Εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου Αλκοόλ (ΕΠΣΑ)

1. Βελτίωση και λειτουργία. Φυσικές ιδιότητες αποτοξίνωσης
2. 2.000 οργανώσεις γονέων και κηδεμόνων, που συμμετέχουν σε προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για το αλκοόλ και άλλες νόμιμες εξαρτήσεις.

3. Δημιουργία και λειτουργία της γραμμής υποστήριξης οινοπνεύματος
4. «Εφαρμογή 13 Επαρχιακών Προγραμμάτων Παρέμβασης για τον πληθυσμό-στόχο Παρέμβαση για περισσότερα από 200.000 άτομα

Επιχειρησιακός στόχος 1.3 Δείκτες Βασικού Σχεδιασμού του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών (ΕΠΜΒ), το οποίο αφορά ειδικές ομάδες και ευάλωτα άτομα, παιδιά, παιδιά και ηλικιωμένους, κινούμενα άτομα και ευάλωτα άτομα.

1. Παροχή 4 εκατομμυρίων προληπτικών εμβολίων για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού αυξανόμενες δόσεις κατά 2,0% σε σύγκριση με το 2018-2019
2. Αύξηση του ποσοστού επιπτώσεων κατά 8,1%. Στα νοσοκομεία και 12,2% στο αντίστοιχο ποσοστό επαγγελματιών υγείας για ΠΦΥ

7.3.5 Στρατηγικός Στόχος 2 - Δευτερογενής Πρόληψη

Επιχειρησιακός στόχος 2.1

- 1 Αποτελεσματικές κατευθυντήριες γραμμές σχεδιασμού Δευτερεύουσα πρόληψη
Ο ελεύθερος έλεγχος του τραχήλου της μήτρας σταδίου 1 καλύπτει περίπου το 50% των γυναικών (ηλικίας 21-65 ετών) στην ηλικία των 3 ετών.
- 2 έγκαιρη ανίχνευση κοινών ασθενειών. Διοίκηση του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου (ΕΣΠ) στον Γενικό Πληθυσμό
3. Δωρεάν έλεγχος μαστού CA για το 85% των γυναικών (50-69 ετών) εντός 3 ετών
4. Δωρεάν δοκιμή πρόληψης CAON CON για το 10% του ενεργού πληθυσμού στη χώρα εντός 2 ετών (ηλικίες 50-69) για βάθος 3 ετών.
5. Δωρεάν προληπτικοί έλεγχοι για ανευρύσματα κοιλιακής αορτής στο 20% τουλάχιστον του ενεργού πληθυσμού της χώρας για 3 χρόνια (ηλικίες 50-69).
6. Δωρεάν προληπτικοί έλεγχοι καρδιαγγειακού κινδύνου για το 20% του ενεργού πληθυσμού της χώρας για 3 χρόνια (ηλικίες 50-69).

Επιχειρησιακός στόχος 2.2

Δείκτες λειτουργικού σχεδιασμού Δευτερογενής πρόληψη Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου Εγκυμοσύνης και Εξωτερικών Ελέγχων (ΔΕΦΑ)

1. Προγεννητικός έλεγχος για το 33% των εγκύων γυναικών κατά τη διάρκεια του έτους του προγράμματος (ιδιαίτερα σημαντικός για τις γυναίκες σε συνθήκες φτώχειας)
2. Επιβεβαίωση τοκετού στο 33% των νεογνών ανά έτος χρησιμοποιώντας αυτό το πρόγραμμα εντός 3 ετών

7.3.5.1 Στρατηγικός Στόχος 3: Τριτογενής πρόληψη - Παρεμβάσεις

Επιχειρησιακός στόχος 3.1

Αποτελεσματικές Οδηγίες Σχεδιασμού Τριτογενούς Πρόληψης Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Ένταξης και Αποκατάστασης Ατόμων με Σοβαρές Ψυχικές Διαταραχές (ΕΠΨΕΑΑΠΣΥΠ)

1. Ένταξη και αποκατάσταση 600 ατόμων
2. 27 ΚΟΙΣΠΕ Να προωθήσουν κατάλληλες δράσεις κοινωνικής ένταξης για τους δικαιούχους τους.
3. Παροχή ευκαιριών απασχόλησης με μηνιαίο εισόδημα 694,44 € για 2 χρόνια

Επιχειρησιακός στόχος 3.2

Αποτελεσματικές Οδηγίες για τον Προληπτικό Σχεδιασμό στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

1. Παροχή υπηρεσίας φροντίδας ασθενών σε 2000 ασθενείς Υγειονομική περίθαλψη για ασθενείς με καρκίνο
2. Ανάπτυξη κατάλληλων Υποδομών περίθαλψης δικαιούχων ασθενών σε τουλάχιστον 20 μεγάλα Γενικά Νοσοκομεία της χώρας.

7.3.6 Στρατηγικός Στόχος 4

Λειτουργικός εκσυγχρονισμός συστήματος Δημόσιας Υγείας

Επιχειρησιακός στόχος 4.1 Αποτελεσματική αναδιάρθρωση του συστήματος παρακολούθησης της δημόσιας υγείας

1. Αναδιάρθρωση της Εθνικής Μεθοδολογίας και Ανάλυσης Πληροφοριών Υγείας.
2. Επιδημιολογικό σύστημα ασθενειών

3. Ενίσχυση των δράσεων επιδημιολογικής παρακολούθησης, πρόληψης και θεραπείας νοσοκομειακών νοσημάτων σε μονάδες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές)

Επιχειρησιακός στόχος 4.2 Αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

1. Ενημέρωση της υποδομής και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
2. Οργάνωση και αναδιοργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
3. Να οργανώνει και να αναδιοργανώνει το έργο των εποπτικών οργάνων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας.
4. Ενημέρωση και βελτίωση των υποδομών των εργαστηρίων δημόσιας υγείας στις επαρχίες.

