



ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην
Οργάνωση Επιχειρήσεων - Στελέχη Δημόσιας
Διοίκησης**

**Διερεύνηση της Εταιρικής Στρατηγικής και των Παραγόντων που
Επηρέασαν την Ανταπόκριση ενός Γενικού Νοσοκομείου στην
Πανδημία SARS Covid – 19:
η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων**

Εμμανουήλ Η. Μπολώτης

Επιβλέπων: Καθηγητής Βασίλειος Μουστάκης

Χανιά 2023

© Copyright 2023 υπό Εμμανουήλ Η. Μπολώτη



ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην
Οργάνωση Επιχειρήσεων - Στελέχη Δημόσιας
Διοίκησης

Διερεύνηση της Εταιρικής Στρατηγικής και των Παραγόντων που
Επηρέασαν την Ανταπόκριση ενός Γενικού Νοσοκομείου στην
Πανδημία SARS Covid-19:
η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Εμμανουήλ Η. Μπολώτης

Επιτροπή επίβλεψης Μεταπτυχιακής Εργασίας

Επιβλέπων	Καθηγητής Βασίλειος Μουστάκης
Μέλος	Καθηγητής Θωμάς Κοντογιάννης
Μέλος	Αναπληρωτής Καθηγητής Στυλιανός Τσαφαράκης

Χανιά 2023

Στη Μάγδα και στον Ηλία

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ (αλφαβητικά)	
BI	Business Intelligence
BPR	Business Process Reengineering
BS	British Standard
CIP	Continuous Improvement Process
CIRS	Critical Incident Reporting System
Covid – 19	Η νόσηση από τον ιό SARS-Cov.2
DRG	Diagnostic Related Group – Σύστημα Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων
ECDC	European Center for Disease Prevention & Control
EFQM	European Foundation for Quality Management
EIPA	European Institute of Public Administration
ERP	Enterprise Resource Planning
HAM	High Alert Medication
IPSG	International Patient Safety Goals – Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών
ISO	International Standardization Organization
JCI	Joint Commission International
LASA	Look Alike Sound Alike
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
NHS	National Health System
PBX	Ράδιο Βίο Χημικοί Παράγοντες
SDG	Sustainable Development Goals
SWOT Analysis	Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats Analysis
TQM	Total Quality Management
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
BIT	Βιο-Ιατρική Τεχνολογία
ΓΓΠΠ	Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας
ΓΝΧ	Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»
ΔΙΥ	Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΕΑ	Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας
ΕΚΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
ΕΛΟΤ	Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΝΛ	Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥΑ	Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης
ΗΕ – UN	Ηνωμένα Έθνη – United Nations
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
IT	Information Technology

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ (αλφαβητικά)	
ΚΕΠΙΧ	Κέντρο Επιχειρήσεων
ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ	Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας
ΚΕΤΕΚΝΥ	Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών
ΚΠΑ	Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΜΑΠ	Μέσα Ατομικής Προστασίας
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΕΝΝ	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
MIT	Massachusetts Institute of Technology
MTN	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
ΟΕΚΟΧΑ	Ομάδα Επιτήρησης Κατανάλωσης και Ορθής Χρήσης Αντιβιοτικών
ΟΚΔΥ	Ομάδα Καινοτόμων Δημοσίων Υπηρεσιών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
ΟΠΣ	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα
ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΠΝΠ	Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου
ΠΟΥ – WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – World Health Organization
ΠΣΕΑ	Γραφείο Πολιτικού Σχεδιασμού Εκτάκτων Αναγκών
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔΙΤ	Σύμπραξη Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα
ΣΔΠ	Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας
ΣΕΑ	Συναγερμός Έκτακτης Ανάγκης
ΣΟΑΣ	Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο
ΣΟΤΥ	Συντονιστικό Όργανο Τομέα Υγείας
ΣΥΠΕ	Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφορικής Επικοινωνιών
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΠΥΥΚΑ	Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στα όρια μιας συγκεκριμένης Περιφέρειας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, πρώην Ιατροκοινωνικά Κέντρα, Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας κ.λπ.)
ΧΑΠ	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	xiii
ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ.....	xiv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	xv
ΌΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ.....	xviii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
1.1 Σκοπός και Στόχοι της εργασίας.....	19
1.2 Η σημασία και η ανάγκη της ποιότητας και ασφάλειας στην παροχή υπηρεσιών υγείας 20	
1.3 Ο Χάρτης Υγείας στην Ελλάδα Σήμερα – Ανασκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	23
1.3.1 Το ΕΣΥ – Η Μεγαλύτερη Μεταρρύθμιση στο Χώρο της Υγείας	23
1.3.2 Δομή του ΕΣΥ	26
1.3.3 Οι Παθογένειες της Υφιστάμενης Οργάνωσης και Διοίκησης του ΕΣΥ.....	26
1.3.4 Χρηματοδότηση του ΕΣΥ	27
1.3.5 Το Ανθρώπινο Δυναμικό στο ΕΣΥ	29
1.3.6 Χαμηλή Διείσδυση της Πληροφορικής, των Νέων Τεχνολογιών & του Ψηφιακού Μετασχηματισμού	32
1.3.7 Ανεπαρκής Λειτουργία και Οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	33
1.3.8 Κλινική Αποτελεσματικότητα & Κατευθυντήριες Γραμμές.....	34
1.3.9 Το ΕΣΥ – Σύνοψη.....	35
1.4 Ο Νοσοκομειακός Χάρτης της Ελλάδας Σήμερα	37
1.4.1 Δομή του Νοσοκομειακού Χάρτη της Ελλάδας.....	37
1.4.2 Έλλειμμα Κλινικών Κατευθυντήριων Γραμμών.....	39
1.4.3 Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας του ΕΣΥ.....	40
1.4.4 Αναχρονιστικό Μοντέλο Οργάνωσης και Κάλυψης Αναγκών	41
1.4.5 Άνιση Κατανομή Πόρων	42
1.4.6 Έλλειψη Διασύνδεσης μεταξύ των Νοσοκομείων	42
1.4.7 Κοστολόγηση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών.....	43
1.4.8 Χρηματοδότηση των Νοσοκομείων	44
1.4.9 Ανάγκη για Διοικητικές Διαρθρωτικές Μεταβολές στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων	44

1.4.10 Διείσδυση Νέων Τεχνολογιών Πληροφορικής & Ψηφιακής Διακυβέρνησης – Άξονας e-Health	45
1.4.11 Συμπερασματικά	47
1.5 Πολιτική Προστασία και Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης Εκτάκτων Αναγκών.....	48
1.5.1 Εισαγωγή	48
1.5.2 Πολιτική Προστασία	49
1.5.3 Το Υφιστάμενο Νομοθετικό Πλαίσιο για την Επιχειρησιακή Ετοιμότητα των Νοσοκομείων	51
1.5.4 Επιχειρησιακά Σχέδια Εκτάκτων Αναγκών	52
1.6 Η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας Covid-19	55
1.7 Μελέτη Περίπτωσης: το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος».....	58
1.7.1 Ιστορική Αναδρομή – Ίδρυση	58
1.7.2 Νομική Μορφή	59
1.7.3 Σκοπός του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος»	59
1.7.4 Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος», Ακτινογραφία – 2019	59
1.7.5 Η Επιχειρησιακή Ετοιμότητα του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων στην εκπνοή του 2019	60
1.8 Μεθοδολογία εργασίας	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	63
2.1 Εισαγωγή	63
2.2 Η έννοια της Δημόσιας Διοίκησης.....	63
2.2.1 Οι επιδόσεις της Δημόσιας Διοίκησης μέσα από δείκτες.....	65
2.2.2 Τα προβλήματα της Δημόσιας Διοίκησης στην Ελλάδα	65
2.2.3 Η Ποιότητα στη Δημόσια Διοίκηση	68
2.3 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Ποιότητας.....	70
2.3.1 Θεωρητική Θεμελίωση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	75
2.3.2 Βραβεία και Πρότυπα Συστημάτων Ποιότητας	79
2.3.3 Συγκριτική Αξιολόγηση – Benchmarking.....	83
2.4 Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης	84
2.4.1 Εισαγωγή – Ορισμός του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ).....	84
2.4.2 Δομή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης.....	85
2.4.3 Τα Κριτήρια Προϋποθέσεων του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης.....	86
2.4.4 Συστήματα Βαθμολόγησης του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης.....	92
2.4.5 Φάσεις και Μεθοδολογία Εκπόνησης Σχεδίου Δράσης για την Εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης	92

2.4.6 Μελέτη Περίπτωσης Εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στην Υγεία – Νοσοκομείο	94
2.4.7 Δυνατότητες Εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης σε Ελληνικούς Δημόσιους Φορείς	96
2.5 Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Business Process Reengineering	98
2.5.1 Ορισμός	98
2.5.2 Ιστορική Αναδρομή και Εξέλιξη του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών.....	98
2.5.3 Τι Είναι η Τεχνική του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διεργασιών – Business Process Reengineering.....	99
2.5.5 Βασικές Αρχές Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών	102
2.5.6 Τι Δεν Είναι ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών	103
2.5.7 Οι Επιπτώσεις των Αρχών για την Αναδιοργάνωση ενός οργανισμού μέσω της εφαρμογής του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών	105
2.5.8 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και B.P.R	107
2.5.9 Τι χρειάζεται ο Δημόσιος Τομέας για να εφαρμόσει Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών– BPR;	109
2.5.10 Στόχοι του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR	115
2.5.11 Μεθοδολογία εφαρμογής BPR – Στρατηγική Εφαρμογής – μια Εναλλακτική Προσέγγιση	116
2.5.12 Που έχει εφαρμοστεί η Τεχνική του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR.....	118
2.5.13 Τύποι Οργανισμών & Επιχειρήσεων που μπορεί να εφαρμοστεί ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR	119
2.5.14 Διάρκεια εφαρμογής του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών– BPR.....	120
2.5.15 Αποτελέσματα της εφαρμογής του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR στον Δημόσιο Τομέα – Σύνοψη	121
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΤΟ ΓΝΧ ΣΤΗ ΔΙΝΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ Covid– 19	122
3.1 Σκοπός και στόχοι.....	122
3.2 Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών & της Χωροταξίας του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων	127
3.2.1 Έναρξη Λειτουργίας Τακτικού Εξωτερικού Ιατρείου Post Covid στο ΓΝΧ.....	141
3.2.2 Ψηφιακός Μετασχηματισμός	141
3.3 Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων	143
3.3.1 Ενεργοποίηση Θεσμικών Οργάνων και Διαδικασιών	145
3.3.2 Εκπαίδευση – Υγειονομικά Πρωτόκολλα	150

3.4 Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Εξοπλισμός & Υποδομές του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων	154
3.4.1 Δωρεά Έξι (6) Υπέρ Σύγχρονων Κλινικών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος	157
3.4.2 Δωρεά Μοριακού Αναλυτή PCR – Οικίσκοι Αναμονής (Βιοχημικό Εργαστήριο – Κέντρο Προεγχειρητικού Ελέγχου)	158
3.4.3 Φορητός Εξοπλισμός Βιοιατρικής Τεχνολογίας	158
3.4.4 Δίκτυα Οξυγόνου – Εναλλακτικές Μορφές Παροχής Οξυγόνου & Λοιπών Ιατρικών Αερίων	159
3.4.5 Δωρεά Τριών Νέων Κλινικών στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας της Καρδιολογικής Κλινικής	160
3.4.6 Εξοπλισμός Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών	160
3.5 Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης και Κλινική Διακυβέρνηση στο ΓΝΧ	161
3.5.1 Κλινική Διακυβέρνηση στις Υπηρεσίες Υγείας	162
3.6 Βαρύτητα – Σημασία της Κλινικής Διακυβέρνησης	162
3.6.1 Κλινική Διακυβέρνηση & Covid – 19	163
3.6.2 Στάδια Ανάπτυξης Μηχανισμών Κλινικής Διακυβέρνησης στα Σύγχρονα Συστήματα Υγείας	163
3.7 ΟΔΙΠΥ ΑΕ – η Χρυσή Ευκαιρία	165
3.7.1 Θεσμικό πλαίσιο - Όραμα	165
3.7.2 Προδιαγνωστική Μελέτη Υφιστάμενης Κατάστασης	166
3.8 Εφαρμογή Σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας (ΣΔΠ) στο ΓΝΧ	167
Άξονας Γενικών Ενεργειών – Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας	167
3.8.1 Πιστοποιήσεις με Διεθνή Πρότυπα	168
3.9 Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών – International Patient Safety Standards (IPSG)	171
3.9.1 Η επιβάρυνση της βλάβης	172
3.9.2 Πρώτος Στόχος: Ταυτοποιήστε τον Ασθενή σας Σωστά	175
3.9.3 Δεύτερος Στόχος: Εξασφαλίστε την Ασφαλή & Αποτελεσματική Επικοινωνία	177
3.9.4 Τρίτος Στόχος: Εξασφαλίστε την Ασφαλή Χορήγηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου	179
3.9.5 Τέταρτος Στόχος: Διασφαλίστε τη Σωστή Θέση, τη Σωστή Επεμβατική Διαδικασία, στο Σωστό Ασθενή	182
3.9.6 Πέμπτος Στόχος: Μειώστε τον Κίνδυνο Εκδηλώσεων Λοιμώξεων που Σχετίζονται με την Παρεχόμενη Φροντίδα	184
3.9.7 Έκτος Στόχος: Ελαχιστοποιήστε τον Κίνδυνο Πρόκλησης Πτώσης για τον Ασθενή σας	186

3.9.8 Συμπληρωματικές Ενέργειες Θεραπείας για την Βελτίωση της Ποιότητας & της Ασφάλειας	188
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	190
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	197
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	199
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	202
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	203
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	205
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	208
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ	211
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε.....	213
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ	215

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διατριβή αυτή είναι το αποτέλεσμα μελέτης και έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε στο διάστημα των τριών τελευταίων ετών. Με την ολοκλήρωσή της θα ήθελα να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα, Καθηγητή κ. Β. Μουστάκη για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα σύγχρονο κοινωνικό ζήτημα που μας απασχόλησε ιδιαίτερα τα χρόνια της πανδημίας. Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε και η καθοδήγηση των μελών της τριμελούς επιτροπής, του Καθηγητή κ. Θ. Κοντογιάννη και του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Στέλιου Τσαφραράκη.

Οφείλω επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Μ. Δούμπο, Καθηγητή, για την θετική συμβολή του κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, καθώς επίσης και την Δρ. κ. Ε. Κρασαδάκη για την υποστήριξη που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια των σπουδών μου και κατά την εκπόνηση της διατριβής μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλο το διδακτικό προσωπικό του Πολυτεχνείου Κρήτης και ειδικά της Σχολής Μηχανικών Παραγωγής & Διοίκησης για το υψηλό ακαδημαϊκό επίπεδο σπουδών, ως επίσης και για την πρωτόγνωρη εμπειρία συνύπαρξης της γνώσης με την εμπειρία.

Ευχαριστώ τους συμφοιτητές μου για όλες τις γόνιμες συζητήσεις και συνεργασίες που είχαμε καθώς και όλους τους συναδέλφους και τα στελέχη από το Δήμο Χανίων και το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων για την εξαιρετική συνεργασία και την πολύτιμη οπτική και εμπειρία τους. Ένα ευχαριστώ επίσης στον φίλο κ. Χαράλαμπο Λίτο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την αμέριστη κατανόηση, συμπαράσταση και ανοχή που έδειξε σε όλη τη χρονική διάρκεια εκπόνησης της διατριβής και την υποστήριξη που μου παρείχε. Είναι βέβαιο ότι χωρίς την πολύτιμη βοήθεια, υποστήριξη και συμπαράστασή τους, δεν θα είχα επιτύχει τον στόχο μου. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, για τις αξίες και τις αρχές που μου έδωσαν.

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ο Εμμανουήλ Η. Μπολώτης γεννήθηκε στα Χανιά το 1973. Είναι κάτοχος Bachelor στην Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων καθώς και Master σε Marketing με ειδίκευση στη Διαχείριση Κρίσεων, από τα Πανεπιστήμια Bradford & Newcastle της Αγγλίας αντίστοιχα. Έχει σημαντική εμπειρία σε θέματα Δημόσιας Διοίκησης έχοντας διατελέσει Ειδικός Συνεργάτης του Προέδρου της Διαρκούς Επιτροπής Δημόσιας Διοίκησης, Δικαιοσύνης & Δημόσιας Τάξης της Βουλής των Ελλήνων (2008), με αντικείμενο μεταξύ άλλων, την διαβούλευση με φορείς και οργανισμούς για την προετοιμασία του νομοθετικού έργου της Επιτροπής. Επίσης διετέλεσε Ειδικός Συνεργάτης του Αναπληρωτή Υπουργού Δημόσιας Τάξεως (2009) σε θέματα οργάνωσης, συντονισμού και εθιμοτυπίας.

Έχει επίσης εργασθεί σε μεγάλες ελληνικές και πολυεθνικές επιχειρήσεις από θέσεις ευθύνης σε θέματα επικοινωνίας και εμπορικής πολιτικής, τόσο στον τομέα της Υγείας όσο και στον κλάδο της Πληροφορικής. Μιλάει άπταιστα Αγγλικά και διαθέτει άριστη γνώση χειρισμού Η/Υ. Είναι έγγαμος με ένα παιδί.

Υπηρέτησε στο Δήμο Χανίων από το 2017 έως την 31η Δεκεμβρίου 2019, ως Γενικός Γραμματέας (2019) με αρμοδιότητες που περιλάμβαναν την οργάνωση, επίβλεψη και τον συντονισμό των υπηρεσιών αλλά και των Νομικών Προσώπων του Δήμου, την διαχείριση του Ανθρώπινου Δυναμικού, αλλά και ως Ειδικός Συνεργάτης του Δημάρχου με αρμοδιότητες μεταξύ άλλων την εθιμοτυπία καθώς και την οργάνωση και εποπτεία του Γραφείου Δημάρχου, καθώς και των θεμάτων που άπτονταν της οργάνωσης, του επιχειρησιακού σχεδιασμού και του προγραμματισμού του Δήμου.

Από τον Ιανουάριο του 2020 υπηρετεί ως Αναπληρωτής Διοικητής στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων με αρμοδιότητες μεταξύ άλλων τον Χειρουργικό Τομέα, τα θέματα Ποιότητας, Ασφάλειας και Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου, την Πληροφορική & τις Νέες Τεχνολογίες, τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό του Νοσοκομείου, την Επιχειρησιακή Λειτουργία του Νοσηλευτικού Ιδρύματος κα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Βασικός σκοπός της μεταπτυχιακής εργασίας είναι η ανάπτυξη στρατηγικού σχεδίου για το Νοσηλευτικό Ίδρυμα των Χανίων και συγκεκριμένα για το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» (ΓΝΧ) σε καταστάσεις Διαχείρισης Κρίσεων, ώστε αυτό να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά και αποδοτικά κατά την διάρκεια ενός τέτοιου συμβάντος, όπως η περίπτωση της αντιμετώπισης της κρίσης της πανδημίας Covid – 19.

Για την επίτευξη του ανωτέρου σκοπού διαμορφώθηκαν οι ακόλουθοι επιμέρους στόχοι:

- Αξιολόγηση της διοικητικής διάρθρωσης του ΓΝΧ και του βαθμού ετοιμότητας προκειμένου να αντιμετωπίσει την πανδημία Covid – 19.
- Αξιολόγηση των «παραδοσιακών» επιχειρησιακών σχεδίων του ΓΝΧ.
- Συγκριτική αξιολόγηση του βαθμού ευελιξίας και μετασχηματισμού του ΓΝΧ, Business Process Reengineering (BPR), με σκοπό την αποτελεσματικότερη και ταχύτερη θωράκιση του ΓΝΧ έναντι της πανδημίας καθώς και για την διαχείριση αυτής της κατάστασης.
- Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοτική αντίδραση των νοσηλευτικών μονάδων κατά την πανδημία Covid – 19
- Εντοπισμός των διοικητικών αδυναμιών μέσω από τα «παραδοσιακά» επιχειρησιακά σχέδια του ΓΝΧ.
- Εξέταση των αιτιών αντίστασης του προσωπικού όλων των βαθμίδων του ΓΝΧ κατά την εφαρμογή των επιχειρουμένων αλλαγών.
- Αξιολόγηση της χρήσης πόρων, υλικοτεχνικών υποδομών και του ρόλου της εκπαίδευσης του προσωπικού.

Η παρούσα διατριβή επιχειρεί να αποτυπώσει τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρέασαν την ανταπόκριση του ΓΝΧ στην αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας Covid – 19.

Όπως θα αναφερθεί και στη συνέχεια, το ξέσπασμα της Πανδημίας βρήκε το ΕΣΥ σε μια αρκετά κρίσιμη καμπή, μετά από 40 έτη λειτουργίας. Η Πανδημία έθεσε υπό αμφισβήτηση την ανθεκτικότητα και την βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας ανά τον κόσμο, μεταξύ των οποίων και το ΕΣΥ. Παθογένειες ετών ήρθαν στην επιφάνεια, ανάμεσα στις οποίες: η ελλιπής χρηματοδότηση, η υποστελέχωση, η ανεπάρκεια πόρων,

η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η χαμηλή διείσδυση των ΤΠΕ, ο παρωχημένος τρόπος διοίκησης των Μονάδων Υγείας κ.ο.κ.

Η επείγουσα υγειονομική κρίση καθώς και το ασφυκτικό χρονικό περιθώριο αντίδρασης, όπως αυτό διαμορφώθηκε από την Πανδημία, δεν έδωσε πολλά περιθώρια για σχεδιασμό και δραστικές μεταβολές. Όλο αυτό το ασφυκτικό πλαίσιο, επιδεινώθηκε καθώς η Πανδημία έφερε νέα, άγνωστα δεδομένα, κάτι που έφερε τις Μονάδες Υγείας αντιμέτωπες με έναν πραγματικό εφιάλτη. Παράλληλα με την αντιμετώπιση της Πανδημίας, οι Μονάδες Υγείας και τα Νοσοκομεία ανά τον κόσμο έπρεπε να διαχειριστούν την Πανδημία και να συνεχίσουν να λειτουργούν τις κλινικές και τις μονάδες τους, έπρεπε να συνεχίσουν την καθημερινή λειτουργία και δραστηριότητά τους. Όλα αυτά, σε αχαρτογράφητα ύδατα και με νέες Διοικήσεις στα Νοσοκομεία της χώρας.

Η Υγειονομική Κρίση όμως, αποτέλεσε και μια ευκαιρία. Κάτω από αυτές τις πρωτόγνωρα δύσκολες συνθήκες, έγιναν πολλά. Ανανεώθηκε ο εξοπλισμός, βιοιατρικός και τεχνολογικός, στο σύνολο σχεδόν των 127 Νοσοκομείων. Διπλασιάστηκαν οι κλίνες ΜΕΘ σε όλη την χώρα. Έγιναν αρκετές προσλήψεις Νοσηλευτικού & Ιατρικού Προσωπικού. Ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός έγινε προαπαιτούμενο στις συνθήκες της Πανδημίας και μια αδήριτη ανάγκη προκειμένου να αποφευχθεί η διασπορά. Δόθηκε έμφαση στην εφαρμογή σύγχρονων ΣΔΠ τα οποία αυξάνουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Το ανθρώπινο δυναμικό εκπαιδεύτηκε και απέκτησε νέες δεξιότητες και ικανότητες μέσα στην Πανδημία. Ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών που επιχειρήθηκε, έστω και αν έλαβε χώρα υπό ασφυκτικές συνθήκες, βελτίωσε την αποτελεσματικότητα καθώς και τον τρόπο της διοικητικής διάρθρωσης, οργάνωσης και λειτουργίας των Νοσοκομείων.

Αναμφίβολα, έγιναν αρκετοί λάθος χειρισμοί. Νέα, άγνωστα δεδομένα, νέες διοικήσεις, παθογένειες δεκαετιών, ασφυκτικό χρονικό πλαίσιο και συνθήκες διαχείρισης και αντιμετώπισης, όλα συνετέλεσαν σε κάποιο βαθμό. Το ΕΣΥ όμως, απέδειξε για άλλη μια φορά ότι άντεξε. Ο Νοσοκομειακός κλάδος σήκωσε το βάρος της Πανδημίας και άντεξε χωρίς να περιορίσει σημαντικά την παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. αναδιοργανώθηκε, έγινε πιο αποτελεσματικός και αποδοτικός. Ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών καθώς και η εφαρμογή σύγχρονων ΣΔΠ είναι εφικτά και μάλιστα με σημαντικά και θεαματικά αποτελέσματα. Το ΕΣΥ μπορεί και πρέπει να βάλει στο επίκεντρο τον ασθενή – πολίτη και να επαναπροσδιορίσει την επαφή του με την

κοινωνία, διαδραματίζοντας έναν νέο, ουσιαστικό και βασικό ρόλο στην Πρόληψη και Προστασία της Δημόσιας Υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας & της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η βελτίωση της αποδοτικότητας του ΕΣΥ, η αναβάθμιση και ο εκσυγχρονισμός της υλικοτεχνικής υποδομής των Νοσοκομείων, η ουσιαστική εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό να αποκτήσει νέες δεξιότητες και η χρήση νέων ΤΠΕ, είναι η παρακαταθήκη της Πανδημίας. Χρειάζονται γενναίες και τολμηρές πολιτικές αποφάσεις προκειμένου να δημιουργηθεί ένα νέο ΕΣΥ, ευέλικτο, μη γραμμικό, ανθεκτικό, το οποίο θα δύναται να ανταποκριθεί στις σύνθετες και διαρκώς μεταβαλλόμενες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας.

Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας είναι η ποιοτική μελέτη και έρευνα που βασίζεται σε πρωτογενή στοιχεία. Τα πρωτογενή στοιχεία, ποιοτικά και ποσοτικά, αντλήθηκαν κυρίως μέσω συνεντεύξεων (οριζόντια και κάθετα) εντός του ΓΝΧ. Επιπλέον, αντλήθηκαν στοιχεία σχετικά με τον σχεδιασμό και την ανάλυση όλης της στρατηγικής προετοιμασίας και οργάνωσης του ΓΝΧ, από τις Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις (ΚΥΑ), από τις κατευθυντήριες γραμμές του ΕΟΔΥ και φυσικά αυτές του Υπουργείου Υγείας.

ΌΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

«Ορκίζομαι στο θεό Απόλλωνα τον ιατρό και στο θεό Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και επικαλούμενος τη μαρτυρία όλων των θεών ότι θα εκτελέσω κατά τη δύναμη και την κρίση μου τον όρκο αυτόν και τη συμφωνία αυτή.

Να θεωρώ τον διδάσκαλό μου της ιατρικής τέχνης ίσο με τους γονείς μου και την κοινωνό του βίου μου. Και όταν χρειάζεται χρήματα να μοιράζομαι μαζί του τα δικά μου. Να θεωρώ την οικογένειά του αδέρφια μου και να τους διδάσκω αυτήν την τέχνη αν θέλουν να την μάθουν χωρίς δίδακτρα ή άλλη συμφωνία.

Να μεταδίδω τους κανόνες ηθικής, την προφορική διδασκαλία και όλες τις άλλες ιατρικές γνώσεις στους γιους μου, στους γιους του δασκάλου μου και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό όρκο, αλλά σε κανέναν άλλο.

Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη.

Παρομοίως, δεν θα εμπιστευτώ σε έγκυο μέσο που προκαλεί έκτρωση. Θα διατηρώ αγνή και άσπιλη και τη ζωή και την τέχνη μου. Δεν θα χρησιμοποιώ νυστέρι ούτε σε αυτούς που πάσχουν από λιθίαση, αλλά θα παραχωρώ την εργασία αυτή στους ειδικούς της τέχνης.

Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα μπαίνω για να βοηθήσω τους ασθενείς και θα απέχω από οποιαδήποτε εσκεμμένη βλάβη και φθορά, και ιδίως από γενετήσιες πράξεις με άνδρες και γυναίκες, ελεύθερους και δούλους. Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά.

Αν τηρώ τον όρκο αυτό και δεν τον παραβώ, ας χαίρω πάντοτε υπολήψεως ανάμεσα στους ανθρώπους για τη ζωή και για την τέχνη μου. Αν όμως τον παραβώ και επιορκήσω, ας πάθω τα αντίθετα.»

Ο όρκος του Ιπποκράτη, αποτελεί, 2500 χρόνια μετά τον Ιπποκράτη, τον όρκο που δίνουν οι γιατροί μέχρι και σήμερα, και αναφέρεται στην ηθική άσκηση του επαγγέλματός τους. Ο όρκος πιστεύεται ότι γράφτηκε τον 4 αιώνα προ Χριστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Σκοπός και Στόχοι της εργασίας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανάδειξη – αποτύπωση της αναδιοργάνωσης των επιχειρησιακών διαδικασιών του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, μετά την έναρξη της πανδημίας του Covid-19 και κατά τη διάρκεια αυτής έως σήμερα. Στο πλαίσιο αυτό αναλύεται τόσο το επιχειρησιακό μοντέλο του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων πριν την έλευση της πανδημίας, όσο και το επιχειρησιακό σχέδιο που διαμόρφωσε η πανδημία.

Επιμέρους στόχοι της εργασίας που θα μελετηθούν είναι:

- Αξιολόγηση της διοικητικής διάρθρωσης του ΓΝΧ και του βαθμού ετοιμότητας προκειμένου να αντιμετωπίσει την πανδημία Covid – 19.
- Αξιολόγηση των «παραδοσιακών» επιχειρησιακών σχεδίων του ΓΝΧ.
- Συγκριτική αξιολόγηση του βαθμού ευελιξίας και μετασχηματισμού του ΓΝΧ, BPR, με σκοπό την αποτελεσματικότερη και ταχύτερη θωράκιση του ΓΝΧ έναντι της πανδημίας καθώς και για την διαχείριση αυτής της κατάστασης.
- Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοτική αντίδραση των νοσηλευτικών μονάδων κατά την πανδημία Covid – 19
- Εντοπισμός των διοικητικών αδυναμιών μέσω από τα «παραδοσιακά» επιχειρησιακά σχέδια του ΓΝΧ.
- Εξέταση των αιτιών αντίστασης του προσωπικού όλων των βαθμίδων του ΓΝΧ κατά την εφαρμογή των επιχειρουμένων αλλαγών.
- Αξιολόγηση της χρήσης πόρων, υλικοτεχνικών υποδομών και του ρόλου της εκπαίδευσης του προσωπικού.
- Διερεύνηση της επίδρασης της Ποιότητας στην βελτίωση της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω (α) της εφαρμογής σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας (ΣΔΠ), &(β) της υιοθέτησης διεθνών κατευθυντήριων γραμμών, οδηγιών και Καλών Πρακτικών.

1.2 Η σημασία και η ανάγκη της ποιότητας και ασφάλειας στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Η συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζει την οπτική της εν λόγω εργασίας. Το πλαίσιο αφορά την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς ενός νοσοκομείου, ειδικά στο περιβάλλον που διαμορφώθηκε από την υγειονομική κρίση της πανδημίας του Covid-19 και τις ενέργειες, πρωτοβουλίες και αποφάσεις που λήφθηκαν για την αντιμετώπισή της.

Γενικότερα γνωρίζουμε ότι τα χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσιών διαφέρουν κατά πολύ από αυτά της παραγωγής προϊόντων και αγαθών. Εξειδικεύοντας, θα μπορούσαμε ενδεχομένως να ισχυριστούμε ότι η ποικιλία, το εύρος και το βάθος εξειδίκευσης των διαφόρων υπηρεσιών, διαφέρει κατά πολύ ή και ξεπερνά τα αντίστοιχα επίπεδα και κριτήρια συγκρινόμενο με αυτό των επιχειρήσεων παραγωγής προϊόντων και αγαθών.

Ως υπηρεσία (παροχή υπηρεσίας), ορίζεται η οικονομική δραστηριότητα η οποία παράγει χρόνο, τόπο, μορφή ή και άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ιδιότητες, Murdick et al. (1994). Ειδικά, η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας έχει κάποιες επιπλέον διαστάσεις και ένα μεγαλύτερο ειδικό βάρος, καθώς σχετίζεται με τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας και της λειτουργικότητας του ασθενούς και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το προσδόκιμο ζωής του. Αυτό την διαχωρίζει και προσδίδει κρίσιμα και ζωτικής σημασίας χαρακτηριστικά στην παροχή υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Σε έναν σύνθετο, πολύπλοκο και δυναμικό κόσμο, όπου όλα μεταβάλλονται και εξελίσσονται με αστραπιαίους ρυθμούς, τα Συστήματα Υγείας δεν θα μπορούσαν να αποτελούν εξαίρεση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η εξέλιξη των εθνικών συστημάτων υγείας έχει αυξήσει κατά πολύ την πολυπλοκότητα, το εύρος και το βάθος τους. Κάτι που τοποθετεί την παροχή υπηρεσιών υγείας, την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας δηλαδή, στο επίκεντρο της συζήτησης και των προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών καθώς και του προσδόκιμου ζωής τους.

Αναμφισβήτητα όμως, είναι κοινή παραδοχή, ότι παρά τη σημασία και τη σπουδαιότητα που έχει η παροχή υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, η παροχή των υπηρεσιών υγείας πάσχει, καθώς σύμφωνα με τον ΠΟΥ, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>:

- Η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων (adverse events) λόγω μη ασφαλούς φροντίδας είναι πιθανώς μία από τις 10 κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας στον κόσμο.

- Σε χώρες όπου τα εισοδήματα είναι ψηλά, υπολογίζεται ότι ένας στους 10 ασθενείς τραυματίζεται ενώ λαμβάνει νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Η ζημιά μπορεί να προκληθεί από σειρά ανεπιθύμητων συμβάντων, ενώ σχεδόν το 50% από αυτά μπορούν να προληφθούν.
- Κάθε χρόνο εμφανίζονται 134 εκατομμύρια ανεπιθύμητα συμβάντα σε νοσοκομεία που βρίσκονται σε χώρες χαμηλού ή μέσου εισοδήματος (LMICs), λόγω μη ασφαλούς περίθαλψης, γεγονός το οποίο οδηγεί σε 2.6 εκατομμύρια θανάτους.
- Βάσει άλλης μελέτης, υπολογίζεται ότι περίπου τα 2/3 όλων των ανεπιθύμητων συμβάντων που προκαλούνται από τη μη ασφαλή περίθαλψη ή/και αναπηρίες ή/και θάνατοι (γνωστά ως τα Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα στην Αναπηρία ή DALYs) συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού ή μέσου εισοδήματος.
- Παγκοσμίως, έως και 4 στους 10 ασθενείς βλάπτονται κατά την πρωτοβάθμια και εξωτερική υγειονομική περίθαλψη με τα πιο επιζήμια λάθη να αφορούν στη διάγνωση, τη συνταγογράφηση και τη χρήση φαρμάκων, ενώ ένα συντριπτικά μεγάλο ποσοστό, της τάξεως του 80% των βλαπτικών συνεπειών, να μπορεί να προληφθεί.
- Στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το 15% των συνολικών νοσοκομειακών δραστηριοτήτων και δαπανών απορρέουν άμεσα από ανεπιθύμητα συμβάντα.
- Οι επενδύσεις για τη μείωση βλαβών που υφίστανται οι ασθενείς μπορούν να επιφέρουν σημαντική εξοικονόμηση δαπανών και το σημαντικότερο, καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Είναι λοιπόν αδήριτη ανάγκη, ειδικά στο σημερινό σύνθετο, δυναμικό, πολύπλοκο και παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, να εστιάσουμε τις ενέργειές μας, στην παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, κάτι που θα αποτελέσει άλλωστε και το πρίσμα της οπτικής μας στην παρούσα εργασία.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ, η ποιότητα ορίζεται ως: «Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για πολίτες και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με την τεκμηριωμένη γνώση και πρακτική». Σύμφωνα με τους 7 Πυλώνες της Ποιότητας, κατά τον Donabedian (1988), η φροντίδα θα πρέπει να είναι:

- Ασφαλής,
- Ακριβής,
- Αποτελεσματική,
- Επαρκής,
- Επικεντρωμένη στον ασθενή,
- Έγκαιρη,
- Δίκαιη.

Σύμφωνα με το πρότυπο ποιότητας EN 15224 όπως θα εξεταστεί στο 3^ο Κεφάλαιο, πρέπει να παρέχονται επίσης τα ακόλουθα:

- Κατάλληλη φροντίδα,
- Συνέχεια στη φροντίδα,
- Απόδοση,
- Φροντίδα βασισμένη στην τεκμηριωμένη γνώση, evidence & knowledge based care,
- Συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα.

Η έμφαση δίνεται από την Διοίκηση της Μονάδας – Οργανισμού Υγείας, στην ορθολογική και αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων, προκειμένου να καλλιεργηθεί μια νοοτροπία ασφάλειας, ποιότητας και συνεργασίας, προκειμένου να επιτευχθεί το πολυπόθητο αποτέλεσμα, η ανάπτυξη κατάλληλων ικανοτήτων και δεξιοτήτων στο ανθρώπινο δυναμικό, ούτως ώστε μέσα από τις κατάλληλες διαδικασίες, να παρέχει ποιοτική και ασφαλή ιατρονοσηλευτική φροντίδα.

ΣΤΟΧΟΙ ΑΕΙΦΟΡΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Η υιοθέτηση των Στόχων Αειφόρου Ανάπτυξης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, United Nations (UN) Sustainable Development Goals (SDG) και η εστίαση στην καθολική κάλυψη αναγκών υγείας αποτελούν βασικό σημείο αναφοράς για τη διασφάλιση ποιότητας, Ο στρατηγικός στόχος 3 «Διασφάλιση υγιούς ζωής και προώθηση της ευημερίας για όλες τις ηλικίες», των Ηνωμένων Εθνών, και πιο συγκεκριμένα ο στόχος 3.8 τονίζει τη σημασία των ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα την «Αειφόρο Ανάπτυξη στον Τομέα Υγείας, μέσα από την Επίτευξη της Καθολικής Κάλυψης Αναγκών Υγείας, συμπεριλαμβανομένων της προστασίας των χρηματοοικονομικών κινδύνων, της πρόσβασης σε ποιοτικές, βασικές υπηρεσίες υγείας, και της πρόσβασης σε ασφαλή, αποτελεσματικά, ποιοτικά και προσιτά βασικά φάρμακα και εμβόλια για όλους», <https://www.un.org/en/academic-impact/sdgsinacademia-goal-3>.

Η Στρατηγική για τη διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο περιβάλλον ενός Νοσηλευτικού Ιδρύματος περιλαμβάνει:

- Κατανόηση βασικών εννοιών για τη διαρκή βελτίωση και αποτελεσματικότητα.
- Αναγνώριση των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος και των σημαντικών ενεργειών για ένα επιτυχημένο πλάνο βελτίωσης της ποιότητας.
- Εξοικείωση με εργαλεία διοίκησης για τη διασφάλιση διαρκούς βελτίωσης.

1.3 Ο Χάρτης Υγείας στην Ελλάδα Σήμερα – Ανασκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

1.3.1 Το ΕΣΥ – Η Μεγαλύτερη Μεταρρύθμιση στο Χώρο της Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, (ΕΣΥ) της χώρας μας πλησιάζει προς την ολοκλήρωση της τέταρτης δεκαετίας, με τον ιδρυτικό νόμο του, Νόμο 1397 (ΦΕΚ 143), να κατατίθεται στις 13.10.1983. Ο αναγνώστης παραπέμπεται στο Παράρτημα Α για το πλήρες νομοθετικό πλαίσιο του ΕΣΥ. Κανένας δεν μπορεί να αμφισβητήσει τον κυρίαρχο ρόλο του ΕΣΥ ως πυλώνα της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Εισήγαγε διοικητικές τομές και καινοτομίες στον υγειονομικό χάρτη της χώρας, πρωτόγνωρες για τα δεδομένα της εποχής. Αναμφίβολα, η δημιουργία του ΕΣΥ το 1983, αποτελεί ακόμα και σήμερα την σημαντικότερη ίσως μεταρρυθμιστική ενέργεια στο χώρο της Υγείας από την σύσταση του Νέου Ελληνικού Κράτους. Οι εποχές όμως άλλαξαν. Οι κοινωνικές και δημογραφικές ανάγκες άλλαξαν και βασικές παράμετροι του πληθυσμού ως εκ τούτου και των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας, έχουν μεταβληθεί δραστικά. Το ΕΣΥ σήμερα, φαίνεται παρωχημένο και ανίσχυρο να αντιμετωπίσει επαρκώς και ικανοποιητικά τις σύγχρονες, αυξημένες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας καθώς και τις προκλήσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού περιβάλλοντος λειτουργίας. Το ΕΣΥ δεν ακολουθεί, δεν συντάσσεται με τις διεθνείς τάσεις, τις κατευθυντήριες γραμμές και τα αυστηρά Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας (ΣΔΠ) στο χώρο της Υγείας και δεν δείχνει να είναι ικανό να αφουγκραστεί τις νέες ανάγκες υγείας και τις δημογραφικές μεταβολές και τάσεις του πληθυσμού της χώρας, επιδεικνύοντας χαμηλά ή ανεπαρκή αντανακλαστικά. Το ΕΣΥ έχει φτάσει, αν δεν έχει ήδη ξεπεράσει τα όρια του. Πριν επιχειρήσει να αντιμετωπίσει τις εξωτερικές προκλήσεις όμως, το ΕΣΥ πρέπει να κοιτάξει κατάματα και με απόλυτη ειλικρίνεια τις δικές του διαχρονικές παθογένειες, τα δικά του εσωτερικά προβλήματα και ανάγκες και να αναζητήσει τις λύσεις. Η υπερδεκαετής οικονομική κρίση, άφησε και αυτή το αναλλοίωτο αποτύπωμά της στο ΕΣΥ της χώρας, δημιουργώντας ελλείψεις σε προσωπικό, το γνωστό πλέον Brain Drain, αλλά και την σημαντική υποβάθμιση και επιδείνωση των υποδομών, κτηριακών αλλά

και εξοπλισμού των Μονάδων Υγείας. Είναι ξεκάθαρο πλέον ότι για το ΕΣΥ, ο ασθενής δεν βρίσκεται στο επίκεντρο και η κοινωνική δικαιοσύνη είναι απύσχα καθώς το ΕΣΥ αδυνατεί να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες υγείας και περίθαλψης της κοινωνίας, χάνοντας το κοινωνικό του έρεισμα. Φαίνεται ότι το ΕΣΥ έχει από καιρό απωλέσει τον πρωταρχικό του σκοπό ύπαρξης και λειτουργίας: την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, (Τούντας, 2008), κάτι που τεκμηριώνεται στα παρακάτω σημεία:

- 1 στους 5 κατοίκους δεν έλαβαν την ιατρική εξέταση ή θεραπεία που είχαν ανάγκη, με το κόστος να αποτελεί την περιοριστική παράμετρο, (Eurostat, 2017a),
- 1 στους 3 ογκολογικούς ασθενείς αντιμετώπισαν πρόβλημα πρόσβασης, είτε στον γιατρό τους είτε στην απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή, (Souliotis, Papageorgiou, Politi, Ioakeimidis, & Sidiropoulos, 2014)
- Σύμφωνα με τα Στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ 2012), το 59% των πολιτών της χώρας αναγκάστηκε να ελαττώσει τις υπηρεσίες υγείας με κυρίαρχο λόγο τον οικονομικό παράγοντα, ενώ ένα 40% του γενικού πληθυσμού δηλώνουν ότι η πρόσβαση σε φάρμακα και υπηρεσίες υγείας έχει γίνει δυσχερέστερη.
- Ένα συντριπτικό ποσοστό των ασθενών με διαβήτη – υπέρταση – ΧΑΠ – Alzheimer, της τάξης του 60%, αντιμετώπισε οικονομικό πρόβλημα στην πρόσβαση του στις υπηρεσίες υγείας, (Zavras, Zavras, Kyriopoulos & Kyriopoulos, 2016)
- Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε τρεις διαφορετικές χρονιές, 2010 – 2013 – 2015, ο κυρίαρχος παράγοντας – το κυρίαρχο εμπόδιο – για την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, ήταν το κόστος.
- Επίσης αποκαλυπτική είναι και η Έρευνα Υγείας του 2014 της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ΕΛΣΤΑΤ (2016), σύμφωνα με την οποία, το 12,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, δεν έλαβε την ιατρονοσηλευτική φροντίδα που χρειαζόταν ή καθυστέρησε να την λάβει, λόγω της λίστας αναμονής, ενώ ένα 6% δήλωσε μη δυνατότητα πρόσβασης λόγω προβλημάτων μετακίνησης.