Επιχειρησιακός στόχος 4.3 Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων ταχείας απόκρισης για την αντιμετώπιση ατυχημάτων και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης

1. Κατασκευή εγκαταστάσεων και παροχή εγκαταστάσεων ελέγχου ασθενειών στα λιμάνια εισόδου της χώρας και στα διεθνή αεροδρόμια.
2. Διαμόρφωση χώρων και παροχή εξοπλισμού πρόληψης ασθενειών στις πόρτες
3. Υγειονομικές εγκαταστάσεις από τις οποίες προέρχονται οι επιβαρυνθέντες
4. Κάλυψη σε ανάγκες υγείας των προσφύγων/μεταναστών

Επιχειρησιακός στόχος 4.4

Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δεικτών φυσικών μεθόδων υγείας

1. Ανάπτυξη προγραμμάτων και επικοινωνίας και ασφαλούς διαχείρισης μονάδων οξείας υγείας.
2. Βελτίωση του εξοπλισμού των δημόσιων υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας και της περιφέρειας για την πρόσληψη περιβαλλοντικών υγειονομικών φορέων.
3. Δράσεις για την προστασία των λουλουδιών και των ζώων με έμφαση στις αστικές επιχειρήσεις

Επιχειρησιακός στόχος 4.5 Βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών

1. Διαπίστευση εργαστηρίων δημόσιας υγείας.
2. Προετοιμασία κατευθυντήριων γραμμών για υπηρεσίες δημόσιας υγείας
3. Συμπλήρωση νόμων προστασίας της δημόσιας υγείας και κατευθυντήριων γραμμών για τη λειτουργία δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Επιχειρησιακός στόχος 4.6 για τον προγραμματισμό της επαγγελματικής ζωής

1. Αποτελεσματικός συντονισμός οργανισμών υγείας
2. Δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων
3. Δημιουργία εθνικού μητρώου ασθενειών
4. Ανάπτυξη εργαλείων παροχής υπηρεσιών εξ αποστάσεως (ηλεκτρονική υγεία, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τηλεϊατρική και φροντίδα στο σπίτι)
5. Ψηφιοποίηση εθνικών κατευθυντήριων γραμμών, κατευθυντήριων γραμμών και διαδικασιών θεραπείας και θεραπείας
6. Δημιουργία διαδραστικής εθνικής πύλης δημόσιας υγείας.

Επιχειρησιακός Στόχος 4.7 Οριζόντιες αναπτυξιακές δράσεις δημόσιας υγείας - Δείκτες εξωτερικού σχεδιασμού απόδοσης

1. Ενθάρρυνση της έρευνας και της καινοτομίας για τα ναρκωτικά για την προώθηση της παραγωγής βελτιωμένων προϊόντων και εφαρμογών
2. Ενθάρρυνση της συνεργασίας του δημόσιου τομέα.
3. Προβολή της Ελλάδας στην Παγκόσμια Αγορά Υγείας για την εγκαθίδρυση του τουρισμού υγείας και την ανάπτυξη νέων εσόδων.
4. Ενίσχυση σταυροειδών κέντρων υγείας σε όλα τα επίπεδα.
5. Δομή υπηρεσιών υγείας και θεραπείας σε άλλες χώρες.

7.3.7 Ανάλυση των προβλεπόμενων Παρεμβάσεων και Δράσεων Ανά Στρατηγικό Στόχο

7.3.7.1 Στρατηγικός Στόχος 1: Πρωτογενής Πρόληψη

Αντικείμενο παρέμβασης: 1.1 Εφαρμογή εθνικού προγράμματος για την προώθηση της υγείας και της υγιεινής διατροφής (EPSAF) για τον έλεγχο και τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον υποσιτισμό και την έλλειψη σωματικής άσκησης.

Περιγραφή: Πρόκειται για τη μεγαλύτερη παρέμβαση στο πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης», καθώς συνδυάζει δράσεις με την ομάδα-στόχο όλων των μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της χώρας με τους

καλύτερους μαθητές σε περιοχές υψηλής φτώχειας. Η παρέμβαση περιλαμβάνει δράσεις που αναφέρονται αναλυτικά στο εθνικό σχέδιο διατροφικής πολιτικής.

Θέμα: Έλεγχος και διαχείριση παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον υποσιτισμό και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας.

Οι βασικοί άξονες είναι:

1. Η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
2. Υλοποίηση εκστρατείας για την ευαισθητοποίηση των γονέων
3. Αναθεώρηση του ρυθμιστικού πλαισίου
4. Συνεργασία μεταξύ του κράτους και της βιομηχανίας τροφίμων για τη βελτίωση των συστάσεων για την παραγωγή τυπικών βιομηχανικών τροφίμων
5. Τη δημιουργία κοινού γκαράζ ελέγχου για τις αρμόδιες αρχές σε σχέση με τις υγειονομικές διατάξεις, ιδιαίτερα σε σχολικές καντίνες και συναφείς καντίνες στην εργασία.