Το ΕΣΥ άντεξε και αντέχει, άγνωστο για πόσο ακόμα, και αυτό το απέδειξε πρόσφατα στην αντιμετώπιση και διαχείριση της πανδημίας SARS Covid- 19. Κανείς δεν δύναται να αμφισβητήσει τη συμβολή και τη συνεισφορά του ΕΣΥ στη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, ως επίσης θα ήταν αριθμητικά λίγοι αυτοί οι οποίοι θα αμφισβητούσαν ότι το ΕΣΥ δεν βρίσκεται πλέον σε μια πραγματικά κρίσιμη καμπή, αντιμέτωπο με εσωτερικές παθογένειες, πολλές εκ των οποίων ήταν εγγενή στοιχεία από την δημιουργία του. Ως μέρος της Ελληνικής Δημόσιας

Διοίκησης, το ΕΣΥ δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση και ενώ θα έπρεπε να προλαμβάνει και να θεραπεύει τον ασθενή, αντιθέτως, τον ταλαιπωρεί. Άλλωστε, αποτελεί κοινό τόπο και διαπίστωση ότι η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση είναι «Ο Μεγάλος Ασθενής» της Οικονομίας αλλά και της Κοινωνίας της χώρας, καθώς ο κρατικός μηχανισμός αδυνατεί να ανταποκριθεί στην αποστολή του. Εδώ ακριβώς βρίσκεται και το παράδοξο: ενώ η Δημόσια Διοίκηση οφείλει & πρέπει να είναι προσανατολισμένη στην εξυπηρέτηση των αναγκών των πολιτών και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα, δυστυχώς, ο πολίτης έρχεται αντιμέτωπος με πολλές διαχρονικές παθογένειες, οι οποίες μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν: την πανσπερμία νόμων – αρμοδιοτήτων και περιοχής ευθύνης, τις δαιδαλώδεις διαδικασίες, την υπερσυγκέντρωση εξουσιών, τη χαμηλή παραγωγικότητα, την απουσία αξιολόγησης και ελεγκτικών μηχανισμών και την απουσία σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και διοίκησης, οι οποίες μέθοδοι θα αντικαθιστούσαν το έντονα κομματικό / πελατειακό σύστημα των παρελθόντων ετών, εφαρμόζοντας κριτήρια αποδοτικότητας, ποιότητας, με συγκεκριμένη στοχοθεσία εντός συγκεκριμένων χρονικών πλαισίων.

Τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας είναι δυναμικά, πολύπλοκα και μη γραμμικά για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και ανάγκες της κοινωνίας, των χρηματοοικονομικών πόρων και των επιτευγμάτων της ιατρικής επιστήμης και τη βιοϊατρικής τεχνολογίας. Οι αλλαγές συντελούνται πλέον με καταγιστικό ρυθμό, κάτι που σημαίνει ότι τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας οφείλουν επίσης να είναι ευέλικτα και προσαρμοστικά. Στο σύγχρονο περιβάλλον λειτουργίας, η όποια νέα μορφή του – ανασχεδιασμένου – ΕΣΥ θα πρέπει να φροντίσει να αφήσει πίσω του τα βαρίδια και τις παθογένειες του παρελθόντος, μερικές από τις οποίες θα αναφέρουμε συνοπτικά στη συνέχεια και όλα τα μέλη του Συστήματος Υγείας να πορευτούν με καλή θέληση, μαζί, με την μέγιστη δυνατή συναίνεση, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ανάγκες όσο και τις προσδοκίες της κοινωνίας και να προβούν σε τολμηρές και γενναίες διαρθρωτικές αλλαγές. Ο στόχος ενός Συστήματος Υγείας οφείλει να είναι η συνολική αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε όλο το φάσμα της φροντίδας, (προστασία – πρόληψη – προαγωγή της υγείας, θεραπεία και αποκατάσταση), αλλά και ιατροκοινωνικής μέριμνας, (Τούντας 2008). Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας άλλωστε, είναι επιφορτισμένες με αυτό ακριβώς το καθήκον και ευθύνη: την προστασία της υγείας του γενικού πληθυσμού, της επιδημιολογικής επιτήρησης καθώς και της λήψης και εφαρμογής μέτρων πρόληψης του γενικού πληθυσμού. Είναι προφανές ότι πρέπει να αρχίσει ένας εποικοδομητικός διάλογος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μια διαδικασία ορθολογικής συλλογιστικής και λήψης αποφάσεων με σκοπό την αναδιάρθρωση και τον ανασχεδιασμό του χάρτη υγείας της χώρας με στόχους μεταξύ άλλων, την αύξηση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τη διαφάνεια στον τρόπο λειτουργίας του νέου ΕΣΥ καθώς και την

προσαρμοστικότητα και την ευελιξία του. Οτιδήποτε άλλο, θα έδινε το έναυσμα για έναν ακόμα κύκλο εσωστρέφειας, διολίσθησης και απώλειας επαφής με την πραγματικότητα και τις ανάγκες της κοινωνίας, με τα γνωστά καταστρεπτικά αποτελέσματα που έχουμε προαναφέρει.

1.3.2 Δομή του ΕΣΥ

Το ΕΣΥ σήμερα αποτελείται από τους εξής υγειονομικούς σχεδιασμούς και μονάδες:

- 127 Νοσοκομεία,
- 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ),
- 1487 Περιφερειακά Ιατρεία,
- 200 πρώην Πολυιατρεία του ΙΚΑ που μαζί με τα ΚΥ συγκροτούν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), &
- 127 (αστικές) Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ).

Παρά το γεγονός ότι παρατηρείται το φαινόμενο της συγκέντρωσης σε μεγάλες αστικές περιοχές και γύρω από τα μεγάλα αστικά κέντρα, η διάρθρωση και η διασπορά των Νοσοκομείων κρίνεται σχετικά επαρκής, κάτι το οποίο δεν ισχύει αντίστοιχα για το δίκτυο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Όσον αφορά στη διοικητική διάρθρωση των παραπάνω μονάδων, αυτές υπάγονται διοικητικά σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε), ο ρόλος των οποίων είναι κυρίως εποπτικός και συντονιστικός παρά διοικητικός. Αυτό αναδεικνύει το συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης της Υγείας στη χώρα μας, καθώς ο έλεγχος των Μονάδων ασκείται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας.

1.3.3 Οι Παθογένειες της Υφιστάμενης Οργάνωσης και Διοίκησης του ΕΣΥ

Το ΕΣΥ οφείλει επίσης να αναγνωρίσει την κακοδιοίκηση ως μια μεγάλη παθογένεια και πηγή προβλημάτων. Η έλλειψη σχεδιασμού, οράματος και αναπτυξιακής πολιτικής στο χώρο της Υγείας, έχει οδηγήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε μια στενωπό. Η κακοδιοίκηση – και – στο χώρο της Υγείας, είναι ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό πρόβλημα. Για πολλά χρόνια, ο χώρος της Υγείας στην Ελλάδα αποτελούσε ένα προνομιακό πεδίο για πολιτική διαχείριση και επικοινωνία. Ουδείς αναζήτησε ορθολογικές λύσεις, την επιχειρησιακή λειτουργία βασισμένη στο αποτέλεσμα, τεχνοκρατική αντίληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων κ.ο.κ. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει εύρυθμη λειτουργία στο ΕΣΥ, το μέλλον του οποίου δεν φαίνεται βιώσιμο μακροπρόθεσμα. Τα μοντέλα διοίκησης είναι αναχρονιστικά και ανεπαρκή. Η διοίκηση ενός Συστήματος Υγείας δεν μπορεί να υπακούει σε συντεχνιακά συμφέροντα και να ενστερνίζεται τη νοοτροπία της διατήρησης

των κεκτημένων, δημιουργώντας στεγανά στην γνώση και στην εξέλιξη, ειδικά σε ένα οργανισμό εντάσεως εργασίας όπως είναι οι Μονάδες Υγείας.

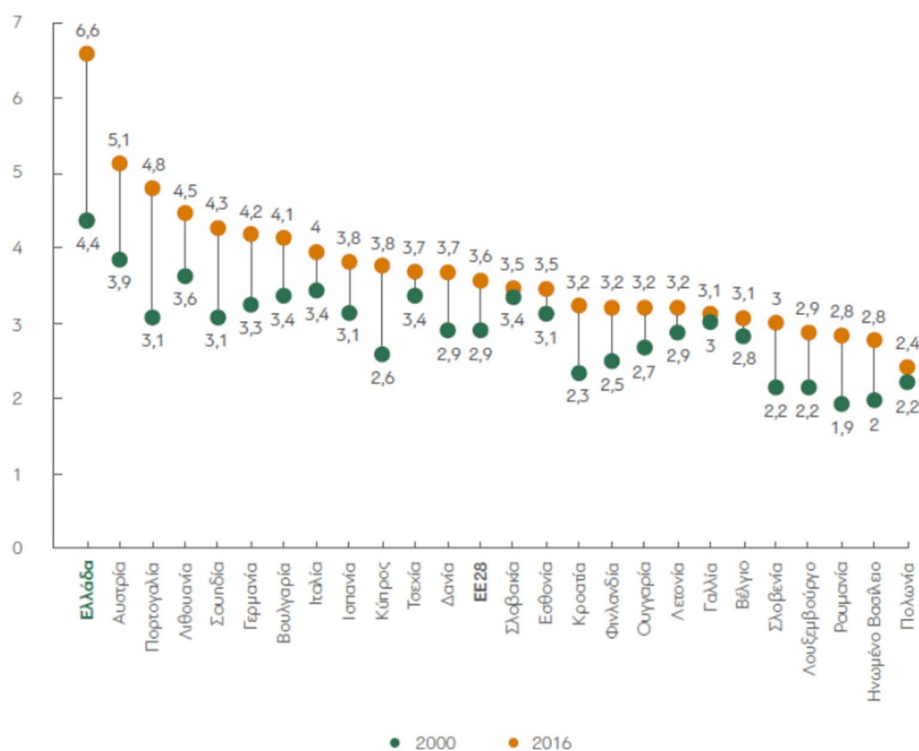
Οι ίδιες οι διοικητικές δομές και η διάρθρωση των Νοσοκομείων για παράδειγμα, οι περίφημοι οργανισμοί, είναι αναχρονιστικοί και παρωχημένοι. Η διοικητική δομή δεν είναι ευέλικτη, αλλά άκαμπτη και στείρα. Δεν υπάρχει καμία ευελιξία και κανένας βαθμός προσαρμοστικότητας στο ΕΣΥ. Δεν υπάρχουν διαδικασίες – ρόλοι και το καθηκοντολόγιο «μυρίζει ναφθαλίνη» και αδράνεια, εκπληρώνοντας μονάχα το τυπικό και καθόλου το ουσιαστικό σκέλος του οργανισμού και των αναγκών του. Η έννοια της αξιολόγησης αποτελεί άλλο ένα ταμπού, όπως συμβαίνει παντού στον δημόσιο τομέα στην Ελλάδα. Αυτό με τη σειρά του φέρνει αναξιοκρατία στη στελέχωση των οργανισμών με τυπικά προσόντα παρωχημένα και σίγουρα ακατάλληλα να σταθούν με επάρκεια απέναντι στις προκλήσεις του σήμερα και του αύριο. Οι εργασιακές σχέσεις αποτελούν ένα ακόμη μεγάλο αγκάθι. Το ΕΣΥ αποτέλεσε ένα προνομιακό πεδίο πολιτικής διαχείρισης και ο εναγκαλισμός του ΕΣΥ με πελατειακές πρακτικές, ήταν σφιχτός. Η «ικανοποίηση» των αιτημάτων ομάδων πίεσης και συμφερόντων στέκεται απέναντι σε κάθε προσπάθεια επιχειρούμενης μεταρρύθμισης, κάτι που καθιστά την όποια προσπάθεια, θνησιγενή. Τις περισσότερες φορές υπήρχε πλήρης ταύτιση των Διοικήσεων των Μονάδων Υγείας με τα πολιτικά κόμματα, κάτι που εκτός από μη αξιοκρατικές διαδικασίες δημιουργούσε πρόβλημα στη συνέχεια της Δημόσιας Διοίκησης στο ΕΣΥ, καθώς κάθε νέα Διοίκηση διέκοπτε τις προσπάθειες του προκατόχου της, σε μικρό ή μεγάλο βαθμό.

1.3.4 Χρηματοδότηση του ΕΣΥ

Η μεγάλη ανάγκη από την οποία συναρτάται η ίδια η ύπαρξη του ΕΣΥ είναι η χρηματοδότηση, ή μάλλον καλύτερα η υποχρηματοδότησή του. Κανένας σχεδιασμός, καμία διαρθρωτική αλλαγή και φυσικά καμία επιχειρησιακή λειτουργία δεν μπορεί να πάρει σάρκα και οστά αν δεν λυθεί το πρόβλημα της χρηματοδότησης της Υγείας μέσα από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, μέσα από Ιδίους Πόρους, πχ απογευματινά εξωτερικά ιατρεία και χειρουργεία και μέσα από τις Συμπράξεις Δημοσίου με τον Ιδιωτικό Τομέα (ΣΔΙΤ). Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τα γενικά φορολογικά έσοδα, ειδικά σε ότι αφορά στο κόστος μισθοδοσίας του υγειονομικού προσωπικού και από την κοινωνική ασφάλιση σε ότι αφορά την εξασφάλιση (αγορά) των υγειονομικών υπηρεσιών. Στο θέμα της χρηματοδότησης, το ΕΣΥ θυμίζει ένα μεγάλο δεξαμενόπλοιο, το οποίο πλέει στους ωκεανούς και τις μανιασμένες θάλασσες της υποχρηματοδότησης, των περίφημων διαγραφών (writeoff's) του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με τις Οικονομικές Υπηρεσίες των Μονάδων Υγείας να καλούνται να διαδραματίσουν τον ρόλο της σύγχρονης Πυθίας κάθε φορά, προσπαθώντας να εκτιμήσουν, το ύψος της εκάστοτε διαγραφής οφειλών του αιμοδότη τους, του

ΕΟΠΥΥ και στο τέλος κάθε έτους, να τετραγωνίσουν τον κύκλο των δαπανών προς τους διαθέσιμους πόρους και τις χρηματοδοτήσεις της τελευταίας στιγμής. Χρηματοδοτήσεις οι οποίες τις περισσότερες φορές δεν μπορούν να αξιοποιηθούν μέσα στα στενά πλαίσια λειτουργίας ενός Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), καθώς δεν υπάρχει ο απαραίτητος χρόνος προκειμένου να ολοκληρωθούν οι απαιτούμενες διαδικασίες. Αυτό με τη σειρά του, ανατρέπει κάθε προσπάθεια προγραμματισμού και σχεδιασμού δαπανών και ροής κεφαλαίου, cashflow, κάτι που δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο τον έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της λειτουργίας των Μονάδων Υγείας συνολικά. Σε όλα αυτά, έρχεται να προστεθεί ένα μη ευέλικτο σύστημα Δημοσίων Προμηθειών, ένα δαιδαλώδες πλαίσιο διαγωνιστικών διαδικασιών, παράμετροι οι οποίοι έχουν ως αποτέλεσμα την ανορθολογική κατανομή πόρων, και την πλήρη αποδιοργάνωση του ΕΣΥ, καθώς η ανυπαρξία σχεδιασμού οδηγεί στην κάλυψη των τρεχουσών και επείγουσών αναγκών και καταστρατηγείται κάθε μορφή ιεράρχησης, προτεραιοποίησης και στρατηγικού σχεδιασμού. Η ανορθολογική κατανομή πόρων δημιουργεί και διευρύνει την κοινωνική ανισότητα εντός και εκτός του Συστήματος Υγείας καθώς και τις ανισότητες ως προς την αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των πολιτών, κάτι που έχει ως άμεση επίπτωση την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη και την πρόκληση κοινωνικής δυσαρμονίας και προστριβών. Όλα αυτά, παρά το γεγονός ότι κατά τα έτη 2000 έως 2016, το ιατρικό δυναμικό της χώρας γνώρισε υπερδιπλάσια αύξηση σε απόλυτα μεγέθη, και ενώ το φαινόμενο της ιατρικής μετανάστευσης (Brain Drain), ήταν σε πλήρη εξέλιξη, βλ. Γράφημα 1.1. Στο εν λόγω γράφημα παρατηρείται ότι ενώ η Ελλάδα γνώρισε μια αλματώδη αύξηση στον αριθμό των γιατρών κατά τα έτη 2000 έως 2016, η «κακή» – μη ορθολογική κατανομή του προσωπικού και οι τάσεις συγκέντρωσης στα μεγάλα αστικά κέντρα, συντελούν στην μη ορθολογική στελέχωση, ειδικά στην περιφέρεια – επαρχία της χώρας.

Γράφημα 1.1: Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: διαΝΕΟσις: «Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Σεπτέμβριος 2020

1.3.5 Το Ανθρώπινο Δυναμικό στο ΕΣΥ

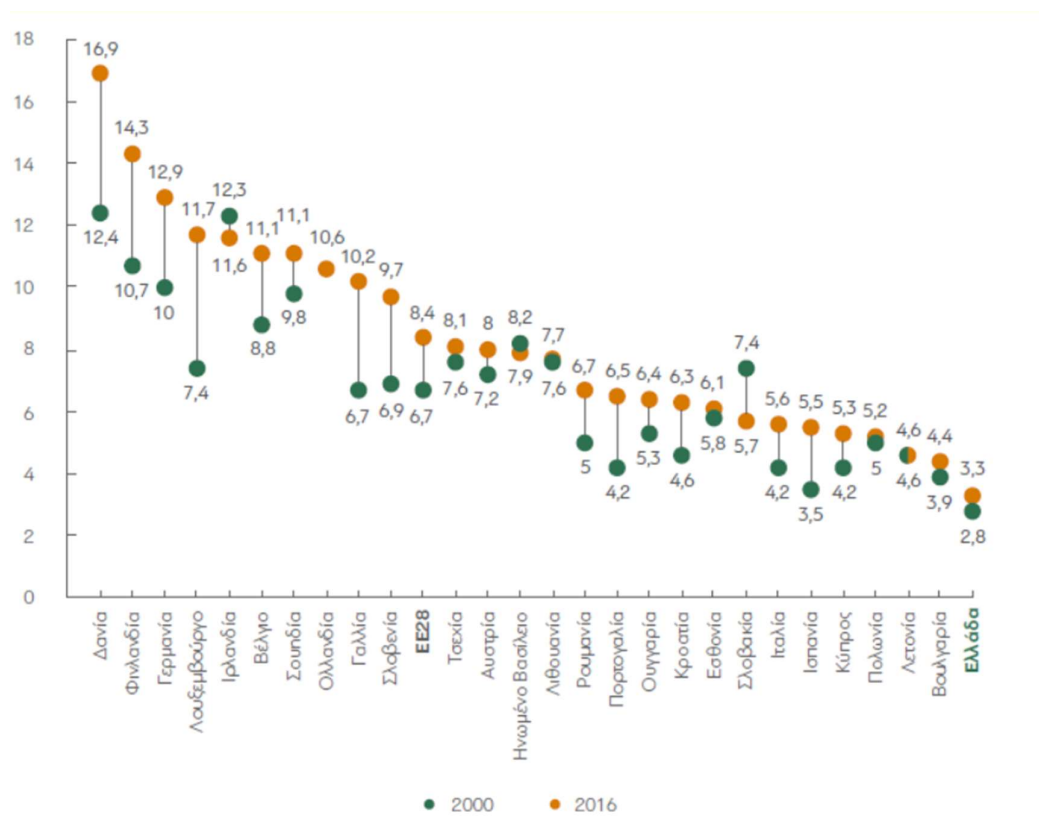
Στο ίδιο μήκος κύματος, κινείται και η Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού. Το πρόβλημα της υποστελέχωσης ή μάλλον καλύτερα της μη ορθολογικής στελέχωσης, ποιοτικά και ποσοτικά, είναι πασιφανές σε κάθε βαθμίδα, επίπεδο και Μονάδα Υγείας (βλ. Πίνακα 1.1). Το ΕΣΥ είναι βαθιά ποιοτικά και ποσοτικά υποστελεχωμένο. Ουσιαστικά, το ΕΣΥ είναι οι άνθρωποι του. Συνεπώς, αν συνυπολογίσουμε ότι αναφερόμαστε σε οργανισμούς εντάσεως εργασίας, οι ελλείψεις τόσο σε ιατρικό όσο και σε νοσηλευτικό προσωπικό, βλ. Γράφημα 1.2, είναι πραγματικά πολύ μεγάλες και εμφανίζουν μεγάλη διακύμανση από ΥΠε σε ΥΠε.

Πίνακας 1.1 Ιατρικό & Νοσηλευτικό Δυναμικό ανά Πληθυσμό, ανά Κλίνη σε κάθε ΥΠε

	Πληθυσμός 2011	Ανεπτυγμένες Κλίνες	Ιατρικό Προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό / 1.000 Κατοίκους	Ιατρικό Προσωπικό / Κλίνη	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό / Κλίνη	Νοσηλευτικό Προσωπικό / 1.000 Κατοίκους
ΥΠε 1	2.551.170	8.952	5.077	1,99	0,57	5.630	0,63	2,21
ΥΠε 2	1.767.580	4.098	1.934	1,09	0,47	2.394	0,58	1,35
ΥΠε 3	1.143.290	3.473	1.561	1,37	0,45	2.000	0,58	1,75
ΥΠε 4	1.619.590	4.909	2.292	1,42	0,47	3.089	0,63	1,91
ΥΠε 5	1.277.600	2.613	1.177	0,92	0,45	1.863	0,71	1,46
ΥΠε 6	1.805.290	5.108	2.278	1,26	0,45	3.091	0,61	1,71
ΥΠε 7	621.340	2.144	994	1,60	0,46	1.253	0,58	2,02
Σύν.	10.785.860	31.297	15.313	1,42	0,49	19.320	0,62	1,79

Πηγή: ΙΚΠΗ (2012)

Γράφημα 1.2: Νοσηλευτές/-τριες ανά 1.000 κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: διαΝΕΟσις: «Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Σεπτέμβριος 2020

Έχοντας φτάσει στην τέταρτη δεκαετία λειτουργίας του, το ΕΣΥ, δείχνει πλέον την ηλικία του καθώς και την ηλικία των πρωταρχικών συντελεστών και στελεχών του. Καθημερινά, οι διοικήσεις των Μονάδων Υγείας έρχονται αντιμέτωπες με τη γήρανση του υγειονομικού πληθυσμού / προσωπικού, με το αδυσώπητο πλέον κύμα των συνταξιοδοτήσεων, καθώς όσοι διορίστηκαν στο

ΕΣΥ κατά τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του, βρίσκονται ή και έχουν ξεπεράσει ήδη, το όριο συνταξιοδότησης. Αυτή η παράμετρος αναμένεται να δημιουργήσει ακόμα μεγαλύτερα προβλήματα και ελλείψεις, καθώς αυτή η εξίσωση δεν λύνεται απλά με μια αριθμητική αντικατάσταση. Ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, διευθυντές κλινικών και μονάδων αποχωρούν μαζικά λόγω συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας, αφήνοντας ένα μεγάλο ποιοτικό κενό στις Μονάδες Υγείας. Η συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία τους είναι ένα σημαντικό «περιουσιακό» στοιχείο που θα λείπει από το ΕΣΥ και από σχεδόν όλες τις Μονάδες Υγείας ανά την Επικράτεια, και αυτό δεν αναπληρώνεται με μια απλή αριθμητική αντικατάσταση, με μια προκήρυξη θέσης.