Οι κατάλληλοι άξονες για χρήση προγράμματος για την ανάδειξη του ρόλου της σωματικής δραστηριότητας είναι:

1. Η υλοποίηση επιθετικών προγραμμάτων για τη βελτίωση των χώρων και των συνθηκών άθλησης στο χώρο του σχολείου, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων και το Κέντρο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ).
2. Συνάντηση με ΟΤΑ Α' και Β' τάξης για την υποστήριξη αθλητικών προγραμμάτων σε τοπικά αθλητικά κέντρα, και δημιουργία αθλητικών προγραμμάτων για όλες τις ηλικίες της κοινότητας
3. Οδηγία στη Δ/ση Παιδείας και στη Δ/ση Δημόσιας Εκπαίδευσης και Θρησκευμάτων και του Υπουργείου Πολιτισμού και Αθλητισμού για την παροχή άλλων αθλητικών παροχών στις υποδομές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης
4. Να παρέχει ευκαιρίες στον μαθητή της χώρας να συμμετέχει σε περισσότερα προγραμματισμένα κρατικά προγράμματα, αθλητικές δραστηριότητες εντός και εκτός της υφιστάμενης εκπαίδευσης της Σχολής Φυσικής Αγωγής
5. Σχεδιασμός πληροφοριακών συστημάτων για μικρούς μαθητές ειδικών αθλημάτων,
6. Να παρέχει δεξιότητες επικοινωνίας με κρατικούς φορείς για την υποστήριξη και προώθηση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων άσκησης
7. Την παρουσίαση προτάσεων αναθεώρησης προγραμμάτων φυσικής αγωγής στα σχολεία
8. Η δημιουργία κινήτρων για ανάπτυξη ή επέκταση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων φυσικής αγωγής στην εργασία,

9. Η υλοποίηση εκστρατείας ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινού για τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας.¹

Απαιτούμενες Ενέργειες: Συνεργασία με Συναρμόδια Υπουργεία και αδειοδότηση από το ΙΕΠ (Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής)

Τίτλος: 1.2 Υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Αντιμετώπισης του Αλκοόλ (ΕΠΑΑ) και την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων, που επιδρούν στην επίπτωση της συγκεκριμένης διαταραχής

Εξήγηση: Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ επηρεάζει πολλούς από τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης. Σχεδόν ένας στους δύο (44,0%) άτομα μεταξύ 18 και 64 ετών ανέφεραν ότι έπιναν κάθε εβδομάδα και ένας στους δέκα (10,5%) έπινε καθημερινά.

1. Υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ειδικά στα σχολεία
2. Ενίσχυση των ελέγχων σε χώρους πώλησης αλκοόλ, ιδίως σε σχέση με κάθε πράξη παράνομης διανομής σε ανηλίκους,
3. Δημιουργία διαδικασιών ενημέρωσης και ενίσχυσης κυρώσεων για παραβάσεις που προβλέπονται στον ισχύοντα νόμο,
4. Ενίσχυση των κέντρων αποτοξίνωσης και της εκστρατείας
5. Η κατασκευή τηλεφωνικών και επικοινωνιακών εγκαταστάσεων από μέθη,
6. Υλοποίηση παρεμβάσεων που επικεντρώνονται σε παιδιά, εγκύους και άτομα με προβλήματα συμπεριφοράς

Εκτιμώμενο κόστος: 28.260,00 €

Ετοιμότητα για παρέμβαση: νόμος 4675/2020 ύπαρξη εθνικού σχεδίου δράσης για το αλκοόλ Δάνεια με εγγύηση του Ταμείου Ανάκαμψης Απαιτούμενες ενέργειες: Συνεργασία με υπηρεσίες και άδειες

Τίτλος: 1.3 Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕΜΒ), που ασχολείται με ειδικές και ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας, παιδιά, παιδιά και ενήλικες, κινητές κοινότητες και ευάλωτους πληθυσμούς

Περιγραφή: Προορίζεται για ειδικές και ευάλωτες ομάδες του γενικού πληθυσμού.

¹ Εκτιμώμενο κόστος: 132.915.485,30 €

Οριμότητα Παρέμβασης: Προβλέπεται στο Νόμο 4675/2020 Περιέχονται επιλεγμένες δράσεις του Σχεδίου Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής Εξασφαλισμένη Χρηματοδότηση από το Ταμείο Ανάκαμψης

Οι βασικοί άξονες χρήσης αυτού του προγράμματος είναι οι εξής:

Εισαγωγή στο Ψηφιακό Βιβλίο Εμβολιασμών για Παιδιά και Εφήβους 2. Εφαρμογή του Εθνικού Ετήσιου Προγράμματος Εμβολιασμών²

Θέμα: 1.4 Παρεμβάσεις για την πρόληψη ψυχολογικών προβλημάτων και την προαγωγή της ψυχικής υγείας παιδιών και νέων.

Περιγραφή: Η παρέμβαση στοχεύει στην κύρια πρόληψη σύγχρονων γεγονότων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. Προβλέπονται οι ακόλουθες μετοχές:

1. Πληροφορίες για περιστατικά βίας και εκπαίδευσης στο σχολείο και διαδικτυακούς μαθητές για τρόπους διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων στο σχολείο.
2. Πληροφορίες για συναισθηματικές δυσκολίες
3. Εκπαίδευση για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για παιδιά
4. Πληροφορίες για την επίδραση των ψηφιακών μέσων στα παιδιά. Τρόποι πρόληψης του ηλεκτρονικού εθισμού.