Στο ίδιο θέμα, της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ, οφείλουμε να αναφερθούμε στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει το ΕΣΥ σήμερα. Ειδικά, όσον αφορά σε παλαιότερης γενιάς στελέχη, απουσιάζει κάθε έννοια και μορφή ουσιαστικής αξιολόγησης και αξιοποίησης των στελεχών ως προς τις πραγματικές ανάγκες των Μονάδων Υγείας και τα προσόντα καθώς και οι ικανότητες είναι τουλάχιστον ελλιπή και σίγουρα αναντίστοιχα προς τον ρόλο και την ευθύνη που καλείται να διαδραματίσει ένα σύγχρονο, ευέλικτο, ασφαλές και αποτελεσματικό Σύστημα Υγείας στις μέρες μας. Όλα αυτά τα στελέχη προσέφεραν στο ΕΣΥ από τις θέσεις τους αλλά πλέον καλούνται να λειτουργήσουν σε ένα εντελώς διαφορετικό πλαίσιο, ένα περιβάλλον με αυξημένες απαιτήσεις και ανάγκες. Δυστυχώς, η έλλειψη ουσιαστικής εκπαιδευτικής πολιτικής και τα ανενεργά (διακοσμητικά) ουσιαστικά γραφεία Ποιότητας, Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Κατάρτισης, δεν έχουν αποτρέψει την εσωτερική απαξίωση των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων αυτών των στελεχών, τα οποία καλούνται να ανταποκριθούν σε ένα σύγχρονο περιβάλλον ενός Οργανισμού ή Μονάδας Υγείας εντάσεως εργασίας, με παρωχημένες δεξιότητες και προσόντα, κάτι που έχει άμεση, αρνητική επίδραση, στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η πανδημία SARS Covid-19, ανέδειξε ένα ακόμα πρόβλημα, αυτό της χρόνιας κόπωσης του γερασμένου και κακώς κατανεμημένου προσωπικού του ΕΣΥ, χωρίς να έχει προβλεφθεί κανένας μηχανισμός ανανέωσης του προσωπικού. Η ένταση του φαινομένου της πανδημίας οδήγησε στο σύνδρομο της εξουθένωσης, το περίφημο burn – out syndrome, το οποίο έρχεται να προστεθεί στο ταλαιπωρημένο ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ. Παντελώς απύσχα επίσης η σύνδεση του αποτελέσματος με την αμοιβή. Η απόδοση και η αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας φαντάζει ως κάτι απόμακρο και ξεκομμένο από την καθημερινή λειτουργία των Μονάδων Υγείας. Κατά συνέπεια, έννοιες και νοοτροπία ποιότητας και ασφάλειας είναι ξένα προς την πλειοψηφία του στελεχιακού δυναμικού του ΕΣΥ, κάτι που αντανakλάται στην παντελή έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Δεν προκαλεί επίσης εντύπωση ότι ενώ η χώρα μας έχει

έναν από τους μεγαλύτερους αριθμούς γιατρών ανά 1.000 κατοίκους, βλ. Πίνακα 1.2, εντούτοις, η παροχή των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από χαμηλή ποιότητα και ο τελικός αποδέκτης, ο πολίτης, ο συμπολίτης μας, μένει δυσαρεστημένος, δύσπιστος και ανασφαλής. Κάθε προσπάθεια ανταμοιβής, ηθικής και υλικής, πέφτει στο κενό, καθώς συντεχνιακά συμφέροντα και συνδικαλιστικές πρακτικές ισοπεδώνουν τα πάντα, καθιστώντας την όποια προσπάθεια ανταμοιβής των άξιων και ικανών, ως επιδοματική πολιτική στο σύνολο του εργασιακού δυναμικού, εξαλείφοντας κάθε ενδιαφέρον και κίνητρο των ευσυνείδητων στελεχών.

Πίνακας 1.2 Πλήθος Ιατρικού Προσωπικού, ανά ειδικότητα ανά χίλιους κατοίκους (2013-2017)

	2013	2014	2015	2016	2017
Σύνολο	5,9	5,9	5,9	6,1	6,1
Γενική Ιατρική	0,3	0,3			
Παιδιατρική	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Μαιευτική - Γυναικολογία	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Ψυχιατρική	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Νοσοκομειακές Ειδικότητες	2	2	2,1	2,2	2,2
Χειρουργική	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2
Λοιπές Ειδικότητες	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5

Πηγή: Eurostat 2018b

1.3.6 Χαμηλή Διείσδυση της Πληροφορικής, των Νέων Τεχνολογιών & του Ψηφιακού Μετασχηματισμού

Συναφές με το θέμα της Διαχείρισης του Ανθρώπινου Δυναμικού και των δεξιοτήτων του, είναι το ζήτημα της εξαιρετικά χαμηλής διείσδυσης της Πληροφορικής και των νέων Τεχνολογιών Πληροφορικής & Επικοινωνίας (ΤΠΕ) στα Νοσοκομεία και τις Μονάδες Υγείας. Οι όποιες προσπάθειες έγιναν κατά το παρελθόν, είχαν έντονα αποσπασματικό και ευκαιριακό χαρακτήρα, στηριζόμενες τις περισσότερες φορές σε πρόσωπα και όχι σε διαδικασίες, κάτι που αναιρούσε την πολυπόθητη συνέχεια στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς ακόμα και αυτές οι αποσπασματικές ενέργειες, αναιρούνταν από την επόμενη Κυβέρνηση, την επόμενη πολιτική ηγεσία και τις νέες διοικήσεις των Μονάδων Υγείας. Φιλόδοξες προσπάθειες Ψηφιακού Μετασχηματισμού βρίσκονται αντιμέτωπες με διαχρονικές παθογένειες: έλλειψη οράματος και σχεδιασμού, πολύπλοκες και διαβλητές διαδικασίες προμηθειών, αδράνεια των στελεχών πληροφορικής για να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες των Μονάδων Υγείας, χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων και προσόντων του

ανθρώπινου δυναμικού, έλλειψη εκπαίδευσης σε Νέες Τεχνολογίες κ.ο.κ. Μόνο πρόσφατα με την δημιουργία του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης, βλέπουμε ότι κάτι αλλάζει και ότι έννοιες όπως είναι ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός μπαίνουν για τα καλά στο λεξιλόγιο και κυρίως στην καθημερινότητα των υγειονομικών. Ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός όμως, είναι κάτι πολύ περισσότερο από μια τάση ή μόδα της εποχής. Με τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό, εκσυγχρονίζονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το ΕΣΥ στο σύνολό του αποκτά διαφάνεια και ποιότητα και μειώνονται οι «παρεμβάσεις» σε κάθε επίπεδο, από την επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία ενός Νοσοκομείου μέχρι την Λίστα Χειρουργείου. Μειώνονται οι κοινωνικές ανισότητες και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παύει να είναι προνόμιο συγκεκριμένων ομάδων και πλέον το σύνολο του πληθυσμού δύναται να έχει ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός μειώνει επίσης και την πίεση που υπάρχει στη στελέχωση των Μονάδων Υγείας, καθώς πολλές επαναλαμβανόμενες, χαμηλής εξειδίκευσης, εργασίες ρουτίνας, περνάνε στον Ψηφιακό Μετασχηματισμό των Μονάδων Υγείας.

1.3.7 Ανεπαρκής Λειτουργία και Οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η έλλειψη σχεδιασμού και οράματος, φαίνεται επίσης και στο θέμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η ΠΦΥ, ενώ θα έπρεπε να είναι η ραχοκοκαλιά του ΕΣΥ και να αποτελεί έναν σημαντικό εταίρο της Δημόσιας Υγείας στο θέμα της πρόληψης, αλλά και να λειτουργεί ως ανάσχεση, ως ανάχωμα, πριν ο ασθενής οδηγηθεί σε ένα δευτεροβάθμιο πάροχο υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα Νοσοκομεία, δυστυχώς δεν επιτελεί τον ρόλο της. Αυτός ακριβώς είναι ο ρόλος της ΠΦΥ, όπως ακριβώς λειτουργεί και στο αντίστοιχο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, το περίφημο NHS, το οποίο αποτελεί άλλωστε τον πνευματικό πατέρα του ΕΣΥ. Λόγω της ανυπαρξίας της ΠΦΥ, το ΕΣΥ, ο κύριος και αποκλειστικός πυλώνας της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, καθίσταται πλέον νοσοκομειακοκεντρικός, κάτι που αποδεικνύεται από την συνεχώς αυξανόμενη προσέλευση των ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) των Νοσοκομείων και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) όπως θα δούμε παρακάτω στο Κεφάλαιο 3, με στοιχεία να υποστηρίζουν ότι ένα ποσοστό της τάξης του 40% των συμπολιτών μας που φτάνουν στο ΤΕΠ, θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί επαρκώς στην ΠΦΥ. Η χρόνια υστέρηση της ΠΦΥ έχει αλυσιδωτές αντιδράσεις. Με την πρόληψη να είναι απύσχα στη Δημόσια Υγεία στη χώρα μας, το ΕΣΥ εστιάζει υποχρεωτικά στο θεραπεύειν, επιβαρύνοντας τόσο τα ήδη επιβαρυσμένα Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Νοσηλευτικά Ιδρύματα, δηλαδή τα Νοσοκομεία, όσο και αυξάνοντας τη συνολική δαπάνη στην υγεία, καθώς είναι γνωστό ότι η πρόληψη σώζει ζωές αλλά έχει και σημαντικά χαμηλότερο κόστος από την θεραπεία ή την απαιτούμενη λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας, επεμβατικής παρέμβασης, όταν πλέον το περιστατικό βρίσκεται ή

φτάνει σε οξεία φάση αντιμετώπισης. Το ΕΣΥ και σε αυτόν τον τομέα, στον τομέα της Πρόληψης της Δημόσιας Υγείας, έχει χαμηλό δείκτη απόδοσης και φαίνεται ξεκάθαρα ότι υπολείπεται συγκρινόμενο με τα αντίστοιχα Εθνικά Συστήματα Υγείας άλλων χωρών, καθώς εστιάζει σχεδόν νομοτελειακά, στη θεραπεία και αντιμετώπιση των ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, εκτός από την αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την πρόκληση κοινωνικής αναταραχής. Όταν μεγάλη μερίδα ή τμήματα του γενικού πληθυσμού είναι αποκομμένα από τις υπηρεσίες υγείας όπως είδαμε νωρίτερα, και ειδικά στον τομέα της Πρόληψης της Δημόσιας Υγείας, αυτό έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής αυτών των ασθενών, στη λειτουργικότητά τους αλλά ο μεγαλύτερος κίνδυνος που εγκυμονείτε, είναι η αρνητική επίπτωση στο προσδόκιμο ζωής, καθώς μεγάλα κοινωνικά στρώματα και ομάδες πληθυσμού στερούνται ουσιαστικής πρόσβασης στο ΕΣΥ. Δυστυχώς όλο αυτό ανατροφοδοτεί τον φαύλο κύκλο που αναλύεται στις κακές υπηρεσίες υγείας, την εκτίναξη του κόστους, την κοινωνική δυσарέσκεια και την έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στο ΕΣΥ. Είναι βέβαιο ότι χωρίς γενναίες πολιτικές αποφάσεις, μεταρρυθμίσεις και διαρθρωτικές αλλαγές στην ΠΦΥ, το ΕΣΥ όλο και θα διολισθαίνει προς ένα απολίθωμα υπηρεσιών, με γερασμένο προσωπικό, άτολμο και παρωχημένο, το οποίο θα συνεχίσει να παρέχει υπηρεσίες υγείας κάτω του μετρίου, αδυνατώντας να αντιληφθεί στοιχειώδεις ανάγκες υγείας.

1.3.8 Κλινική Αποτελεσματικότητα & Κατευθυντήριες Γραμμές

Η Κλινική Αποτελεσματικότητα είναι ένα ακόμα μελανό σημείο του ΕΣΥ, καθώς είναι προφανές ότι δεν υπάρχει επαρκής Κλινική Αποτελεσματικότητα σύμφωνα με τα νέα δεδομένα της Κλινικής Διακυβέρνησης, καθώς και με τα ποιοτικά κριτήρια και τις οδηγίες (guidelines) όλων των Διεθνών Οργανισμών, όπως είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ – WHO), ο ΟΟΣΑ και ο Joint Commission International (JCI). Η ποιότητα και η ασφάλεια της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας είναι ασαφώς ορισμένες και διόλου τεκμηριωμένες. Τα Γραφεία και Τμήματα Ποιότητας των Νοσοκομείων δεν έχουν καταφέρει να φέρουν στο προσκήνιο την ανάγκη για ποιότητα και ασφάλεια και μοιάζουν αγκιστρωμένα σε θεωρητικά, ακαδημαϊκής προσέγγισης μοντέλα θεωριών, τα οποία δεν άπτονται της καθημερινής επιχειρησιακής λειτουργίας των Νοσοκομείων και των λοιπών Μονάδων Υγείας. Πέρα από την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αυτό έχει άμεσο αρνητικό αντίκτυπο και στην αύξηση του κόστους νοσηλείας, καθώς δεν δίδεται η έμφαση στην πρόληψη του λάθους ή των μη βέλτιστων πρακτικών κατά την παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επανεισαγωγή των ασθενών στα Νοσοκομεία, το οποίο σε συνδυασμό με την επιδείνωση όλων των λεγόμενων «σκληρών» δεικτών, λοιμώξεις, επανεισαγωγές κ.ο.κ., όχι απλά εκτινάσσουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, αλλά έχουν και πολύ σημαντικές συνέπειες στην ποιότητα της ζωής και την λειτουργικότητα των ασθενών

και κυρίως, στο προσδόκιμο ζωής τους. Η χαμηλή Κλινική Αποτελεσματικότητα οδηγεί στην αύξηση των δαπανών υγείας τόσο εντός του ΕΣΥ όσο και στο σκέλος της ιδιωτικής δαπάνης. Ο ασθενής ο οποίος δυσπιστεί ως προς το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και νιώθει ανασφάλεια για το σημαντικότερο αγαθό της ζωής του, την υγεία, «ωθείται» στον ιδιωτικό τομέα, προς τις ιδιωτικές κλινικές, γιατρούς και εργαστήρια, προκειμένου να έχει και μια δεύτερη γνώμη, κάτι που εκτινάσσει την συνολική δαπάνη υγείας του πληθυσμού στα ύψη, στην προσπάθειά του να νιώσει μεγαλύτερη ασφάλεια από αυτήν που νιώθει στην αλληλεπίδρασή του με το ΕΣΥ. Έτσι, ο φαύλος κύκλος της δυσανάλογης αύξησης των δαπανών για την υγεία σε σχέση με το αποτέλεσμα, την Κλινική Αποτελεσματικότητα και το θεραπευτικό αποτέλεσμα ειδικά ως προς την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, τροφοδοτείται στο διηνεκές. Χαμηλή αποτελεσματικότητα, επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κάτω του μετρίου, χαμηλή ανταποδοτικότητα του ΕΣΥ.

1.3.9 Το ΕΣΥ – Σύνοψη

Συνοψίζοντας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει απωλέσει την επαφή του με την κοινωνία και το όποιο κοινωνικό του έρεισμα. Ο πολίτης στέκεται δύσπιστος και δυστυχώς πολλές φορές απέναντι στο ΕΣΥ, καθώς λαμβάνει μέτριες υπηρεσίες υγείας χωρίς να έχει εύκολη ή ισότιμη πρόσβαση σε αυτές. Το ΕΣΥ αδυνατεί να αφουγκραστεί τις ανάγκες της κοινωνίας και να παρακολουθήσει τις σύγχρονες δημογραφικές τάσεις και εξελίξεις. Η αποδοτικότητα του ΕΣΥ, η ανορθολογική κατανομή πόρων και η κακοδιαχείριση, έχουν φέρει στην επιφάνεια όλες τις παθογένειες του συστήματος, οι οποίες χωρίς όραμα, σχέδιο και γενναίες πολιτικές αποφάσεις, θα οδηγήσουν στον μαρασμό και την αποξένωση του ΕΣΥ. Το αναχρονιστικό και παρωχημένο μοντέλο (κακό)διοίκησης έφτασε το ΕΣΥ στα όρια του. Χρειάζεται όραμα, σχέδιο και ελπίδα διότι μεταξύ άλλων αρνητικών επιπτώσεων, το Brain Drain θα ενταθεί. Το ΕΣΥ αιμορραγεί από την μειωμένη αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του. Υπερδαπανά για κάτι που δεν αντιμετώπισε επαρκώς εξ αρχής: την εφαρμογή της Πρόληψης της Δημόσιας Υγείας όπως αυτή θα έπρεπε να εκφράζεται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Επιπλέον, οι υπηρεσίες που παρέχει είναι χαμηλής ποιότητας και μέτριας Κλινικής Αποτελεσματικότητας. Οι Μονάδες Υγείας δεν δύνανται να ανταποκριθούν στον ρόλο τους. Ο πολίτης νιώθει ξένος και αποκομμένος από το ΕΣΥ και δυσκολεύεται να έχει πρόσβαση σε αυτό. Είναι πλέον προφανές ότι το μοντέλο οργάνωσης, συντονισμού και διοίκησης του ΕΣΥ, πρέπει να αλλάξει. Δεν υπάρχει συνέχεια στην Δημόσια Διοίκηση και έχει παρατηρηθεί μεγάλη ατολμία όσον αφορά τις απαιτούμενες διαρθρωτικές αλλαγές, τις τομές και τον ανασχεδιασμό που τόσο έχει ανάγκη του Εθνικό Σύστημα Υγείας. Χωρίς αυτά, το μέλλον είναι αμφίβολο. Το ΕΣΥ *πλέει ακυβέρνητο, χωρίς πυξίδα και προσανατολισμό.*

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ΕΣΥ χρειάζεται ένα νέο μοντέλο οργάνωσης, συντονισμού και διοίκησης. Χρειάζεται όραμα, σχέδιο και άξονες στρατηγικές με συγκεκριμένες και κοστολογημένες δράσεις και ενέργειες. Χρειάζεται καταγραφή και ιεράρχηση, συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα των παρεμβάσεων, με σαφώς και επαρκώς τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων και προσδοκώμενων ωφελειών στον υγειονομικό χάρτη της χώρας και κατ' επέκταση στην κοινωνία. Αυτό δύναται να προκύψει μέσα από σαφή στοχοθεσία, με εξασφαλισμένους πόρους για τις όποιες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις απαιτηθούν, συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο και κυρίως, πολιτική βούληση. Δεν υπάρχει άλλο περιθώριο για την επικράτηση μυωπικών αντιλήψεων ούτε της λογικής «βλέπουμε και κάνουμε». Η πολιτική και επικοινωνιακή διαχείριση του ευαίσθητου χώρου της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί, ιδιαίτερα δαπανηρή, καταστροφική και επικίνδυνη για την υγεία, την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο ζωής των πολιτών της χώρας. Χρειάζεται έμφαση στον ορθολογικό ανασχεδιασμό των επιχειρησιακών λειτουργιών του – νέου – ΕΣΥ, με παράλληλη έμφαση στην ποιότητα και την ασφάλεια, για να ασκεί πρόληψη, να προλαμβάνει ή να περιορίζει της επιπτώσεις του ιατρονοσηλευτικού λάθους, και προκειμένου να αυξήσει την ασφάλεια και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω και από την υιοθέτηση σύγχρονων ΣΔΠ και διεθνών κατευθυντήριων γραμμών κλινικής αντιμετώπισης και αποτελεσματικότητας.

1.4 Ο Νοσοκομειακός Χάρτης της Ελλάδας Σήμερα

Ως αναπόσπαστο μέρος του ΕΣΥ, τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία δεν θα μπορούσαν να αποκλίνουν κατά πολύ από τις παθογένειες του ίδιου του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ένα παραπάνω, καθώς όπως προαναφέρθηκε, η απουσία της ΠΦΥ τόσο στην Πρόληψη της Δημόσιας Υγείας όσο και ως σχεδιασμός «ανάσχεσης» και πρώτης επαφής με τον πολίτη στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας, έχει μετατοπίσει το σύνολο σχεδόν των υπηρεσιών υγείας στα Νοσοκομεία και έχει καταστήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας νοσοκομειοκεντρικό. Πολλές παθογένειες του ΕΣΥ συναντώνται στα 127 Νοσοκομεία της χώρας, είτε επειδή ο ασθενής – πάσχων πολίτης καταλήγει εκεί λόγω μη (επαρκούς) αντιμετώπισης του στην ΠΦΥ, είτε νομοτελειακά στα Νοσοκομεία, καθώς αυτά αποτελούν σε πολλές περιπτώσεις τον κύριο και μοναδικό πυλώνα παροχής και τον αποκλειστικό εκφραστή της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Τα Νοσοκομεία συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, προσφέροντας υπηρεσίες μέτριας ποιότητας στους ασφαλισμένους, (Economidou et al., 2017). Το νομοθετικό πλαίσιο το οποίο διέπει την λειτουργία των Νοσοκομείων παρατίθεται στο Παράρτημα Β.