Εκτιμώμενο κόστος: 52.135.000,00 €

Λήξη Παρέμβασης: Ν. 4675/2020 Λήψη εξασφαλισμένης χρηματοδότησης από το Ταμείο Ανάκτησης Απαραίτητα μέτρα: Συνεργασία με τις Αρμόδιες Αρχές Υπουργεία και Αδειοδότηση από το ΙΕΠ (Εκπαιδευτική Θεσμική Πολιτική)

Θέμα: 1.5 Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας, με έμφαση στην πρόληψη των δοντιών, για όλα τα παιδιά και τους νέους ηλικίας 6-18 ετών

Εξήγηση: Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι οι παρεμβάσεις στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι σημαντικές για την ανάπτυξη του παιδιού και τη μετέπειτα ζωή του. Ταυτόχρονα, η παρέμβαση αυτή καταπολεμά την ανισότητα και τον αποκλεισμό της οδοντιατρικής περίθαλψης και μοντέλων πολιτών που δίνουν σημασία στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας τους. Ενδεικτικά θα χρηματοδοτήσει τις ακόλουθες δράσεις:

1. Η ανάπτυξη και λειτουργία μονάδων στοματικής υγείας που παρέχονται για παρέμβαση σε ευάλωτες ομάδες ατόμων (πρόσφυγες, Ρομά, άποροι, εργαζόμενοι, ψυχικά ασθενείς κ.λπ.)

² Εκτιμώμενο κόστος: 126.994.900,00 €

Λήξη Παρέμβασης: Ο Ν. 4675/2020 Ενέκρινε το Ετήσιο Πρόγραμμα Εμβολιασμών Έλαβε Χρηματοδότηση για το Ταμείο Αποθεραπείας κατά το πρώτο έτος εφαρμογής του Προγράμματος Εμβολιασμών.

2. Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης, με έμφαση στην οδοντιατρική πρόληψη, σε όλα τα παιδιά και τους νέους που βρίσκονται σε συνθήκες φτώχειας και σε περιοχές υψηλής φτώχειας.

Εκτιμώμενο κόστος: 40.960.626,84 €

Ωριμότητα Παρέμβασης: Ν. 4675/2020 Απαραίτητα μέτρα: Συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία και αδειοδότηση από το ΙΕΠ (Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής)

7.3.8 Στρατηγικός Στόχος 2 - Δευτερογενής Πρόληψη -Παρεμβάσεις Πρώιμης ανίχνευση υπάρχουσας αλλά όχι κλινικά ορατής νόσου

Θέμα: 2.1 Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠ), στο Γενικό Πληθυσμό για την έγκαιρη ανίχνευση των πιο κοινών νοσημάτων. Αρμόδιος: Γ.Γ.

Εξήγηση: Στη χώρα μας, σε αντίθεση με πολλές ανεπτυγμένες χώρες, υπάρχει μια συνεχής αυξητική τάση θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και στις γυναίκες στους άνδρες, η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθούν ο προστάτης και το παχύ έντερο. Για τις γυναίκες, η νούμερο ένα αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ακολουθούμενος από τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. Το ESPE αποτελείται από προληπτικές ενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας προληπτικών διαγνωστικών τεστ για πολίτες με καρκίνο του μαστού, κινδύνους τραχήλου και παχέος εντέρου, καρδιαγγειακούς κινδύνους και έγκαιρης ανίχνευσης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Παραπομπή: 1. Κάντε δωρεάν εξετάσεις τραχήλου της μήτρας 2. Κάντε δωρεάν εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του μαστού 3. Κάντε δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις. Δράσεις Ενημέρωσης και Ευαισθητοποίησης

Αυτό το πρόγραμμα αναμένεται να συμβάλει τόσο στην εφαρμογή και ευαισθητοποίηση της ομάδας στόχου στο σύνολό της όσο και στην επιτυχή ανίχνευση άνω του 50% των ασθενειών και εκτιμάται ότι κατά την περίοδο χρηματοδότησης θα ξεκινήσουν περισσότερες από 4 εκατομμύρια δραστηριότητες προσυμπτωματικού ελέγχου για ανάρρωση. Εκτιμώμενο κόστος: 124.233.948,65 € ωριμότητα

παρέμβασης: Ν. 4675/2020 Εθνικό Πρόγραμμα Ερευνών Εγγυημένο Ταμείο Ανάκαμψης.

7.3.9 Στρατηγικός Στόχος 3: Τριτογενής πρόληψη

Τίτλος: 3.1 Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα (ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ)

Περιγραφή: Προορίζεται για άτομα με σοβαρά ψυχικά προβλήματα (ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ), η οποία περιλαμβάνει παρεμβάσεις που σχετίζονται με την ενσωμάτωση της εργασίας αυτών των ατόμων, με στόχο τη μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και το κοινωνικό σύνολο.³

Τίτλος: 3.2 Ανακουφιστική Φροντίδα Για Ασθενείς με Καρκίνο

Ορισμός: Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι μια διεθνής ιατρική πρακτική που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους όταν αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις και ιδιαίτερα τον καρκίνο. Σκοπός του είναι η πρόληψη και η ανακούφιση της «ταλαιπωρίας» μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης, της βέλτιστης διάγνωσης και θεραπείας του χρόνιου πόνου και όλων των άλλων συμπτωμάτων, προβλημάτων και αναγκών, σωματικών, ψυχικών και πνευματικών.