1.4.1 Δομή του Νοσοκομειακού Χάρτη της Ελλάδας

Όπως προαναφέρθηκε, ο Νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα αποτελείται από 127 Νοσοκομεία τα οποία ακολουθούν τη διοικητική διάρθρωση και δομή του ΕΣΥ και υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε), δες Πίνακα 1.3. Αναμφισβήτητα, διαπιστώνονται (Πίνακας 1.3) έντονες τάσεις συγκέντρωσης γύρω από τα μεγάλα αστικά κέντρα – η Αττική συγκεντρώνει το 43% των διαθέσιμων κλινών της χώρας – και τις πρωτεύουσες των νομών, ωστόσο η διασπορά των Νοσοκομείων κρίνεται επαρκής, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες σε βασικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες, όπως είναι ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους, δες Πίνακα 1.4, με μεγάλες ανισότητες να είναι κάτι παραπάνω από υπαρκτές, όπως παραδείγματος χάριν οι 2,05 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στην 5^η ΥΠε σε αντιδιαστολή με τις 3,45 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στην 7^η ΥΠε. Στο σύνολο υπάρχουν 45.267 νοσοκομειακές κλίνες διαθέσιμες στην Ελλάδα, με το 65% αυτών να διατίθεται από τα δημόσια Νοσοκομεία και το υπόλοιπο 35% να προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Και στον ιδιωτικό τομέα όμως παρατηρείται μια έντονη συγκέντρωση προκειμένου να διασφαλιστούν μεταξύ άλλων οικονομίες κλίμακας, οι οποίες θα προσδώσουν βιωσιμότητα στην ύπαρξη και λειτουργία των μονάδων αυτών. Σε αντίθεση με τον δημόσιο τομέα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές είναι κυρίως ειδικού ενδιαφέροντος, με την μερίδα του λέοντος να περιλαμβάνει μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές και επίσης αρκετές ψυχιατρικές κλινικές. Στον Ιδιωτικό Τομέα υπάρχουν

επίσης ορισμένα – λίγα – Νοσοκομεία υψηλής φήμης αλλά και υψηλού κόστους, τα οποία βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη και προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ιδιώτες και ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση, (Kondilis et al., 2011).

Πίνακας 1.3 Νοσοκομεία ανά Νομικό Τύπο, Μορφή Ιδιοκτησίας και Περιφέρεια (2017)

Περιφέρειες	Σύνολο		Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου		Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου		Ιδιωτικές Κλινικές	
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
	Αριθμός Θεραπευτηρίων	Αριθμός κλινών κλειστών νοσηλείας	Αριθμός Νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστών νοσηλείας	Αριθμός Νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστών νοσηλείας	Αριθμός Κλινικών	Αριθμός κλινών κλειστών νοσηλείας
Σύνολο	277	45.267	125	29.495	5	894	147	14.878
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	17	2.420	6	1.555	0	0	11	865
Κεντρική Μακεδονία	44	8.466	17	4.839	1	651	26	2.976
Δυτική Μακεδονία	9	1.101	5	666	0	0	4	435
Ήπειρος	7	1.439	6	1.424	0	0	1	15
Θεσσαλία	32	3.953	5	1.659	0	0	27	2.294
Στερεά Ελλάδα	10	880	8	826	0	0	2	54
Ιόνιοι Νήσοι	6	601	5	549	0	0	1	52
Δυτική Ελλάδα	16	1.998	11	1.614	0	0	5	384
Πελοπόννησος	10	1.266	8	1.216	0	0	2	50
Αττική	96	19.040	35	11.637	3	224	58	7.179
Βόρειο Αιγαίο	7	630	5	576	0	0	2	54
Νότιο Αιγαίο	8	1.057	6	929	1	19	1	109
Κρήτη	15	2.416	8	2.005	0	0	7	411

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017

Πίνακας 1.4 Κλίνες Ανά Πληθυσμό & Ανά ΥΠε (2012)

	Περιοχή Κάλυψης	Πληθυσμός 2011	Κλίνες	Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους
ΥΠε 1	Αθήνα, Ανατολική Αττική	2.551.170	8.952	3,51
ΥΠε 2	Πειραιάς, Δυτική Αττική, Αιγαίο	1.767.580	4.098	2,32
ΥΠε 3	Κεντρική & Δυτική Μακεδονία	1.143.290	3.473	3,04
ΥΠε 4	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	1.619.590	4.909	3,03
ΥΠε 5	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	1.277.600	2.613	2,05
ΥΠε 6	Πελοπόννησος, Ιόνιοι Νήσοι, Ήπειρος, Δυτική Ελλάδα	1.805.290	5.108	2,83
ΥΠε 7	Κρήτη	621.340	2.144	3,45

Πηγή: ΙΚΠΠ, 2012

Επιχειρώντας μια ακτινογραφία του Νοσοκομειακού Χάρτη Υγείας της χώρας, θα μπορούσαμε συνοπτικά να αναφερθούμε στα ακόλουθα.

1.4.2 Έλλειμμα Κλινικών Κατευθυντήριων Γραμμών

Υπάρχει ένα μεγάλο έλλειμμα κλινικών κατευθυντήριων γραμμών στα Νοσοκομεία της χώρας. Δεν υπάρχει σχεδόν καμία ομοιογένεια στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την υποκειμενική λήψη ιατρικών αποφάσεων. Αυτό πολλές φορές οδηγεί σε μια αυξημένη χρήση υπηρεσιών επείγουσας / αυξημένης ιατρικής φροντίδας, κάτι που έχει ως απόρροια όχι μόνο την αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και ασφάλεια της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Η δημιουργία του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητάς στην Υγεία (ΟΔΠΥ), ν.4715/2020 (ΦΕΚ Α'149), όπως θα δούμε στην συνέχεια, αναμένεται να συμβάλλει καθοριστικά προς την κατεύθυνση της υιοθέτησης διεθνών προτύπων ασφάλειας και ποιότητας στην παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα και αναμένεται μέσα και από την επιστράτευση δεικτών και διεθνών προτύπων, να φέρει έναν ορθολογισμό και μια συντεταγμένη πολιτική διαχείρισης και αντιμετώπισης των περιστατικών στα Νοσοκομεία της χώρας, μέσα και από την υιοθέτηση διεθνών κλινικών κατευθυντήριων γραμμών.

Τα νέα δεδομένα της Κλινικής Διακυβέρνησης, όπως θα δούμε και στο Κεφάλαιο 3, ορίζουν την ανάληψη της πλήρους ευθύνης από τους Συντονιστές Διευθυντές & Διευθυντές των Κλινικών –

Τμημάτων – Μονάδων, ενισχύοντας τη λογοδοσία και τη διαφάνεια αλλά κυρίως για να αντιληφθεί η ιατρική κοινότητα το βάρος και κυρίως το κόστος των κλινικών και μη αποφάσεων της και την κρισιμότητα του ρόλου της στη διαχείριση και αντιμετώπιση των περιστατικών. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, θα ενδυναμωθεί ο ρόλος του Διευθυντού Ιατρικής Υπηρεσίας (ΔΙΥ) καθώς και των Συντονιστών Διευθυντών & Διευθυντών, καθώς θα είναι υπεύθυνοι και υπόλογοι, εκτός από το κλινικό τους έργο και για την διαχείριση του κλειστού προϋπολογισμού των Κλινικών – Τμημάτων - Μονάδων τους, κάτι που αναμένεται να φέρει έναν επιπλέον εξορθολογισμό του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας όσο και από την μείωση της – αλόγιστης – φαρμακευτικής δαπάνης καθώς και των άπειρων εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων.

1.4.3 Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας του ΕΣΥ

Όπως προαναφέραμε, το ΕΣΥ φαίνεται πλέον αποπροσανατολισμένο και έχει χάσει την επαφή με τις ανάγκες και τις προσδοκίες της κοινωνίας. Καθημερινά υπάρχουν παράπονα από την χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο πολίτης είναι δυσαρεστημένος από την καθημερινή του επαφή και συνδιαλλαγή με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο ασθενής νιώθει ανήμπορος και ανασφαλής μέσα στο ΕΣΥ και αυτό αυξάνει την δυσπιστία με την οποία βλέπει πλέον το Εθνικό Σύστημα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα Future Proofing Healthcare, του 2018, η χώρα μας κατατάσσεται 19η στην ΕΕ των 28, αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μια ομολογουμένως αρκετά χαμηλή βαθμολογία. Αντίστοιχες χαμηλές βαθμολογίες έχει λάβει και σε εγχώριες μετρήσεις και έρευνες ικανοποίησης και ποιότητας, όπως του Σουλιώτη (2019). Το πλέον αξιοσημείωτο είναι ότι στις πρόσφατες μελέτες του Παρατηρητηρίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία (Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας, 2017, 2018) καταγράφεται για πρώτη φορά δυσαρέσκεια για το ΕΣΥ σε ίδιο ποσοστό τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας εδραιωμένης πλέον αντίληψης, η οποία μόνο συγκυριακή δεν είναι και φυσικά δεν οφείλεται σε στερεότυπα και προκαταλήψεις αλλά επιβεβαιώνεται από την αρνητική εμπειρία που αποκομίζουν οι πολίτες κατά την επαφή τους με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Είναι γεγονός ότι κάτι πρέπει να γίνει, είναι επιτακτική η ανάγκη λήψης διορθωτικών μέτρων και ενεργειών.

Αναμφίβολα, η υιοθέτηση και εφαρμογή σύγχρονων ΣΔΠ φαίνεται να κερδίζει έδαφος, με την πιστοποίηση Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων να είναι η πεπατημένη. Πρέπει όμως να αναρωτηθούμε, εάν είναι επαρκής. Επιπλέον ερώτημα είναι εάν μπορούμε να βελτιώσουμε το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μονάχα με την απόκτηση ενός, έστω σύγχρονου και απαιτητικού, Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας. Προφανώς, η απάντηση είναι όχι. Και αυτό

καθώς χρειάζεται καθολική, οριζόντια και κάθετη εκπαίδευση και επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού καθώς και ένα σύστημα αξιολόγησης, το οποίο θα εντοπίζει και θα βελτιώνει αδύνατα και καίρια σημεία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως η απόκριση, η ευελιξία κ.ο.κ, χωρίς να έχει τιμωρητικό χαρακτήρα, δίνοντας έμφαση στην βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τοποθετώντας τον πολίτη – ασθενή, στο επίκεντρο. Όλοι και όλα υπό κρίση, συνεχή αξιολόγηση και εκπαίδευση. Μια πρόταση θα μπορούσε να αποτελέσει η σύσταση ενός Τμήματος Οργάνωσης & Προγραμματισμού, ή και ακόμα καλύτερα, και ενός Τμήματος Επιχειρησιακής Αριστείας ή Κλινικής Αποτελεσματικότητας, τα οποία Τμήματα θα έπρεπε να είναι επιφορτισμένα με αυτήν ακριβώς την ευθύνη, του σχεδιασμού, του συντονισμού και της υλοποίησης ειδικών προγραμμάτων συνεχούς αξιολόγησης, εκπαίδευσης και κατάρτισης και της παρακολούθησης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

1.4.4 Αναχρονιστικό Μοντέλο Οργάνωσης και Κάλυψης Αναγκών

Ο Νοσοκομειακός χάρτης της χώρας μοιάζει να είναι επίσης καθηλωμένος σε μια άλλη εποχή, όπου τα προβλήματα υγείας και οι δημογραφικές τάσεις και τα προβλήματα ήταν εντελώς διαφορετικά, κάτι που καθιστά τις νοσοκομειακές υποδομές ακατάλληλες και μη επαρκείς – ποιοτικά και ποσοτικά – στην υποδοχή και διαχείριση αυτών των «νέων» περιστατικών και των έντονων δημογραφικών και κοινωνικών μεταβολών, Κυριόπουλος (2018). Ειδικότερα:

- Η πρόοδος των επιστημών και της ιατρικής καθώς και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, έχει αυξήσει το προσδόκιμο ζωής του γενικού πληθυσμού, κάτι που συντελεί στην αντιμετώπιση και διαχείριση περισσότερων γηριατρικών περιστατικών καθώς ο πληθυσμός της χώρας μας γερνάει και ασκεί πίεση και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Έχουμε επίσης έξαρση των χρόνιων εκφυλιστικών νόσων με ότι αυτό συνεπάγεται για την διαχείριση αυτών των περιστατικών καθώς και για την μετα-νοσοκομειακή τους φροντίδα και μέριμνα.
- Επίσης, υπάρχουν νέες διαγνωστικές μέθοδοι οι οποίες δεν δύναται να παρασχεθούν από την υπάρχουσα δομή και υποδομή των νοσοκομείων, καθώς αυτά είχαν σχεδιαστεί και δημιουργηθεί πριν από αρκετές δεκαετίες, όπου τα προβλήματα υγείας ήταν εντελώς διαφορετικά.

Όλα τα παραπάνω δείχνουν ένα μάλλον αποκομμένο Νοσοκομείο, τόσο από την κοινωνία και τις ανάγκες των ασθενών και συμπολιτών μας όσο και ένα Νοσοκομείο αποκομμένο από τις διεθνείς εξελίξεις και μεταβολές του κλάδου, κάτι το οποίο φέρνει επιτακτικά στην επιφάνεια τα όρια και τις παθογένειες του σημερινού μοντέλου οργάνωσης και διοίκησης. Υπάρχει ουσιαστικά μια

ανακολουθία, μια ασυνέπεια μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και των αναγκών υγείας του γενικού πληθυσμού. Η απόδοση και η αποδοτικότητα των Νοσοκομείων φθίνει, έχοντας εισέλθει σε ένα καθοδικό σπινάλι, καθώς εκτός από τις μέτριας ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες, τα Νοσοκομεία και η Δημόσια Υγεία εν γένει, έχουν χάσει την επαφή τους με τις ανάγκες υγείας του γενικού πληθυσμού, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική δυσπιστία και δυσaráεσκεια προς το ΕΣΥ. Ο Νοσοκομειακός χάρτης φαίνεται να ακολουθεί ένα μοντέλο αδράνειας και αυτισμού, ενώ καμία ΥΠε δεν έχει ουσιαστική παρεμβατική ισχύ και επάρκεια, ούτε μπορεί να διαμορφώσει ένα μοντέλο υγείας που να είναι πιο κοντά στις ανάγκες του πληθυσμού της, όπως συμβαίνει με την 7η ΥΠε, για παράδειγμα, όπου λόγω της έντονης τουριστικής έξαρσης κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, ασκούνται τρομακτικές πιέσεις στο Σύστημα Υγείας, το οποίο καλείται να καλύψει σε ένταση και εύρος τις υπηρεσίες υγείας ενός μεγάλου γεωγραφικού χώρου. Ουσιαστικά, δεν υπάρχει ένα ενιαίο, καθολικό πρότυπο οργάνωσης και επιχειρησιακής λειτουργίας των 127 Νοσοκομείων της χώρας.

1.4.5 Άνιση Κατανομή Πόρων

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό γνώρισμα του Νοσοκομειακού Τομέα της χώρας, είναι η άνιση και μη ορθολογική κατανομή πόρων, είτε αυτό σχετίζεται με το ανθρώπινο δυναμικό είτε με τις υποδομές και τον εξοπλισμό. Οι συντεχνίες, οι διάφορες ομάδες πίεσης, ο συνδικαλισμός καθώς και τα αναχρονιστικά μοντέλα διοίκησης του παρελθόντος, έχουν οδηγήσει σε μη ορθολογική κατανομή και στελέχωση του προσωπικού. Σε συνδυασμό με την μη ευέλικτη και προσαρμοστική μορφή λειτουργίας των Νοσοκομείων ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), όλα αυτά έχουν επιδεινώσει σημαντικά την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενώ παράλληλα αυξάνουν σημαντικά το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.4.6 Έλλειψη Διασύνδεσης μεταξύ των Νοσοκομείων

Άλλο ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των Νοσοκομείων της χώρας, είναι ότι λειτουργούν σαν ξεχωριστές νησίδες, χωρίς ουσιαστική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ τους. Δεν υπάρχει καμία διασύνδεση, πέρα από το επίπεδο των διακομιδών. Η δημιουργία διαύλων επικοινωνίας και διασύνδεσης, θα έλυνε πολλά προβλήματα καθώς δεν θα ήταν υποχρεωμένα όμορα Νοσοκομεία, τα οποία τις περισσότερες φορές για μικροπολιτικούς λόγους, αναπτύσσουν παρόμοιες κλινικές ή μονάδες, με αποτέλεσμα να γίνεται κακή κατανομή πόρων και να μπαίνουν εμπόδια για την περαιτέρω εξειδίκευση και ανάπτυξη εξειδικευμένων κέντρων / μονάδων / κλινικών, ως σημεία αναφοράς. Η λογική του ή *όλοι από κάτι ή τίποτα*, φαίνεται να έχει κερδίσει το στοίχημα. Σε ορισμένα Νοσοκομεία γίνεται υπέρ – εξαντλητική χρήση των πόρων, υποδομών και ανθρώπινου

δυναμικού, ενώ σε άλλα υπάρχει μια πλήρης αδράνεια και στασιμότητα και πλεόνασμα προσωπικού. Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η συζήτηση των τελευταίων ετών που αφορά στη συγκρότηση Συμπλεγμάτων και Δικτύων Νοσοκομείων, τα λεγόμενα Hub. Χωρίς να εμβαθύνουμε καθώς δεν είναι αυτός ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, με τον όρο Σύμπλεγμα Νοσοκομείων (Hospital Trust) και τον όρο Δίκτυο Νοσοκομείων (Hospital Network), αναφερόμαστε στις δομές συνεργαζόμενων Μονάδων Υγείας, Νοσοκομείων, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό (Smith & Goddard, 2009). Πέρα από την αποκέντρωση του Συστήματος Υγείας και την διοικητική αυτοτέλεια, η νέα δομή αναμένεται να:

- βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς θα αναπτύξει συνέργειες μεταξύ των Νοσοκομείων, ενώ παράλληλα θα μειώσει το κόστος,
- βελτιστοποιήσει τη χρήση των υποδομών, του εξοπλισμού και του προσωπικού των Νοσοκομείων καθώς στην προηγούμενη κατάσταση υπήρχαν Νοσοκομεία, τα οποία δεν ήταν επαρκώς εξοπλισμένα ή στελεχωμένα ή δεν τεκμηρίωναν την υπηρεσιακή ανάγκη για στελέχωση ειδικών τμημάτων, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα να παραμένει σε αχρησία εξοπλισμός εκατομμυρίων ευρώ, κάτι που δεν είναι σύνηθες στο ΕΣΥ, ενώ αυτοί οι πόροι θα μπορούσαν να είχαν αξιοποιηθεί προς κάποια άλλη κατεύθυνση,
- αυξήσει την χρησιμότητα και την επάρκεια των χρηματοδοτήσεων μέσα από την κατακόρυφη αύξηση της αποδοτικότητας του εξοπλισμού και της στελέχωσης, καθώς δεν θα υπάρχουν νεκροί χρόνοι, χαμηλή προσέλευση κ.ο.κ.

1.4.7 Κοστολόγηση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών

Η κοστολόγηση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών αποτελεί ένα μεγάλο μαύρο κουτί. Δεν υπάρχει ενιαίος τρόπος κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και κάθε Νοσοκομείο βαδίζει στο δικό του σκοτάδι. Ουδείς στην διοικητική ιεραρχία (Υπουργείο Υγείας, Υγειονομικές Περιφέρειες, Διοικήσεις Νοσοκομείων) φαίνεται να είναι σε θέση να γνωρίζει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που έχει η Μονάδα που διοικεί. Υπάρχει πανσπερμία Συστημάτων Κοστολόγησης ενώ τα περισσότερα Συστήματα Κοστολόγησης που εφαρμόζονται ανά την επικράτεια είναι υποκειμενικά και σίγουρα ανεπαρκή και μη ρεαλιστικά, στερώντας στην ουσία τη δυνατότητα από την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να προχωρήσει στην όποια διαρθρωτική αλλαγή. Το Υπουργείο Υγείας και το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (KETEKNY), καταβάλλουν μια πραγματικά φιλόδοξη προσπάθεια να αλλάξουν αυτή την κατάσταση. Βάσει του Νόμου 4286/2014 (Α' 194) τα Diagnostic Related Groups (DRG) θα είναι το

μοναδικό σύστημα αποτίμησης της αξίας των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών ή Κατανομής Αμοιβών των Νοσοκομείων. Υπάρχει ωστόσο έντονη κριτική στην επιχειρούμενη προσπάθεια που έχει ξεκινήσει με τα DRG, καθώς αυτά δεν περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και το κόστος μισθοδοσίας, έναν ιδιαίτερα υψηλό συντελεστή κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας δηλαδή, ειδικά όταν αναφερόμαστε σε έναν οργανισμό εντάσεως εργασίας όπως είναι τα Νοσοκομεία. Ως εκ τούτου, αντιλαμβανόμαστε ότι οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν, στερούν την έννοια και τα οφέλη της πλήρους κοστολόγησης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, και καθιστούν τις διοικήσεις ανήμπορες στην καλύτερη των περιπτώσεων να εφαρμόσουν σύγχρονα πρότυπα κοστολόγησης και τιμολόγησης των υπηρεσιών τους.

1.4.8 Χρηματοδότηση των Νοσοκομείων

Η χρηματοδότηση των Νοσοκομείων αποτελεί άλλο ένα παράδοξο, καθώς όπως προαναφέραμε, όταν δεν γνωρίζεις πόσο σου κοστίζει κάτι, πως είσαι σε θέση να γνωρίζεις αν λαμβάνεις επαρκή χρηματοδότηση; Η επόμενη πτυχή του παράδοξου στη χρηματοδότηση των Νοσοκομείων, ακούει στο όνομα ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ συμβάλλεται με όλα τα νοσοκομεία και αρχικά φιλοδοξούσε να αποτελέσει τον μοναδικό «αιμοδότη» των Νοσοκομείων, πλην των δαπανών μισθοδοσίας οι οποίες καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Δυστυχώς ο ΕΟΠΥΥ κατέληξε να είναι ίσως ο χειρότερος εφιάλτης των Διοικήσεων και των Οικονομικών Διευθύνσεων των Νοσοκομείων, καθώς εφαρμόζοντας ένα μοτίβο διαγραφών των οφειλών του προς τα Νοσοκομεία, τα περιβόητα write offs, στερεί πολύτιμους και απαραίτητους οικονομικούς πόρους από τα Νοσοκομεία της χώρας, δημιουργώντας όχι μόνο συνθήκες – απρόβλεπτης – οικονομικής ασφυξίας, αλλά οδηγώντας ολόκληρες διοικητικές δομές του υγειονομικού χάρτη της χώρας σε αδιέξοδο, καθιστώντας τις μη ικανές να λειτουργήσουν στοιχειωδώς και να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον γενικό πληθυσμό, κάτι που είναι πασιφανές στην περίπτωση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και την συνεπακόλουθη συρρίκνωση της ΠΦΥ

1.4.9 Ανάγκη για Διοικητικές Διαρθρωτικές Μεταβολές στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων

Τα Νοσοκομεία καταναλώνουν σημαντικά περισσότερους και μάλιστα δυσανάλογους πόρους για καθημερινή διαχείριση και λειτουργία, παρέχοντας μετρίου επιπέδου υπηρεσίες, και χωρίς να παράγουν γνώση. Υπάρχει επίσης μεγάλη ανάγκη για πλήρη και ριζική αναθεώρηση των Οργανισμών λειτουργίας των Νοσοκομείων. Οι Οργανισμοί αυτοί είναι αναχρονιστικοί και ακολουθούν ένα πραγματικά στενό, ανελαστικό μοντέλο λειτουργίας. Απαρχαιωμένες δομές και τρόποι λειτουργίας, ένα καθηκοντολόγιο που δεν ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες ενός υγειονομικού, είτε αναφερόμαστε στον γιατρό, είτε στον νοσηλευτή είτε στον διοικητικό. Η Κλινική

Διακυβέρνηση φέρνει νέα δεδομένα και υποχρεώσεις όπως θα δούμε στο τρίτο Κεφάλαιο της εργασίας, υιοθετώντας αυστηρά διεθνή πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τα οποία ξεφεύγουν από το επιδερμικό επίπεδο των περισσότερων Τμημάτων Ποιότητας και Εκπαίδευσης των Νοσοκομείων, καθώς απαιτούν ολιστική αντίληψη της πραγματικότητας μέσα από σύγχρονα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας και εκπαίδευσης και ξεφεύγουν από τα στενά όρια της ακαδημαϊκής περιγραφής και ανάλυσης. Πρέπει όμως και η ίδια η διοικητική διάρθρωση των Νοσοκομείων να αλλάξει προκειμένου να υιοθετήσει και να ενσωματώσει τα νέα δεδομένα. Νέα Κλινικά Τμήματα και Μονάδες όπως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ή Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ). Πέρα από το κλινικό και αμιγώς ιατρικό τομέα, τα Νοσοκομεία οφείλουν επίσης να δημιουργήσουν και νέα διοικητικά τμήματα: Τμήματα Επιχειρησιακής Αριστείας, Διευθύνσεις Κλινικής Διακυβέρνησης, και σε άμεση συνάρτηση με το θέμα της χρηματοδότησης, να δημιουργηθούν Τμήματα ή Διευθύνσεις Οργάνωσης και Μελετών και να βγουν τα Γραφεία ΕΣΠΑ από τον πάγο και την αδράνεια, προκειμένου να εκπονούν μελέτες και φακέλους με σκοπό την ωρίμανση των έργων και την απορρόφηση σημαντικών – κρίσιμων – οικονομικών πόρων για το μέλλον και την βιωσιμότητα του ΕΣΥ, και την πρόσβαση σε εθνικά και ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά προγράμματα και εργαλεία.

1.4.10 Διείσδυση Νέων Τεχνολογιών Πληροφορικής & Ψηφιακής Διακυβέρνησης – Άξονας e - Health

Κλείνοντας την συνοπτική αναφορά στον Νοσοκομειακό Χάρτη της χώρας δεν θα μπορούσαμε να εξαιρέσουμε τις Νέες Τεχνολογίες καθώς και τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό της Υγείας, σύμφωνα και με τα όσα εξετάσαμε στην προηγούμενη ενότητα. Αποτελεί κοινή παραδοχή, ότι ο κλάδος της Υγείας, ειδικά σε ότι αφορά στο Δημόσιο Τομέα, δεν θεωρείται πρωταθλητής στην χρήση Νέων Τεχνολογιών Πληροφορικής και Ψηφιακής Διακυβέρνησης. Με την έλευση της πανδημίας και την ανάπτυξη και διάθεση καινοτόμων ψηφιακών υπηρεσιών από το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το ηλεκτρονικό πιστοποιητικό εμβολιασμού, η πραγματοποίηση ηλεκτρονικών ραντεβού για εμβολιασμό κ.ο.κ, ο κάθε πολίτης άρχισε να ζητάει την ψηφιοποίηση όλων των υπηρεσιών υγείας, κύριων και συμπληρωματικών. Ο άξονας e-Health, αν και είναι ακόμα σε βρεφικό στάδιο, έχει όλες τις περγαμινές για να πετύχει και να αλλάξει μια και καλή την διεπαφή και τη συνδιαλλαγή των πολιτών με την Ελληνική Δημόσια Διοίκηση, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος «Πανάκεια» και το πρωτοπόρο σύστημα DRG, είναι πλέον πολιτική βούληση να εφαρμοστεί σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας. Η επιτυχής πιλοτική εγκατάσταση των δυο παραπάνω συστημάτων στα Νοσοκομεία της 7ης ΥΠε, αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση και

μια καλή πρακτική στο πλαίσιο της Χρηστής Δημόσιας Διοίκησης. Ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός όμως, είναι κάτι παραπάνω από μια πολιτική απόφαση ή μια τάση των καιρών, η καλύτερη περιγραφή είναι ότι αποτελεί κοινωνική προσταγή και ανάγκη. Η ανάγκη για πληροφόρηση, η ανάγκη του Υγειονομικού Συστήματος για εξωστρέφεια, η εφαρμογή της διαφάνειας και τις ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο της χρηστής Δημόσιας Διοίκησης και των Καλών πρακτικών, αποτελούν μια αναγκαιότητα. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να πάρει τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων από το κινητό του τηλέφωνο οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, χωρίς να είναι δέσμιος συγκεκριμένης ώρας και χωρίς να χρειάζεται να μεταβεί στο χώρο του Νοσοκομείου. Ομοίως και για να κλείσει ένα ραντεβού με τον γιατρό της ειδικότητας που επιθυμεί. Η υγεία δεν μας προειδοποιεί ούτε έχει προκαθορισμένα χρονικά σημεία επιδείνωσης, ούτε δύναται να χωρέσει στο τυπικό ωράριο λειτουργίας μιας δημόσιας υπηρεσίας.

Επίσης, δεν νοείται την δεύτερη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα να μην υπάρχει Ενιαίο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (ΟΠΣ) για όλες τις Μονάδες Υγείας της χώρας. Το Υπουργείο Υγείας και η Κυβέρνηση πρέπει να έχουν πληροφόρηση σε πραγματικό χρόνο, έγκυρη και αξιόπιστη. Πρέπει να αναπτυχθεί ένα Business Intelligence Information System, (BI), το οποίο θα παρέχει όλη την πληροφορία από όλες τις Μονάδες Υγείας ανά την επικράτεια, σε πραγματικό χρόνο, και το οποίο θα ικανοποιεί όλες τις ανάγκες πληροφόρησης, reporting και τεκμηρίωσης των βαθμίδων της διοικητικής διάρθρωσης του Συστήματος Υγείας.

Όπως, επίσης, δεν υπάρχει κανένας λόγος για τη χρήση ακτινογραφιών όταν έχουμε τέτοια τεχνολογική πρόοδο σε μέσα και συστήματα απεικόνισης. Ένα ενιαίο, διασυνδεδεμένο καθολικό σύστημα απεικονιστικών εξετάσεων θα έλυνε αυτό το πρόβλημα μια και καλή, επιτρέποντας την κατανομή πολύτιμων πόρων προς άλλη κατεύθυνση και συμβάλλοντας στην ευελιξία και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας υγείας. Και φυσικά, όλο αυτό το Σύστημα, να συνδεθεί με τον Ηλεκτρονικό Ιατρονοσηλευτικό Φάκελο Ασθενούς, μέσω του οποίου ο ασθενής αλλά και ο εκάστοτε ιατρός θα έχει πρόσβαση παντού, ανά πάσα στιγμή. Ο άξονας e-Health έχει επίσης να προσφέρει πολλά στην ΠΦΥ Η τηλεϊατρική έχει προχωρήσει πολύ στις ημέρες μας. Τα σύγχρονα δίκτυα μεταφοράς δεδομένων και φωνής με τις απίστευτα υψηλές ταχύτητές τους, καθώς και η ευρεία αποδοχή και χρήση των σύγχρονων συσκευών κινητής τηλεφωνίας, θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας και την ανάπτυξη κέντρων τηλεϊατρικής. Ο πολίτης απελευθερωμένος από τα ωράρια και την ανάγκη μετακίνησης, θα μπορεί να καταναίμει τον χρόνο του σε πραγματικές ανάγκες και ασχολίες, αντί να βρίσκεται στο θάλαμο αναμονής ενός Νοσοκομείου.

Όλα τα παραπάνω είναι μόνο η αρχή. Η βάση για τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό οφείλει να γίνει καθολικά για όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, καθώς αυτό θα αποδεσμεύσει πολύτιμους πόρους και ανθρωποώρες και θα επιτρέψει στις Μονάδες Υγείας να προβούν σε άλλες διαρθρωτικές ενέργειες προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Ειδικότερα, σε σχέση με το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, η έμφαση, πέρα από την αναδιοργάνωση και ανασχεδιασμό των διαδικασιών, θα μπορούσε να εστιάσει στα ακόλουθα:

- Στην εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας.
- Στην προσφορά λύσεων με νέες ψηφιακές υπηρεσίες που θα έχουν στο επίκεντρο τις ανάγκες του πολίτη.
- Στην διαμόρφωση ενός συστήματος που θα αποτελέσει έναν αξιόπιστο συνεργάτη του επαγγελματία Υγείας, με απώτερο σκοπό την δημιουργία ψηφιακών και ψηφιοποιημένων Νοσοκομείων που θα είναι ασφαλέστερα για τους ασθενείς.

Το όραμα θα πρέπει να είναι, η δημιουργία ενός ενισχυμένου, διασυνδεδεμένου, ασφαλούς και βελτιστοποιημένου περιβάλλοντος εργασίας, τόσο για τους υγειονομικούς, όσο και για τον πολίτη. Η πρόοδος, η υιοθέτηση και ενσωμάτωση του Ψηφιακού Μετασχηματισμού, θα συμβάλλει στην χρηστή Δημόσια Διοίκηση προσδίδοντας διαφάνεια και ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ παράλληλα θα αποτελέσει μια δικλείδα για την ορθολογική χρήση και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

1.4.11 Συμπερασματικά

Η πολιτική διαχείρισης της κατάστασης αυτής οφείλει να λάβει τέλος, πρέπει να υπάρξει διοικητική αυτοτέλεια και μια νέα ευέλικτη μορφή των Νοσοκομείων της χώρας, με ισχυρές και ικανές διοικήσεις, προκειμένου να υπάρξουν συγκεκριμένοι επιχειρησιακοί στόχοι, με σαφώς προσδιορισμένα ποιοτικά και ποσοτικά κριτήρια, εντός συγκριμένων χρονοδιαγραμμάτων, με εξασφαλισμένη και επαρκή χρηματοδότηση.

1.5 Πολιτική Προστασία και Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης Εκτάκτων Αναγκών

1.5.1 Εισαγωγή

Οι καταστροφές, φυσικές, τεχνολογικές ή ανθρωπογενείς αποτελούσαν και συνεχίζουν να αποτελούν μια από τις βασικές ανησυχίες των ανθρώπων. Το παγκόσμιο πρόβλημα των καταστροφών εγείρει το θέμα της αντιμετώπισής τους και προκαλεί την ανάγκη ύπαρξης εθνικών, ευρωπαϊκών και διεθνών πολιτικών για την αντιμετώπιση. Επιπρόσθετα, οι δημόσιες αυτές πολιτικές προϋποθέτουν μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και σχέδιο δράσεων για την αντιμετώπιση των καταστροφών δίνοντας πλέον σημαντική προτεραιότητα στην πρόληψη και την ετοιμότητα για την άμεση αντιμετώπιση των καταστροφών. Ωστόσο, η καταστροφή δεν αποτελεί μια ανεξέλεγκτη συνέπεια εκδήλωσης ενός ξαφνικού και απρόβλεπτου συμβάντος ή κινδύνου αλλά είναι αποτέλεσμα διάδρασης μεταξύ του φυσικού περιβάλλοντος, τα χαρακτηριστικά των κοινωνιών που πλήττονται και της ικανότητας απόκρισης σε αυτό, σύμφωνα με την εργασία: Μπολώτης (2021).

Σύμφωνα με τα παραπάνω ένα καταστροφικό γεγονός όπως σεισμός, πυρκαγιά, επιδημία θα μπορούσε να πλήξει πιθανά και μια Νοσοκομειακή Μονάδα απειλώντας το υπέρτατο και πρωταρχικό αγαθό της υγείας. Καθώς η ύπαρξη και λειτουργία ενός Νοσοκομείου είναι πολύ σημαντική για την κοινωνία και τον πληθυσμό της καθώς επίσης οι συνέπειες καταστροφής ενός Νοσοκομείου δεν πλήττουν απαραίτητα μόνο το ίδιο αλλά και το περιβάλλον της εμβέλειάς του, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση επιχειρησιακών σχεδίων δράσης εκτάκτων αναγκών και η θεσμοθέτηση των απαραίτητων διαδικασιών αποτελούν καταλυτικό παράγοντα για τη λειτουργία ενός Νοσοκομείου πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από μία κρίση. Στόχος των σχεδίων δράσεων είναι η πρόληψη των απειλών, η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, η μείωση των επιπτώσεων τους και η προετοιμασία του Νοσοκομείου για επερχόμενες προκλήσεις. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη τη συχνότητα, πολυπλοκότητα και σοβαρότητα των εκτάκτων αναγκών, γίνεται φανερό πως ένα Νοσοκομείο μπορεί να είναι σε θέση να διαχειριστεί μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης εάν ακολουθήσει συγκεκριμένες οδηγίες, οι οποίες θα έχουν σχεδιαστεί βάσει:

- α) απόλυτης ακρίβειας,
- β) προσαρμογής στις ανάγκες και στη δομή του και
- γ) εξασφάλιση του καλύτερου συντονισμού όλων των εμπλεκόμενων φορέων με απώτερο σκοπό την αποφυγή του πανικού και του χάους σε επίπεδο προσωπικού, ασθενών, πολιτών και την επαναφορά του Νοσοκομείου στην καθημερινή του λειτουργία το συντομότερο δυνατό.

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, όλα τα προαναφερθέντα έχουν οδηγήσει στην κατανόηση του σημαντικού ρόλου της Πολιτικής Προστασίας.

1.5.2 Πολιτική Προστασία

Πολιτική Προστασία – Το Νομοθετικό Πλαίσιο

Η βασική σχεδίαση πολιτικής προστασίας ξεκίνησε με το ΦΕΚ 212, τεύχος Α', 11-10- 1995, Νόμος 2344 «Οργάνωση Πολιτικής Προστασίας και Άλλες διατάξεις», όπου για πρώτη φορά θεσμοθετείται η Πολιτική Προστασία, καθορίζοντας έννοιες όπως πολιτική προστασία, κατάσταση έκτακτης ανάγκης και δυνάμεις πολιτικής προστασίας. Επίσης, με το άρθρο 4 του Νόμου 2344/1995 συστήνεται για πρώτη φορά η Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας (ΓΓΠΠ), με σκοπό το σχεδιασμό, την οργάνωση και τον συντονισμό της πολιτικής της χώρας σε θέματα που αφορούν την ετοιμότητα και αντιμετώπιση των φυσικών και τεχνολογικών καταστροφών. Σημαντικό βήμα στον Τομέα της Πολιτικής Προστασίας αποτελεί το ΦΕΚ 423, τεύχος Β', 10-04-2003, Νόμος 1299 με θέμα «Γενικό Σχέδιο Πολιτικής Προστασίας με τη συνθηματική λέξη «Ξενοκράτης» και σκοπό τη διαμόρφωση ενός οργανωμένου επιχειρησιακού σχεδίου σε επίπεδο κράτους για την αντιμετώπιση κάθε είδους καταστροφικού φαινομένου. Το σχέδιο αυτό αφορά κάθε είδους καταστροφή και ορίζει τους εμπλεκόμενους φορείς που καλούνται να συντάξουν σχέδια αντιμετώπισης με κάποιο ελάχιστο επίπεδο απαιτήσεων σχεδίασης.

Συγκεκριμένα:

1. Προσδιορίζονται οι εμπλεκόμενοι φορείς, υπηρεσίες καθώς και τα όργανα που θα κληθούν να διευθύνουν και να συντονίσουν τις υπηρεσιακές δυνάμεις σε όλα τα επίπεδα.
2. Παρέχονται ουσιώδη στοιχεία στις αρμόδιες υπηρεσίες για την εκτίμηση καταστάσεων, αξιολόγηση κινδύνων, επισήμανση ευπαθών χώρων και ακολούθως εκπόνηση ειδικών σχεδίων.
3. Δίδονται κατευθυντήριες γραμμές για τη χάραξη στρατηγικών και τακτικών, την ορθή οργάνωση του εξοπλισμού και των υπηρεσιών.
4. Δημιουργείται η δυνατότητα διοικητικής μέριμνας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των επιχειρησιακών δυνάμεων και των πληγέντων πολιτών.
5. Προβλέπεται η δημιουργία συστήματος επικοινωνίας και ροής πληροφοριών μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και παραγόντων στη διαχείριση των κρίσεων.

Επιπλέον, στο πλαίσιο του Νόμου 1299/2003 δημιουργείται ένα σύστημα τεσσάρων φάσεων ενεργειών για την κινητοποίηση του δυναμικού Πολιτικής Προστασίας, οι οποίες αναλύονται ως εξής:

- ΦΑΣΗ 1η Συνήθης Ετοιμότητα (Κωδικός Σ): Μέτρα και ενέργειες του Κρατικού μηχανισμού που συμβάλλουν στην προετοιμασία του για τα επόμενα στάδια ενεργειών όπως εκτίμηση κατάστασης, ροή πληροφοριών στους εμπλεκόμενους φορείς και λήψη αποφάσεων.
- ΦΑΣΗ 2η Αυξημένη Ετοιμότητα (Κωδικός Α): Κινητοποίηση του μηχανισμού Πολιτικής Προστασίας σε όλα τα επίπεδα: συνέρχονται τα επιτελεία και επιχειρησιακά όργανα και διατελούν σε πλήρη ετοιμότητα.
- ΦΑΣΗ 3η Άμεση Κινητοποίηση-Επέμβαση (Κωδικός Ε): Κινητοποίηση και δραστηριοποίηση όλου του συστήματος Πολιτικής Προστασίας προς αντιμετώπιση των καταστροφικών φαινομένων: οι επιχειρησιακές δυνάμεις σε πλήρη δράση, το ανθρώπινο δυναμικό και τα υλικοτεχνικά μέσα αξιοποιούνται κατά τον καλύτερο τρόπο, ενημερώνονται (όπου απαιτείται) και οι πολίτες για την λήψη μέτρων αυτοπροστασίας.
- ΦΑΣΗ 4η Αποκατάσταση – Αρωγή: Εκτίμηση ζημιών, της κατάστασης και παρέχεται άμεση αρωγή στους πληγέντες, λαμβάνονται αποφάσεις και μέτρα για την αποκατάσταση των ζημιών και πρόληψη για το μέλλον.

Επιχειρησιακή Ετοιμότητα Νοσοκομειακής Μονάδας

Σκοπός της επιχειρησιακής ετοιμότητας είναι εκτός από την αντιμετώπιση μιας φυσικής ή τεχνολογικής καταστροφής, η μείωση των βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων επιπτώσεων που αυτή θα επιφέρει.

Η εκπόνηση Σχεδίων Δράσεων Εκτάκτων Αναγκών απαιτείται και στον ευαίσθητο Τομέα της Υγείας για την αντίστοιχη αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί βασικό θεσμό του κράτους με συγκεκριμένη δομή και συγκεκριμένη οργάνωση που διαμορφώθηκε βάσει συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και έχει ως απώτερο σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα νοσοκομεία αποτελούνται από τμήματα με διαφορετική δομή και διαφορετικό τρόπο οργάνωσης. Κατά συνέπεια, μια από τις κύριες ευθύνες της Διοίκησης, στο πλαίσιο του σχεδιασμού ενός συστήματος διαχείρισης της επικινδυνότητας και των κρίσεων στο περιβάλλον του νοσοκομείου είναι η εκπόνηση ενός αποτελεσματικού και εφαρμόσιμου σχεδίου διαχείρισης επικινδυνότητας φυσικών καταστροφών με σκοπό:

- Τη θωράκιση σε κάθε είδους φυσικές ή τεχνολογικές καταστροφές.
- Την πρόβλεψη, αποτροπή ή ελαχιστοποίηση των φυσικών ή τεχνολογικών κινδύνων και των καταστροφών που αυτοί συνεπάγονται.

- Την οργανωμένη, ταχεία και αποτελεσματική επέμβαση κατά τη φάση της εκδήλωσης της καταστροφής.
- Την προστασία τόσο του έμψυχου όσο και του άψυχου δυναμικού.
- Την προστασία του φυσικού αλλά και του δομημένου περιβάλλοντος.
- Τη μείωση των καταστροφικών συνεπειών και ελαχιστοποίηση του κόστους αντιμετώπισης και αποκατάστασης της καταστροφής.
- Τον έλεγχο και περιορισμό των αλυσιδωτών δευτερογενών επιπτώσεων που ακολουθούν συνήθως μια καταστροφή.

Στο πλαίσιο αυτό είναι πολύ σημαντικό:

- Να καθοριστούν άτομα τα οποία να γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν μια έκτακτη ανάγκη.
- Να υπάρχει πρόβλεψη πολιτικού σχεδιασμού έκτακτης ανάγκης.
- Να υπάρχει οργάνωση και προνοητικότητα του σχεδιασμού.

Ως συνέπεια των προαναφερθέντων αναγκών το Ελληνικό Κράτος θεσμοθετεί μια σειρά από νομοθετήματα με σκοπό την εισαγωγή και την ενίσχυση της Επιχειρησιακής Ετοιμότητας στα Νοσοκομεία.