Ο μικρός αριθμός ανθρώπων που έχουν πρόσβαση σε σωτήρια φροντίδα είναι μέρος του προβλήματος. Υπάρχουν πολλές περισσότερες ελλείψεις, σύμφωνα με συνεντεύξεις με ειδικούς του χώρου, καθώς και με ασθενείς και τις οικογένειές τους. Υπάρχουν ακόμη κενά στην πολιτική που ακολουθεί, στη διαθέσιμη εκπαίδευση και ιατρική, καθώς και έλλειψη οικονομικών πόρων και διαθέσιμου προσωπικού. Ως εκ τούτου, η παρέμβαση που προτείνεται σε αυτό το πρόγραμμα στοχεύει στην ανάπτυξη στρατηγικής έρευνας στην πρώτη φάση των κατάλληλων υπηρεσιών που

³ Εκτιμώμενο κόστος: 10.000.000,00 €

Οριμότητα Παρέμβασης: Νόμος 4675/2020 Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Ένταξης και Αποκατάστασης Ατόμων με Σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ένα Ισχυρό και Αποτελεσματικό Δίκτυο Περιορισμένων Κοινωνικών Ευθύνων

χρειάζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας για την παροχή καρκινοπαθών. Η παρέμβαση αυτή αναφέρεται τόσο σε ασθενείς κατ' οίκον όσο και σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου. Οι κύριες παρεμβάσεις αυτού του προγράμματος αναφέρονται στα ακόλουθα:

1. Ανάπτυξη Εθνικής Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα για τον Καρκίνο
2. Πρόταση σχεδίου νόμου για την ανακουφιστική φροντίδα
3. Ανάπτυξη Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Παρηγορητική Αγωγή
4. Υποδομή ανακουφιστικής φροντίδας
5. Ανάπτυξη και Οργάνωση Υπηρεσιών Φροντίδας Πόνου ⁴

7.3.9.1 Στρατηγικός Στόχος 4: Λειτουργικός εκσυγχρονισμός συστήματος Δημόσιας Υγείας

Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην μεταρρύθμιση του συστήματος Δημόσιας Υγείας

Τίτλος: 4.1 Λειτουργικός εκσυγχρονισμός του συστήματος Δημόσιας Υγείας – PUBLIC HEALTH REFORM

Ορισμός: Σύμφωνα με τον τελευταίο ορισμό της δημόσιας υγείας, «δημόσια υγεία είναι η συλλογική δράση για τη βιώσιμη ανάπτυξη της ανθρώπινης υγείας». Ειδικά στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, το δημόσιο σύστημα υγείας έχει δοκιμαστεί με σημαντικές περικοπές στον προϋπολογισμό που μείωσαν κατά πολύ το κόστος των υπηρεσιών δημόσιας υγείας την ίδια στιγμή που η φτώχεια έχει αυξηθεί σημαντικά. Παράλληλα, έχει σημειωθεί μεγάλη εισροή προσφύγων και μεταναστών, με μεγαλύτερες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και πολιτιστικούς παράγοντες. Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος δημόσιας υγείας συνίσταται στις ακόλουθες οριζόντιες ενέργειες:

A. Αποτελεσματική αναδιάρθρωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού

1. Αναδιάρθρωση της Εθνικής Μεθοδολογίας και Ανάλυσης Πληροφοριών Υγείας.

⁴ Εκτιμώμενο κόστος: 50.939.496,00 € Λήξη Παρέμβασης Νόμος 4675/2020 Μελέτη Σκοπιμότητας Παρηγορητικής Φροντίδας στην Ελλάδα Εγγυημένη Χρηματοδότηση του Ταμείου Αποθεραπείας και προτεινόμενη χρηματοδότηση στο ΕΣΠΑ 2021-2027

2. Σύστημα παρακολούθησης επιδημιολογικών νοσημάτων μέσω αυτοματοποιημένων και αυτοματοποιημένων επιδημιολογικών δεδομένων με κοινή υποδομή καταγραφής και παρακολούθησης ιών της δημόσιας υγείας.

3. Ενίσχυση των δράσεων επιδημιολογικής επιτήρησης, πρόληψης και θεραπείας νοσοκομειακών νοσημάτων στα κέντρα υγείας (δημόσια και ιδιωτικά).

B. Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

1. Ανανέωση της υποδομής και των πόρων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

2. Οργάνωση και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

3. Αναδιάρθρωση της οργάνωσης και λειτουργίας των εποπτικών οργάνων του Γραφείου του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας

4. Ανακαίνιση και βελτίωση της απόδοσης των υποδομών των εργαστηρίων δημόσιας υγείας στις επαρχίες.

Γ. Αποτελεσματικότητα μεθόδων ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση ατυχημάτων και απειλών έκτακτης ανάγκης

1. Εκπαίδευση εγκαταστάσεων και παροχή εξοπλισμού πρόληψης επιδημιών στα λιμάνια εισόδου της χώρας και τα διεθνή αεροδρόμια

2. Επισκευή εγκαταστάσεων και παροχή εξοπλισμού πρόληψης επιδημιών στα λιμάνια

3. Προσφυγικό ροή

4. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων περιβαλλοντικής υγείας

1. Ανάπτυξη συστημάτων και επικοινωνιών για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων από εγκαταστάσεις υγείας.

2. Βελτίωση του εξοπλισμού των δημόσιων υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας και της περιφέρειας για την πρόσληψη περιβαλλοντικών υγειονομικών φορέων.

3. Δράσεις προστασίας χλωρίδας και πανίδας με έμφαση στο αστικό περιβάλλον E. Βελτίωση της ποιότητας και της επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1. Διαπίστευση εργαστηρίων δημόσιας υγείας.

2. Προετοιμασία κατευθυντήριων γραμμών για υπηρεσίες δημόσιας υγείας

3. Συμπλήρωση κατευθυντήριων γραμμών για την προστασία της δημόσιας υγείας και της ιδιωτικής υγείας στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. ΣΤ. Οργάνωση ενημέρωσης δημόσιας υγείας

1. Αποτελεσματική επικοινωνία των κεντρικών, περιφερειακών, δημοτικών και δημοσίων οργανισμών υγείας με τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Πολιτισμού.
2. Δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων
3. Δημιουργία εθνικών μητρώων ασθενειών
4. Η δημιουργία εργαλείων για την παροχή υπηρεσιών εξ αποστάσεως (υγεία και, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τηλεϊατρική και κατ' οίκον φροντίδα)
5. Ψηφιοποίηση εθνικών κατευθυντήριων γραμμών, κατευθυντήριων γραμμών και διαδικασιών θεραπείας και θεραπείας
6. Δημιουργία διαδραστικής εθνικής πύλης δημόσιας υγείας.

Z. Εξωστρέφεια

1. Ενθάρρυνση της έρευνας και της καινοτομίας για τα ναρκωτικά για την προώθηση της παραγωγής βελτιωμένων προϊόντων και εφαρμογών (π.χ. ιατρική μαριχουάνα).
2. Η προώθηση της συνεργασίας του δημόσιου τομέα, όπως η σύνδεση του εθελοντικού τομέα με το σύστημα υγείας και ο σχεδιασμός δράσεων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.
3. Προβολή της Ελλάδας στην Παγκόσμια Αγορά Υγείας για την εγκαθίδρυση του τουρισμού υγείας και την ανάπτυξη νέων εσόδων.
4. Ενίσχυση πολιτιστικά σημαντικών ιδρυμάτων υγείας σε όλα τα επίπεδα.
5. Δομή υπηρεσιών υγείας και θεραπείας σε άλλες χώρες.

Εκτιμώμενο κόστος: 75.880.096,00 €

Η ωριμότητα του νόμου παρέμβασης 4675/2020 εγγυάται Τεχνική Βοήθεια Υψηλού Επιπέδου που χρηματοδοτείται από τη Γενική Διεύθυνση Μεταρρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΓΔ REFORM/TSI).

100% Εγγυημένη Χρηματοδότηση από τη Διαδικασία του Ταμείου Ανάκαμψης που μπορεί να εμποδίσει ή να καθυστερήσει την υλοποίηση: Καθυστερήση στην ειδική υλοποίηση των παραπάνω ενεργειών από την Expertise France Σχετικές αλλαγές: Μεταρρύθμιση της Πολιτικής Δημόσιας Υγείας

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μελέτη διεξήχθη από τους Συνδέσμους Έρευνας και Επιτήρησης Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής. Με βάση την επιστημονική κατάρτιση της διοίκησης, ορίστηκε το νομικό πλαίσιο. Η εμφάνιση της πανδημίας Covid-19 αποφάσισε με τέλειο τρόπο να ιεραρχήσουμε τις ενέργειές μας, οι οποίες καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος του χρόνου εργασίας, ενώ παράλληλα βάζουν έναν ιδιαίτερα αγχωτικό ρυθμό στη δουλειά. Η πανδημία επίσης ανέδειξε την αναγκαιότητα για ενίσχυση, αναβάθμιση και προετοιμασία των συστημάτων υγείας. Η γνώση που αποκτήθηκε από τον έλεγχο της επιδημίας αποτελεί στέρεη βάση για την ανάπτυξη ενός αληθινού, βιώσιμου και οικονομικά ασφαλούς -για πρώτη φορά- Σχεδίου Δράσης. Η σημασία της Δημόσιας Υγείας στο κοινωνικό σύνολο και ο αντίκτυπός της στον τρόπο και την ένταση εργασίας σε άλλες υπηρεσίες υγείας συνέβαλαν στην προετοιμασία της. Τονίστηκε επίσης ο τομέας της δημόσιας υγείας, καθώς και η ανάγκη εργασίας πέρα από τα παραδοσιακά όρια του τομέα υγείας. Κύριος παράγοντας για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής εξακολουθεί να είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών προκειμένου να αποφευχθεί η νοσηλεία ατόμων στα νοσοκομεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adamopoulos, I. P., & Syrou, N. F. (2022). Workplace safety and occupational health job risks hazards in public health sector in Greece. *European Journal of Environment and Public Health*, 6(2), em0118.
- Aghapour, A. H., Yazdani, M., Jolai, F., & Mojtahedi, M. (2019). Capacity planning and reconfiguration for disaster-resilient health infrastructure. *Journal of Building Engineering*, 26, 100853.
- Alaggio, R., Amador, C., Anagnostopoulos, I., Attygalle, A. D., Araujo, I. B. D. O., Berti, E., ... & Xiao, W. (2022). The 5th edition of the World Health Organization classification of haematolymphoid tumours: lymphoid neoplasms. *Leukemia*, 36(7), 1720-1748.
- Albadri, F. (2019). The Impact of Strategic Practice Maturity on Arab States' Performance: Social Justice, Sustainable Development, and Democracy Perspectives. In *Strategic Thinking, Planning, and Management Practice in the Arab World* (pp. 1-29). IGI Global.
- Allin, S. et al (2020). Comparing Policy Responses to COVID-19 among Countries in the Latin American and Caribbean (LAC) Region. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35002>
- Almashrafi, A., Elmontsri, M., & Aylin, P. (2016). Systematic review of factors influencing length of stay in ICU after adult cardiac surgery. *BMC health services research*, 16(1), 1-12.
- Altman, D (2020). Understanding the US failure on coronavirus—an essay by Drew Altman. *The BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3417>. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3417>
- Apostolopoulos, S., Makris, I., & Stavroyiannis, S. (2022). Healthcare Innovation in Greece: The Views of Private Health Entrepreneurs on Implementing Innovative Plans. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 8(2), 78.