1.5.3 Το Υφιστάμενο Νομοθετικό Πλαίσιο για την Επιχειρησιακή Ετοιμότητα των Νοσοκομείων

- ΦΕΚ 37, τεύχος Α΄, 02-03-2001, Νόμος 2889 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»: προβλέπει μεταξύ άλλων, τον εκσυγχρονισμό της διοίκησης των νοσοκομείων, την κατάρτιση Επιχειρησιακών Σχεδίων από τις Διοικήσεις των ΠΕΣΥ και τις Διοικήσεις των νοσοκομείων.
- ΦΕΚ 81, τεύχος Α΄, 04-04-2005 , Νόμος 3329 «Εθνικό σύστημα υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» και ΦΕΚ 25, τεύχος Α΄, 09-02-2007, Νόμος 352 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»: προσδιορίζουν την δημιουργία και τον καθορισμό Υγειονομικών Περιφερειών, με πρόβλεψη την κατάρτιση Επιχειρησιακού Σχεδίου Αντιμετώπισης Μαζικών Καταστροφών & Έκτακτων Αναγκών.
- ΦΕΚ 571, τεύχος Β΄, 13-04-2004, Υπουργική Απόφαση ΔΥ1δ.33115 “Σύσταση και λειτουργία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συντονιστικού Οργάνου

Τομέα Υγείας (ΣΟΤΥ) για τις ανάγκες των Ολυμπιακών Αγώνων 2004”: βάσει του οποίου δημιουργείται συντονιστικό κέντρο επιχειρησιακού χαρακτήρα στις Μονάδες Υγείας».

- Άρθρο 15 του ΦΕΚ 176, τεύχος Α΄, 11-07-2005, Νόμος 3370 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας»: σύσταση του Κέντρου Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ), για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων στο χώρο της υγείας και την παρακολούθηση και συντονισμό των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων.
- Άρθρο 8 του ΦΕΚ 25, τεύχος Α.΄, 09-02-2007, Νόμος 3527 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»: το ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), με καθοριστικό ρόλο για την επιχειρησιακή ετοιμότητα των νοσοκομείων.
- Ν. 4633 Μέρος ΣΤ΄ Άρθρο 29: το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) που συστάθηκε με το άρθρο 15 του ν. 3370/2005 (Α΄ 176) και λειτουργούσε ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία κατ’ άρθρο 26 του π.δ. 121/2017 (Α΄ 148), καταργείται και συστήνεται Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας, με αρμοδιότητα τον προγραμματικό σχεδιασμό για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν στη δημόσια υγεία, της εκπόνησης επιχειρησιακών σχεδίων αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών δημόσιας υγείας, της επικοινωνιακής διαχείρισης ανάλογων καταστάσεων, της εκπροσώπησης σε διεθνείς θεσμούς στον τομέα δράσης της και του συντονισμού των φορέων, κρατικών ή μη, που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας σε χώρους φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών. Με τον ίδιο νόμο, συστήνεται Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με την επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας» (ΕΟΔΥ). Ο σκοπός του ΕΟΔΥ είναι η παροχή υπηρεσιών, που συμβάλλουν στην προστασία και βελτίωση της υγείας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού ενισχύοντας την ικανότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και συνιστά το επιχειρησιακό κέντρο σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων προστασίας της δημόσιας υγείας με προληπτικό, λειτουργικό και παρεμβατικό χαρακτήρα, με ετοιμότητα απόκρισης σε έκτακτους κινδύνους υγείας.

1.5.4 Επιχειρησιακά Σχέδια Εκτάκτων Αναγκών

Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) καταρτίζει Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης που στοχεύουν στην υγειονομική ετοιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε καταστάσεις έκτακτων αναγκών όπως σεισμοί, πυρκαγιές, πανδημίες αλλά και τρομοκρατικά χτυπήματα κ.λπ.. Τα

Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης έχουν διακριτές ονομασίες. Πιο συγκεκριμένα κάποια από τα πιο σημαντικά Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης είναι:

- «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ»: Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης χημικών, βιολογικών, ραδιολογικών και πυρηνικών απειλών.
- «ΠΕΡΣΕΑΣ»: Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης Εκτάκτων Αναγκών στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ»: Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης Σεισμών.
- «ΑΡΤΕΜΙΣ»: Εθνικό Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης Πανδημίας γρίπης.
- «ΑΘΗΝΑ»: Σχέδιο Δράσης αντιμετώπισης του αιμορραγικού πυρετού Έμπολα.

Το Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης Εκτάκτων Αναγκών «ΠΕΡΣΕΑΣ» έχει ως αφετηρία την τρίτη έκδοση (1998) του Hospital Emergency Incident Command System (HEICS), το οποίο αποτελεί το πρώτο εξειδικευμένο σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών για νοσοκομεία, το οποίο εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ (<https://emacintl.com/docs/HEICS98a.pdf>). Το Επιχειρησιακό Σχέδιο αντιμετώπισης Εκτάκτων Αναγκών «ΠΕΡΣΕΑΣ» δίδεται από το ΕΚΕΠΥ στο κάθε Νοσοκομείο, το οποίο είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή του σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, και κινητοποιεί το δυναμικό του Νοσοκομείου με σκοπό:

- Τη διασφάλιση της υγείας και της ακεραιότητας των εργαζομένων και των ασθενών.
- Την αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών που πιθανόν να προκύψουν από τα έκτακτα συμβάντα.
- Την ομαλή επαναφορά του Νοσοκομείου σε κατάσταση «κανονικής» λειτουργίας όταν οι συνθήκες ανάγκης εκλείψουν.

Προβλέπεται συνεργασία με όλους τους απαραίτητους φορείς όπως:

- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Τον ΕΟΔΥ (πρώην ΚΕΕΛΠΝΟ)
- Το ΕΚΑΒ
- Τη ΓΓΠΠ
- Την Πυροσβεστική
- Την Τροχαία
- Την Αστυνομία

Επίσης, τα πιθανά σενάρια εκτάκτων αναγκών που μπορεί να υποστεί το Νοσοκομείο και αφορούν στο Σχέδιο «ΠΕΡΣΕΑΣ» είναι:

- ΣΕΝΑΡΙΟ Α: Αντιμετώπιση τεχνικών προβλημάτων όπως διακοπή ηλεκτρικού ρεύματος, διακοπή παροχής νερού, διακοπή τηλεπικοινωνιών.
- ΣΕΝΑΡΙΟ Β: Εσωτερική πυρκαγιά.
- ΣΕΝΑΡΙΟ Γ: Σεισμός.
- ΣΕΝΑΡΙΟ Δ: Καύσωνας.
- ΣΕΝΑΡΙΟ Ε: Εσωτερική επιδημία.
- ΣΕΝΑΡΙΟ ΣΤ: Μεγάλη προσέλευση συμβατικών ασθενών (επιδημία).
- ΣΕΝΑΡΙΟ Ζ: Μεγάλη Προσέλευση Ασθενών που έχουν εκτεθεί σε χημικούς βιολογικούς και ραδιολογικούς παράγοντες.

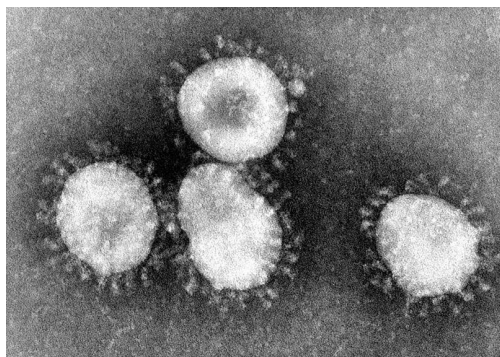
Μια ακόμα σημαντική πληροφορία που αφορά στο επιχειρησιακό σχέδιο «ΠΕΡΣΕΑΣ» είναι ότι αποτελείται από τρία (3) μέρη τα οποία αναλύονται ως εξής:

- Α΄ Μέρος: περιγραφή της παρούσας κατάστασης και λειτουργίας του Νοσοκομείου με όλο το δυναμικό του (π.χ. κτηριακή υποδομή, τα τμήματα καίριας σημασίας λειτουργίας του Νοσοκομείου, η κατανομή του προσωπικού και η οργανωτική δομή του Νοσοκομείου). Το μέρος αυτό χαρακτηρίζεται απόρρητο.
- Β΄ Μέρος: σχεδιασμός και περιγραφή δράσεων σε 7 πιθανά σενάρια. Το μέρος αυτό χαρακτηρίζεται εμπιστευτικό.
- Γ΄ Μέρος: αναλυτικά φύλλα δράσης εργασίας, τα οποία είναι ονομαστικοποιημένα και περιλαμβάνονται λεπτομερώς τα καθήκοντα όλων των υπευθύνων. Το μέρος αυτό χαρακτηρίζεται εμπιστευτικό.

Το παράδοξο εδώ είναι ότι φαίνεται να υπήρχε ένα Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης, σχεδόν για κάθε ενδεχόμενη απειλή ή συμβάν, με όλες τις ελλείψεις του ή την ανάγκη αναθεώρησής του. Αυτό που απουσίαζε, ήταν ένα Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης, για το ξέσπασμα μιας Παγκόσμιας Υγειονομικής Κρίσης, από το ξέσπασμα μιας Πανδημίας. Και αυτό ακριβώς ήταν αυτό που συνέβη με την Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση SARS Covid – 19, η οποία έθεσε σε σκληρή δοκιμασία τα Εθνικά Συστήματα Υγείας ανά την υφήλιο.

1.6 Η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας Covid-19

Οι ιογενείς λοιμώξεις αποτελούν τις πλέον ισχυρές απειλές Δημόσιας Υγείας τα τελευταία χρόνια. Οι κορωνοϊοί είναι μία ομάδα ιών που συνήθως προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις με ποικίλη σοβαρότητα στον άνθρωπο και στα ζώα. Έχουν πάρει το όνομά τους από τη χαρακτηριστική εμφάνισή τους στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, όπου διακρίνονται εξογκώματα περιμετρικά των υλικών σωματιδίων σαν στέμμα, το οποίο στα λατινικά λέγεται «κορόνα» (λατινικά: corona). Οι χαρακτηριστικές ακτίνες αποτελούνται από πρωτεϊνικά πεπλομερή, τα οποία καθορίζουν τον τροπισμό του ιού.



Οι περισσότεροι κορωνοϊοί προκαλούν στον άνθρωπο συνήθως λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, αλλά μπορούν να προκαλέσουν και πνευμονία. Είναι η αιτία του 10-15% των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος. Ένας κορωνοϊός ήταν υπεύθυνος για μια έξαρση κρουσμάτων Σοβαρού Οξέος Αναπνευστικού Συνδρόμου (ΣΟΑΣ, διεθνώς γνωστό ως SARS), η οποία άρχισε το 2002 στην Κίνα. Ένα άλλο είδος κορωνοϊού προκάλεσε το αναπνευστικό σύνδρομο της Μέσης Ανατολής το 2012 (MERS). Μέχρι το 2019 είχαν καταγραφεί 2.468 κρούσματα με 851 θανάτους (θνητότητα περίπου 34,5%). Στα τέλη του 2019, εμφανίστηκε ένας νέος κορωνοϊός, ο κορωνοϊός της Γουχάν (γνωστός επίσημα ως SARS-CoV-2), ο οποίος προκάλεσε πανδημία. Στις 30/1/2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κηρύσσει ως κατάσταση ανάγκης την εξάπλωση του νέου κορωνοϊού ενώ στις 11/2/2020 κηρύσσει τον Covid-19 ως πανδημία.

Πίνακας 1.4 Σύντομο Ιστορικό Εξέλιξης: Από την Έκτακτη Ανάγκη στην Πανδημία Covid-19

Η Πρώτη Εστία της Επιδημίας SARS-Covid – 19 στη Γουχάν – Κίνα	
31 Δεκεμβρίου 2019	Η Κίνα αποκαλύπτει την ύπαρξη μίας εστίας περιστατικών πνευμονίας στην πόλη Γουχάν της Επαρχίας Χουμπέι. Συνολικά, έχουν καταγραφεί 44 κρούσματα, ανάμεσά τους και 11 που πάσχουν από οξεία μορφή της νόσου.
1 Ιανουαρίου 2020	Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει στην Γενεύη ένα Κέντρο Διαχείρισης Κρίσης, θέτοντας σε συναγερμό τον Οργανισμό.

4 Ιανουαρίου 2020	Ο ΠΟΥ ανακοινώνει στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης την ύπαρξη εστίας πνευμονίας – χωρίς θάνατο – στην πόλη Γουχάν. Στις 5 Ιανουαρίου δίνει στη δημοσιότητα την πρώτη ανακοίνωση για το νέο ιό.
10 Ιανουαρίου 2020	Στις 10 Ιανουαρίου, ο ΠΟΥ δημοσιεύει τεχνική οδηγία που απευθύνεται στις 194 χώρες μέλη του Οργανισμού για την διάγνωση και διαχείριση πιθανών κρουσμάτων. εκείνη την στιγμή τα επιστημονικά δεδομένα δημιουργούν την εντύπωση ότι "η πιθανότητα για μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι από μηδενική ως περιορισμένη», σύμφωνα με τον ΠΟΥ.
Πρώτα Κρούσματα στο Εξωτερικό	
11 Ιανουαρίου 2020	Η Κίνα κοινοποιεί στον ΠΟΥ την γενετική ακολουθία του νέου κορονοϊού.
13 Ιανουαρίου 2020	Η Ταϊλάνδη ανακοινώνει το πρώτο εισερχόμενο κρούσμα στο έδαφός της.
14 Ιανουαρίου 2020	Η Maria van Kerkhove, επιδημιολόγος και εκ των υπευθύνων για τη διαχείριση της επιδημίας στον ΠΟΥ, παραδέχεται κατά την διάρκεια συνέντευξης Τύπου μία «πιθανότητα μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά περιορισμένη» και ότι υπάρχει κίνδυνος εξάπλωσης της επιδημίας. Ο ΠΟΥ διευκρινίζει ότι οι παρατηρήσεις στηρίζονται σε 41 επιβεβαιωμένα κρούσματα, «κυρίως μέλη του ίδιου οικογενειακού περιβάλλοντος».
20 & 21 Ιανουαρίου 2020	Εμπειρογνώμονες του ΠΟΥ από την Κίνα και την περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού, μεταβαίνουν στην Γουχάν.
22 Ιανουαρίου 2020	Διαπιστώνεται ότι υπάρχει μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο στην Γουχάν, σε περίπτωση στενής επαφής εντός του πυρήνα της οικογένειας ή στο πλαίσιο παροχής ιατρικής φροντίδας, αλλά «περαιτέρω έρευνες είναι αναγκαίες για την κατανόηση του πλήρους μηχανισμού της μετάδοσης».
22 & 23 Ιανουαρίου 2020	Ο διευθυντής του ΠΟΥ Τέντρος Αντανόμ Γκεμπρεγέσους συγκαλεί επείγουσα συνεδρίαση της επιτροπής κρίσης, που απαρτίζεται από ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες, για να εξεταστεί εάν υπάρχει ανάγκη για την κήρυξη «κατάσταση έκτακτης για την δημόσια υγεία σε διεθνές επίπεδο». Στην επιτροπή δεν εξασφαλίζεται συναίνεση και ορίζεται νέα συνεδρίαση σε δέκα ημέρες.
28 Ιανουαρίου 2020	Μία αντιπροσωπεία του ΠΟΥ υπό τον Τέντρος αναχωρεί για την Κίνα. Ο ΠΟΥ και ο πρόεδρος της Κίνας Σι Τζινπίνγκ συμφωνούν για την αποστολή επί τόπου διεθνούς επιστημονικής ομάδας.
Από την Έκτακτη Ανάγκη στην Πανδημία	
30 Ιανουαρίου 2020	Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κηρύσσει την επιδημία του νέου κορονοϊού σε « Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας σε Διεθνές Επίπεδο »

Ήδη από την πρώτη ημέρα του 2020, την 1^η Ιανουαρίου, ημέρα κατά την οποία ο ΠΟΥ συστήνει στην έδρα του στη Γενεύη ένα Κέντρο Διαχείρισης Κρίσης, θέτοντας παράλληλα τον Οργανισμό σε συναγερμό, η Πανδημία SARS Covid–19, η πλέον σοβαρή και κρίσιμη και αρχίζει να διαμορφώνει το σκηνικό της τέλει καταγίδας: μια Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση, ανυπολόγιστων διαστάσεων, η οποία θέτει σε απειλή την Δημόσια Υγεία σε Παγκόσμιο Επίπεδο, με εξαιρετικά

αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική και οικονομική ζωή του πλανήτη, καθώς επιβάλλονται πρωτόγνωρες συνθήκες και περιορισμοί για την αποτροπή της εξάπλωσης καθώς και για την διαχείρισή της.

Η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid-19, ήρθε να ανατρέψει την κανονικότητα όπως ίσχυε σε κάθε γωνιά του πλανήτη. Ο αντίκτυπος στην παγκόσμια οικονομική δραστηριότητα είναι ανυπολόγιστος. Επίσης ανυπολόγιστες ήταν και οι επιπτώσεις σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, σε όρους ελευθερίας μετακίνησης και ευημερίας. Εντός ολίγων εβδομάδων, ανατράπηκαν τα πάντα. Ο αντίκτυπος της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid-19, ήρθε για να αφήσει το βαθύ και βαρύ αποτύπωμά του, τόσο στο σήμερα, όσο και στο αύριο της ανθρωπότητας: απώλεια εκατοντάδων χιλιάδων ανθρώπινων ζώων, ανυπολόγιστο πλήγμα σε κάθε πτυχή της οικονομικής και εμπορικής ζωής του παγκόσμιου επιχειρηματικού περιβάλλοντος, καθώς και μια τεράστια πίεση και δοκιμασία σε όλα τα Συστήματα Υγείας ανά τον πλανήτη.

Τα Συστήματα Υγείας όλων των χωρών, προηγμένων, αναπτυσσόμενων και μη, βρέθηκαν σχεδόν σε μία νύχτα αντιμέτωπα με την *κόλαση του Δάντη*, δεχόμενα ένα μεγάλο πλήγμα σε ένταση, εύρος και χρονική διάρκεια, χωρίς προηγούμενο. Η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid-19 έθεσε τρομακτική πίεση στα Συστήματα Υγείας, αμφισβητώντας τη δομή και την ανθεκτικότητά τους και ώθησε σε ριζική αναθεώρηση όλων των παραμέτρων οργάνωσης, συντονισμού, διαχείρισης και αντιμετώπισης αντίστοιχων καταστάσεων. Και όλα αυτά, υπό ασφυκτικά, ανύπαρκτα χρονικά περιθώρια. Έννοιες και παράμετροι όπως η ανθεκτικότητα, και η πρόσβαση στα Συστήματα Υγείας, απέκτησαν ένα μεγάλο ειδικό βάρος, καθώς υπό τις συνθήκες της Παγκόσμιας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας, κάθε χαμένο δευτερόλεπτο σε επίπεδο αντίδρασης της Δημόσιας Υγείας, σήμαινε την απώλεια δεκάδων ή και εκατοντάδων ανθρώπινων ζώων, ειδικά κατά τα πρώτα κύματα. Η παγκόσμια ισορροπία των Συστημάτων Υγείας, κλονίστηκε.

Παράλληλα, η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid-19 έφερε στο επίκεντρο και ανέδειξε την ζωτική σημασία του Νοσοκομειακού Τομέα, ως πυρήνα κάθε σύγχρονου Συστήματος Υγείας. Οι Νοσοκομειακές Μονάδες ανά την υφήλιο είχαν μια καθοριστικής σημασίας συμβολή στην αντιμετώπιση και διαχείριση της κατάστασης λειτουργώντας ουσιαστικά ως κυματοθραύστης και απόλυτος – ή και αποκλειστικός – πάροχος και προασπιστής της Δημόσιας Υγείας. Παράλληλα, καθώς η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση μαστίζει τα Συστήματα Υγείας όλου του κόσμου, αρχίζουν να τα απασχολούν έννοιες όπως η ανθεκτικότητα,

αποδοτικότητα, τα αντανακλαστικά και η αποτελεσματικότητα των Νοσοκομειακών Μονάδων αλλά και των Συστημάτων Υγείας εν γένει. Άλλωστε, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι Νοσοκομειακές Μονάδες επιτελούν ουσιαστικό ρόλο στο επίπεδο κάλυψης και προάσπισης της Δημόσιας Υγείας και διαδραματίζουν έναν κρίσιμο και καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη των Στόχων Αειφόρου Ανάπτυξης. Τα Νοσοκομεία αποτελούν τον κυριότερο πυλώνα και εκφραστή της Δημόσιας Υγείας σε όλα τα Συστήματα Υγείας και η Παγκόσμια Πανδημία τα έφερε στο επίκεντρο της συζήτησης και στην κορυφή της πολιτικής ατζέντας και των Πολιτικών Υγείας όπως αυτές σχεδιάζονται και υλοποιούνται σε Εθνικό, Ευρωπαϊκό, Διεθνές αλλά και Παγκόσμιο επίπεδο. Και καθίσταται πλέον προφανές, ότι καμία ενέργεια ανασχεδιασμού και βελτίωσης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των Συστημάτων Υγείας δεν δύναται να λάβει χώρα, αν δεν έχει προηγηθεί ο ανασχεδιασμός του Νοσοκομειακού Χάρτη.