- Apps.who.int (2020). Mexico: health system review. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334334>
- Arend, R. J., Zhao, Y. L., Song, M., & Im, S. (2017). Strategic planning as a complex and enabling managerial tool. *Strategic Management Journal*, 38(8), 1741-1752.
- Balla, M., Merugu, G. P., Patel, M., Koduri, N. M., Gayam, V., Adapa, S., ... & Konala, V. M. (2020). COVID-19, modern pandemic: a systematic review from front-line health care providers' perspective. *Journal of Clinical Medicine Research*, 12(4), 215.
- Bendul, J. C., & Blunck, H. (2019). The design space of production planning and control for industry 4.0. *Computers in Industry*, 105, 260-272.
- Bismark, O., Kofi, O. A., Frank, A. G., & Eric, H. (2018). Utilizing Mckinsey 7s model, SWOT analysis, PESTLE and Balance Scorecard to foster efficient implementation of organizational strategy. Evidence from the community hospital group-Ghana Limited. *International Journal of Research in Business, Economics and Management*, 2(3), 94-113.
- Blumenthal, D. et al (2020). Covid-19 — Implications for the Health Care System. *The New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsb2021088>
- Bradford, A. (2020). *The Brussels effect: How the European Union rules the world*. Oxford University Press, USA.
- Braithwaite, J. (2018). Changing how we think about healthcare improvement. *bmj*, 361.
- Cahuana Hurtado. et al (2020). Mexico: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334334>
- Caruana, C. J., Cunha, J. A. M., & Orton, C. G. (2017). Subjects such as strategic planning, extra-disciplinary communication, and management have become crucial to medical physics clinical practice and should become an integral part of the medical physics curriculum.
- Child, J. et al (2020). Collaboration in crisis: Reflecting on Australia's COVID-19 response. <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/collaboration-in-crisis-reflecting-on-australias-covid-19-response#>

- Costa, L. B. M., & Godinho Filho, M. (2016). Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. *Production Planning & Control*, 27(10), 823-836.
- deZulueta, P. C. (2015). Developing compassionate leadership in health care: an integrative review. *Journal of healthcare leadership*, 1-10.
- Dobrzykowski, D. D., McFadden, K. L., & Vonderembse, M. A. (2016). Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: A study of lean in professional service operations. *Journal of operations management*, 42(1), 39-51.
- Earn, L. C. (2021). International Health Care System Profiles Singapore. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore>
- Earn, L. C. (2021). International Health Care System Profiles Singapore. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore>
- Ec.europa.eu (2017). European semester thematic factsheet: Health systems.
- Fang, H. (2021). China. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/china>
- Ferronato, N., & Torretta, V. (2019). Waste mismanagement in developing countries: A review of global issues. *International journal of environmental research and public health*, 16(6), 1060.
- Ginter, P. M., Duncan, W. J., & Swayne, L. E. (2018). *The strategic management of health care organizations*. John Wiley & Sons.
- Gray, R. (2020). Lack of solidarity hampered Europe's coronavirus response, research finds. <https://horizon-magazine.eu/article/lack-solidarity-hampered-europe-s-coronavirus-response-research-finds.html>
- Gupta, I. (2021). International Health Care System Profiles India. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore>
- Ham, C. (2020). The challenges facing the NHS in England in 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4973>. <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4973>

- Han, E. et al (2020). Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32007-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32007-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32007-9/fulltext)
- Ihekweazu, C. et al (2020). Africa's response to COVID-19. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01622-w>. <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01622-w#citeas>
- Jacobs, R. F., Berry, W. L., Whybark, D. C., & Vollmann, T. E. (2018). *Manufacturing planning and control for supply chain management: The CPIM Reference*. McGraw-Hill Education.
- Johnson, G., Whittington, R., Regnér, P., Angwin, D., & Scholes, K. (2020). *Exploring strategy*. Pearson UK.
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M. P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., ...& Lebel, P. (2015). The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Academic Medicine*, *90*(4), 437-441.
- Kim, R. H., Gaukler, G. M., & Lee, C. W. (2016). Improving healthcare quality: A technological and managerial innovation perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, *113*, 373-378.
- Kumar, R. (2022). *Operations management*. Jyothis Publishers.
- Lakhoua, N., Khanchel, F., Laifi, S., & Khazemi, S. (2016). System analysis of medical equipments for healthcare management. *Annals of the Faculty of Engineering Hunedoara*, *14*(4), 17.
- Larson, D. B., Mickelsen, L. J., & Garcia, K. (2016). Realizing improvement through team Empowerment (rite): a team-based, Project-based multidisciplinary improvement program. *Radiographics*, *36*(7), 2170-2183.
- Marshall, D. A., Burgos-Liz, L., IJerman, M. J., Osgood, N. D., Padula, W. V., Higashi, M. K., ...& Crown, W. (2015). Applying dynamic simulation modeling methods in health care delivery research—the SIMULATE checklist: report of the ISPOR simulation modeling emerging good practices task force. *Value in health*, *18*(1), 5-16.

- Masmoudi, M., Hans, E. W., & HaÁ t, A. (2016). Tactical project planning under uncertainty: fuzzy approach. *European journal of industrial engineering*, 10(3), 301-322.
- Matovic, I. M. (2020). PESTEL analysis of external environment as a success factor of startup business. *ConScienS*, 96.
- Medical.mit.edu (2021). Healthcare in the United States: The top five things you need to know. <https://medical.mit.edu/my-mit/internationals/healthcare-united-states>
- Mhlanga, O. (2018). An analysis of the impact of the micro environment on airline performances in South Africa using Porters' five forces model. *International Journal of Tourism Policy*, 8(4), 303-318.
- Mitra, A. (2016). *Fundamentals of quality control and improvement*. John Wiley & Sons.
- Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. (2016, March). A design thinking framework for healthcare management and innovation. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 1, pp. 11-14). Elsevier.
- Scally, G. et al (2020). The UK's public health response to covid-19. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1932>. <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1932>
- Scott, W. R. (2019). Managing professional work: Three models of control for health organizations. *Management of Health Care*, 271-300.
- Senna, P., Reis, A., Dias, A., Coelho, O., Guimaraes, J., & Eliana, S. (2021). Healthcare supply chain resilience framework: Antecedents, mediators, consequents. *Production Planning & Control*, 1-15.
- Simons, R. (2019). The role of management control systems in creating competitive advantage: new perspectives. In *Management Control Theory* (pp. 173-194). Routledge.
- Siopi, M., Tarpatzi, A., Kalogeropoulou, E., Damianidou, S., Vasilakopoulou, A., Vourli, S., ... & Meletiadis, J. (2020). Epidemiological trends of fungemia in Greece with a focus on candidemia during the recent financial crisis: A 10-year survey in a tertiary care academic hospital and review of literature. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 64(3), e01516-19.

- Snyder, H. R., Miyake, A., & Hankin, B. L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in psychology*, 6, 328.
- Stoffel, J. M., & Cain, J. (2018). Review of grit and resilience literature within health professions education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 82(2).
- Sundnes, K. O. (2014). CHAPTER 11: Strategic planning. *Scandinavian Journal of Public Health. Supplement*, 106-112.
- Sundnes, K. O. (2014). CHAPTER 8: The operational processes. *Scandinavian Journal of Public Health. Supplement*, 82-86.
- Thorlby, R (2021). International Health Care System Profiles England. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
- Tikkanen, R. et al (2021). U.S. Health Care from a Global Perspective, 2019: Higher Spending, Worse Outcomes? <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/us-health-care-global-perspective-2019>
- Torkzad, A., & Beheshtinia, M. A. (2019). Evaluating and prioritizing hospital service quality. *International journal of health care quality assurance*, 32(2), 332-346.
- Towbin, A. J., Perry, L. A., Moskovitz, J. A., & O'Connor, T. J. (2018). Building and implementing an operational plan. *Radiographics*, 38(6), 1694-1704.
- Walker, N. (2017). Embrace action: engage in strategic planning. *AORN journal*, 106(4), 277-279.
- World Health Organization. (2020) Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Miguel Á González Block, Hortensia Reyes Morales, Lucero
- Yang, C. C. (2017). Measuring health indicators and allocating health resources: a DEA-based approach. *Health care management science*, 20(3), 365-378.
- Zamparas, M., Kapsalis, V. C., Kyriakopoulos, G. L., Aravossis, K. G., Kanteraki, A. E., Vantarakis, A., & Kalavrouziotis, I. K. (2019). Medical waste management and environmental assessment in the Rio University Hospital, Western Greece. *Sustainable Chemistry and Pharmacy*, 13, 100163.

- Zhou, G., Zhang, C., Li, Z., Ding, K., & Wang, C. (2020). Knowledge-driven digital twin manufacturing cell towards intelligent manufacturing. *International Journal of Production Research*, 58(4), 1034-1051.
- Zhu, S., Fan, W., Yang, S., Pei, J., & Pardalos, P. M. (2019). Operating room planning and surgical case scheduling: a review of literature. *Journal of Combinatorial Optimization*, 37(3), 757-805.
- Επιχειρησιακό πλάνο Υπουργείου Υγείας 2021-2027 Ανάκτηση από: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_el[24.2.2023]
- Σούλης Σ, (2015) Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική, Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας. Εκδόσεις Παπαζήσης