1.7 Μελέτη Περίπτωσης: το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος»

1.7.1 Ιστορική Αναδρομή – Ίδρυση

Η παρούσα εργασία αφορά το δημόσιο Νοσοκομείο Χανίων, το οποίο έχει μια μακρά ιστορία από την πρώτη λειτουργία του στα τέλη του 19ου αιώνα στη θέση Συντριβάνι της παλαιάς πόλης των Χανίων. Ονομαζόταν Δημοτικό Νοσοκομείο Χανίων και είχε δύναμη 40 κλινών όπου νοσηλεύονταν όλα τα νοσήματα. Στις 12-2-1905 ανοικοδομήθηκε νέο Νοσοκομείο 40 κλινών στην οδό Δραγούμη, όπου με την πάροδο του χρόνου προστέθηκαν νέα τμήματα: το 1928 Αφροδισίων Νοσημάτων 20 κλινών (νέο κτίριο), το 1932 Μαιευτική Κλινική 10 κλινών (παραχώρηση διπλανού κτιρίου από τον Δήμο Χανίων), το 1938 Τμήμα Λοιμωδών 10 κλινών (νέο κτίριο) και νέο παράρτημα για τα γραφεία της Διοίκησης και τα Εξωτερικά Ιατρεία. Κρατικοποιήθηκε το 1948 και ονομάστηκε Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Αγ. Γεώργιος”. Το 1956 μετονομάστηκε σε «Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Αγ. Γεώργιος”» και εκπονήθηκε σχέδιο κατεδάφισης και ανέγερσης νέου κτιρίου με επιχορήγηση του κράτους και της Παγκρήτιας Ένωσης Αμερικής και άρχισε η ανέγερσή του το 1958 με 100 κλίνες και σταδιακά, κατά τα έτη 1961,1966,1973,1978 και 1986 οι κλίνες αυξήθηκαν αντίστοιχα σε 120,150,210, 260 και 335.Με την Α3β/17970/17-10-86 Υπουργική απόφαση ΦΕΚ 900/22-12-86 ονομάστηκε «Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Αγ. Γεώργιος”». Σήμερα το Νοσοκομείο δυναμικότητας 580 κλινών λειτουργεί από 1η Σεπτεμβρίου 2000 στις νέες υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις στις Μουρνιές Χανίων και αναπτύσσεται σε 49.400 τ.μ. καλυμμένου χώρου, <https://chaniahospital.gr/istoria/> .

1.7.2 Νομική Μορφή

Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Άγιος Γεώργιος” υπάγεται στις διατάξεις του Ν.2889/2-3-2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/2-3-01 τευχ.Α΄) και υπόκειται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και του ΠεΣΥ Κρήτης, <https://chaniahospital.gr/istoria/> .

1.7.3 Σκοπός του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος»

Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, ο σκοπός του Νοσηλευτικού Ιδρύματος είναι η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης καθώς και η περίθαλψη στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, στον πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 7^{ης} ΥΠε. Κρήτης, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠε. Η διαφώτιση, πρόληψη και προέκταση της κοινωνικής μέριμνας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

1.7.4 Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος», Ακτινογραφία – 2019

Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων είναι ενταγμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και σύμφωνα με το επίπεδο περίθαλψης που προσφέρει στους πολίτες – ασθενείς, εντάσσεται στην κατηγορία των Γενικών Νοσοκομείων Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης. Αποτελεί το μοναδικό Νοσοκομείο στο Νομό Χανίων και είναι ο αποκλειστικός πάροχος δευτεροβάθμιας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο Νομό.

Παρακάτω παραθέτουμε στατιστικά στοιχεία προκειμένου να αναδείξουμε το μέγεθος και την βαρύνουσα σημασία που έχει το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων στην παροχή Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στο Νομό Χανίων.

Πίνακας 1.5 Στατιστικά Στοιχεία Γενικού Νοσοκομείου Χανίων (2019)

Υπηρετούν Προσωπικό	1.073 άτομα όλων των ειδικοτήτων / κατηγοριών
Ημέρες Νοσηλείας	119.989
Επισκέψεις στο ΤΕΠ	83.853
Επισκέψεις στα ΤΕΙ (πρωινά & απογευματινά)	87.040
Χειρουργικές Επεμβάσεις	7.035
Εργαστηριακές Εξετάσεις	22.820

Το νοσοκομειακό ίδρυμα διαθέτει 500 ανεπτυγμένες κλίνες νοσηλείας και άλλες 80 σε εξωτερικές ψυχιατρικές δομές, οι οποίες εντάσσονται οργανικά στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος».

Πίνακας 1.6 Δυναμικότητας σε κλίνες του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων (2022)

	Παθολογικού Τομέα	Χειρουργικού Τομέα	Διατομεακές	ΣΥΝΟΛΟ
Προβλεπόμενες Οργανικές	268	200	31	499
Ανεπτυγμένες	315	162	23	500

1.7.5 Η Επιχειρησιακή Ετοιμότητα του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων στην εκπνοή του 2019

Βάσει του Οργανισμού, στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων λειτουργεί Γραφείο Πολιτικού Σχεδιασμού Εκτάκτων Αναγκών (ΠΣΕΑ). Αντικείμενο του Γραφείου ΠΣΕΑ είναι: Η τήρηση και αναπροσαρμογή των σχεδίων που αφορούν στην οργάνωση κινητοποίηση και δράση του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών της Περιφέρειας σε συνεργασία με τους υπόλοιπους φορείς της, την Αντιπεριφέρεια Χανίων, τις Πυροσβεστικές Υπηρεσίες Ν. Χανίων, τη Διεύθυνση Υγείας, το Ναυτικό Νοσοκομείο Χανίων, το Ναύσταθμο Κρήτης κ.α.

1. Η κατάρτιση σχεδίων για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών εντός του νοσοκομείου.
2. Ο χειρισμός διαβαθμισμένου υλικού του Υπουργείου.
3. Η μέριμνα για τη χορήγηση αναστολών κατάταξης για εφέδρους, υπαλλήλους του νοσοκομείου που επιστρατεύονται.
4. Η οργάνωση του προσωπικού και η εκπαίδευση στη χρήση μέσων πυρασφάλειας.
5. Η συμμετοχή εκ μέρους του νοσοκομείου σε ασκήσεις ετοιμότητας που διενεργούνται από το υπουργείο Εθνικής Άμυνας ή από τοπικούς φορείς μικρής ή μεγάλης κλίμακας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων την 1^η Ιανουαρίου του 2020, διέθετε τα ακόλουθα επιχειρησιακά σχέδια:

«Σώστρατος» Επιχειρησιακό σχέδιο εκκένωσης του νοσοκομείου σε περίπτωση σεισμού.

1. Καταγραφή της αρχικής κατάστασης του Νοσοκομείου (κλινικές, συλλογικά όργανα, διαθέσιμο υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό, κ.ο.κ.).
2. Ορισμός της διαδικασίας και των χώρων μετεγκατάστασης της μονάδας.
3. Καθορισμός της επιτροπής εκκένωσης και των υποστηρικτικών ομάδων ομάδες Δράσης.

«Περσέας» περιγράφεται η δράση για τα παρακάτω σενάρια:

1. Αντιμετώπιση τεχνικών προβλημάτων εντός του νοσοκομείου.
2. Πυρκαγιά εντός του Νοσοκομείου.
3. Καύσωνας.
4. Σεισμός.
5. Αντιμετώπιση & διαχείριση εσωτερικής (εντός του Νοσοκομείου) κατάστασης επιδημίας.
6. Αυξημένη προσέλευση ασθενών (επιδημία).
7. Αυξημένη προσέλευση ασθενών εκτεθειμένων σε PBX παράγοντες.

«Άρτεμις» για την διαχείριση και αντιμετώπιση περιστατικών Covid-19

1. Άφιξη ύποπτου κρούσματος.
2. Διαχείριση ασθενούς στο θάλαμο απομόνωσης.
3. Χρήση ΜΑΠ.
4. Πρόγραμμα αντιμετώπισης αυξημένων κρουσμάτων Covid-19.
5. Καθαρισμός και απολύμανση.
6. Διαχείριση νεκρών.
7. Ενημέρωση και εκπαίδευση προσωπικού.

1.8 Μεθοδολογία εργασίας

Η παρούσα εργασία βασίζεται στο μεθοδολογικό πλαίσιο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών καθώς και στην εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας καθώς και άλλων Διεθνών Προτύπων Ποιότητας και Ασφάλειας. Στο επίκεντρο των ενεργειών και των δράσεων βρίσκεται ο ασθενής και απώτερος σκοπός δεν είναι άλλος από την ενίσχυση της ασφάλειας και της ποιότητας στην παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Όλο το θεωρητικό πλαίσιο αναλύεται στο 2^ο Κεφάλαιο, ενώ η Μελέτη Περίπτωσης, η ανάλυση της Επιχειρησιακής Λειτουργίας του ΓΝΧ αναλύεται διεξοδικά, ακολουθώντας τις βασικές αρχές από το θεωρητικό πλαίσιο που προηγήθηκε, στο 3^ο κεφάλαιο της εργασίας. Τέλος, στο 4^ο Κεφάλαιο, παρουσιάζονται συνοπτικά τα Συμπεράσματα της εργασίας, πολύτιμα στοιχεία και παρατηρήσεις μέσα από την ανάλυση του περιβάλλοντος λειτουργίας και των παθογενειών των ΕΣΥ, μέσα από τις πολύτιμες αρχές και βάσεις που θέτει το θεωρητικό πλαίσιο και μέσα από τις ενέργειες και τους άξονες δράσης του ΓΝΧ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας και ειδικότερα τα εξής:

Στο πρώτο μέρος, θα αναφερθούμε συνοπτικά στην έννοια της Δημόσιας Διοίκησης στην Ελλάδα. Θα αναφερθούμε στο πλαίσιο της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης καθώς και στις επιδόσεις της, επιχειρώντας να δώσουμε μια σύγχρονη ματιά. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε επιγραμματικά στα προβλήματα, στις παθογένειες ουσιαστικά της Δημόσιας Διοίκησης στην Ελλάδα, καθώς το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί και αυτό αναπόσπαστο κομμάτι της πολύπαθης Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης.

Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στην Ποιότητα, επιχειρώντας να ορίσουμε το θεωρητικό της πλαίσιο και να περιγράψουμε τι δεν είναι ποιότητα, πάντα σε συνάρτηση με το θέμα της παρούσας εργασίας.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε συνοπτικά το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ), μια πραγματικά χαμένη ευκαιρία όπως τόσες άλλες, τόσο για το σύνολο της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, όσο και ειδικότερα για το ΕΣΥ, αντλώντας συμπεράσματα μέσα από ένα παράδειγμα εφαρμογής, μια μελέτη περίπτωσης δυο Νοσοκομείων στην Ευρώπη, και τα οφέλη τα οποία αυτά αποκόμισαν.

Τέλος, θα ασχοληθούμε με την τόσο αναγκαία για το ΕΣΥ της χώρας μας και ειδικά για το Νοσοκομειακό Τομέα, την τεχνική του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών ενός Οργανισμού, διατηρώντας πάντα τον προσανατολισμό μας στο χώρο της Υγείας – στο ΓΝΧ, αναφορικά με την ανταπόκριση του στην Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19.

2.2 Η έννοια της Δημόσιας Διοίκησης

Ένας ορισμός για τη Δημόσια Διοίκηση, με την ευρύτερη έννοια, αναφέρεται σε κάθε σύννομη λειτουργία που ασκείται από το κράτος, μέσω του κρατικού μηχανισμού, και αποβλέπει στην πραγμάτωση των σκοπών του κράτους και την ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος. Η Δημόσια Διοίκηση συνήθως ασκείται σε μεγάλη κλίμακα και αφορά πλήθος μεγάλων διασυνδεδεμένων οργανισμών, η λειτουργία των οποίων απαιτεί τεράστιους οικονομικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου να φέρουν εις πέρας το έργο της διασφάλισης του βασικού πλαισίου για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης για μεγάλους πληθυσμούς (Chandler, 2003).

Η δημόσια διοίκηση είναι προσανατολισμένη στην εξυπηρέτηση δημόσιων αναγκών, σκοπών δημοσίου ή γενικού συμφέροντος και εν γένει του κοινωνικού συνόλου και για την εξυπηρέτηση των σκοπών αυτών χρησιμοποιεί κυρίως δημόσια εξουσία και καταναγκασμό. Υπό αυτή τη έννοια η δημόσια διοίκηση αποκαλείται και κυριαρχική ή εξουσιαστική διοίκηση και βασίζεται σε κανόνες δημοσίου δικαίου (Ακριβοπούλου-Ανθόπουλος, 2015).

Η Δημόσια διοίκηση διακρίνεται από τις άλλες κρατικές λειτουργίες, τη νομοθετική και τη δικαστική και ονομάζεται εκτελεστική λειτουργία (άρθρο 26Σ) καθώς αναλαμβάνει την εκτέλεση των κανόνων του δικαίου στο πλαίσιο της αρχής της νομιμότητας και ασκείται από την Κυβέρνηση και τα όργανα της δημόσιας διοίκησης. Την Κυβέρνηση την αποτελεί το Υπουργικό Συμβούλιο ενώ τη δημόσια διοίκηση την αποτελούν οι δημόσιες υπηρεσίες και τα ΝΠΔΔ που προβλέπονται από τη νομοθεσία (Δαγτόγλου 2004).

Η Δημόσια Διοίκηση υπάγεται στην Κυβέρνηση η οποία την χρησιμοποιεί για να εφαρμόσει τις πολιτικές της καθώς και να υλοποιήσει τις αποφάσεις που λαμβάνει. Τα μέλη της Κυβέρνησης θέτουν τους σκοπούς της διοικητικής δράσης με βάση πολιτικούς σκοπούς και πολιτικές αξιολογήσεις, ενώ από τη δική τους πλευρά υποχρεούνται να ασκούν τα καθήκοντα τους αμερόληπτα, με την αμεροληψία που συνεπάγεται η συνταγματική υποχρέωση της πολιτικής τους ουδετερότητας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους (άρθρο 29 §3 Σ) προκειμένου να διασφαλίζεται η ίση μεταχείριση των πολιτών (Γέροντας, Λύτρας και λοιποί, 2010).

Τη Δημόσια Διοίκηση τη διακρίνουμε σε διοίκηση κατά το οργανικό και κατά το λειτουργικό κριτήριο. Τη δημόσια διοίκηση σύμφωνα με το οργανικό κριτήριο αποτελούν όλοι οι φορείς άσκησης δημόσιας διοίκησης που διαθέτουν τη νομική μορφή ΝΠΔΔ (Ακριβοπούλου - Ανθόπουλος 2015) ενώ κατά το λειτουργικό κριτήριο δημόσια διοίκηση αποτελούν όλα τα νομικά πρόσωπα που επιτελούν δημόσια υπηρεσία ή εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον ανεξάρτητα από το αν αυτά διαθέτουν τη μορφή Νομικών Προσώπων του Δημοσίου ή του Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), (Ακριβοπούλου & Ανθόπουλος, 2015).

Τη Δημόσια Διοίκηση την αποκαλούμε κυριαρχική και την διακρίνουμε σε: α) περιοριστική, β) παροχική και γ) ρυθμιστική. Η περιοριστική διοίκηση είναι η παραδοσιακή κυριαρχική διοίκηση η οποία δρα μέσω του διοικητικού καταναγκασμού και της οποίας έργο είναι η τήρηση της δημόσιας τάξης και ασφάλειας των πολιτών, καθώς και η συλλογή των φόρων. Η παροχική διοίκηση εστιάζει στην παροχή προς τους διοικούμενους παροχών κοινωνικής σημασίας, όπως για παράδειγμα υγεία, κοινωνική πρόνοια, ενώ ρυθμιστική είναι η διοίκηση που θέτει προγράμματα και στόχους και

ασκείται από την Κυβέρνηση (Ακριβοπούλου - Ανθόπουλος 2015).

2.2.1 Οι επιδόσεις της Δημόσιας Διοίκησης μέσα από δείκτες

Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο ελληνικός Δημόσιος Τομέας είναι «Ο Μεγάλος Ασθενής» της Οικονομίας και της Κοινωνίας της χώρας μας, καθώς ο κρατικός μηχανισμός αδυνατεί να ανταποκριθεί στην αποστολή του. Η οικονομική κρίση έφερε στο προσκήνιο για άλλη μια φορά την ακαταλληλότητα του διοικητικού μηχανισμού, τόσο σε επίπεδο ότι οι δυσλειτουργίες, οι παθογένειες και τα προβλήματα που τον χαρακτηρίζουν ταλαιπωρούν τους συναλλασσόμενους με αυτόν, αλλά ταλαιπωρούν όμοια και αυτόν τον ίδιο τον διοικητικό μηχανισμό. Ανεξαρτήτως από το εάν οι δυσλειτουργίες, οι παθογένειες και τα προβλήματα προέρχονται από εσωτερικά ή εξωτερικά αίτια, είναι εν πολλοίς οι βασικές αιτίες της κοινωνικοοικονομικής καθήλωσης της χώρας μας στο τέλμα τα τελευταία οκτώ τουλάχιστον χρόνια και εν γένει εκλαμβάνεται ως ανασταλτικός όρος της οικονομικής ανάπτυξης λόγω των γραφειοκρατικών παθολογιών, (Μακρυδημήτρης & Μιχαλόπουλος, 2000).

Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και με στοιχεία που προκύπτουν από τη μελέτη μιας σειράς τριών βασικών δεικτών όπως του Δείκτη Απόδοσης των Πολιτικών (Policy Performance), του Δείκτη Ποιότητας της Δημοκρατίας (Quality of Democracy) και του Δείκτη Διακυβέρνησης (Governance) και των επί μέρους υποδεικτών τους όπως ο Δείκτης Εκτελεστικής Ικανότητας (Executive Capacity) που μετρά την ικανότητα ισχυρής διακυβέρνησης, και δημοσιεύονται από το γερμανικό Ίδρυμα Bertelsmann Stiftung σε ετήσια βάση (<http://www.sgi-network.org/2017/Governance>). Για το έτος 2017 η χώρα μας καταλαμβάνει στις σχετικές μετρήσεις πολύ συχνά μία από τις τελευταίες θέσεις, καθώς παίρνει ιδιαίτερα χαμηλή βαθμολογία σε μια σειρά από κριτήρια που καθορίζουν αυτούς τους δείκτες όπως για παράδειγμα ο υποδείκτης Διυπουργικού Συντονισμού (Interministerial Coordination), ο υποδείκτης Επιπτώσεων Κανονιστικών Ρυθμίσεων» (Regulatory Impact Assessments) κ.λπ.

2.2.2 Τα προβλήματα της Δημόσιας Διοίκησης στην Ελλάδα

Η Δημόσια Διοίκηση στην Ελλάδα βρίσκεται συνεχώς στην επικαιρότητα πρωτοστατώντας σε συζητήσεις μεταξύ άλλων σχετικά με την έκταση διαφθοράς και την αποδοτικότητα των δημόσιων υπηρεσιών. Σύμφωνα με εκθέσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η γραφειοκρατία στην Ελλάδα προκαλεί απώλεια στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) της χώρας κατά μία μονάδα ετησίως, ενώ η χώρα μας κατατάσσεται στη δυσμενέστερη θέση εντός της ΕΕ, ως προς το κόστος της διοικητικής επιβάρυνσης. Ο περιττός φόρτος εργασίας, το κόστος της

δαιδαλώδους γραφειοκρατίας αποτελεί μεγάλο διαχειριστικό βάρος τόσο για τους συναλλασσόμενους με τη Δημόσια Διοίκηση όσο και για τους ίδιους τους εργαζομένους. το οικονομικό κόστος από τα γραφειοκρατικά εμπόδια και τις χρονικές καθυστερήσεις για τη διεκπεραίωση των διαδικασιών αποτελούν ένα πρόσθετο βάρος για το δημόσιο τομέα και τον πολίτη, που απομακρύνεται από την έννοια της ποιότητας, καθώς και αντικίνητρο στην επιχειρηματική δράση και τις επενδύσεις (Εκθεση για την εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής, 1998).

Ο μεγάλος αριθμός των υπουργείων, η υπερσυγκέντρωση εξουσιών, η χαμηλή παραγωγικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών, η έλλειψη μέτρησης αποδοτικότητας, η έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών, η πολυνομία που ενίοτε οδηγεί στην κακονομία είναι μερικοί από τους λόγους για τους οποίους η ελληνική Δημόσια Διοίκηση έχει χαρακτηριστεί ως αναποτελεσματική (Μακρυδημήτρης, 1996) .

Επιπρόσθετα, στο παρελθόν, το έντονα κομματικό/πελατειακό σύστημα προσλήψεων μέσα από αδιαφανείς διαδικασίες, έχει οδηγήσει στην ύπαρξη υπεράριθμου και χαμηλής ποιότητας ανθρώπινου δυναμικού, σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Η απογραφή των δημόσιων υπαλλήλων του 2010 ήρθε να επιβεβαιώσει την υπόθεση αυτή και να αναδείξει ένα από τα σημαντικά προβλήματα της διοίκησης, ήτοι την άγνοια της ως προς τον πραγματικό αριθμό των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα (<http://apografi.gov.gr/2010>).

Ο εκσυγχρονισμός της Δημόσιας Διοίκησης είναι ένα από τα θέματα που συζητείται συχνά και αποσκοπεί στη χάραξη μιας ενιαίας πολιτικής για όλους όσους εμπλέκονται μαζί της, όπως τους πολιτικούς, τους δημοσίους υπαλλήλους αλλά και την κοινωνία που είναι άμεσα συνδεδεμένη με αυτήν.

Η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση διακατέχεται από πολυάριθμα προβλήματα, τα οποία αποτελούν εμπόδιο στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και στην περαιτέρω αναπτυξιακή της πορεία. Η ποιότητα του κράτους και η ποιότητα της δημοκρατίας, ήτοι η ποιότητα ζωής των πολιτών αποτελεί το ζητούμενο και τη στρατηγική πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει το ελληνικό κράτος με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη της χώρας εδώ και χρόνια. (Μακρυδημήτρης, 1996).

Σύμφωνα με τον Κέφη (1998), οι ελληνικοί δημόσιοι οργανισμοί χαρακτηρίζονται από έλλειψη κατευθυντήριων εντολών και αυτό οφείλεται στην μη συγκεκριμένη αναπτυξιακή πολιτική σε επίπεδο κρατικής διακυβέρνησης, στο βαθμό διοικητικής αυτοτέλειας, στο βαθμό συγκέντρωσης

στη λήψη αποφάσεων καθώς και στη χαμηλή τους αποτελεσματικότητα. Η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση χαρακτηρίζεται αναποτελεσματική και αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως στη μονιμότητα, τον τρόπο και τα κριτήρια πρόσληψης των περισσότερων υπαλλήλων, την μη σύνδεση του μισθού με την αποδοτικότητα στην εργασία, στην μη έμφαση σε ουσιαστικά προσόντα κάθε εργαζομένου κ.α. (Μακρυδημήτρης και Μιχαλόπουλος, 1998). Επιπροσθέτως, η Δημόσια Διοίκηση πάσχει σε θέματα καθοδήγησης, εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και ενημέρωσης των εργαζομένων για νέες μεθόδους (Αλεξιάδης και Περιστέρα, 2000).

Οι παράγοντες που επιδρούν στην αναποτελεσματικότητα της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης είναι (Υ.Δ.Μ.Η.Δ., 2014):

- Πολυνομία: περιστασιακή νομοθεσία, ασαφές κανονιστικό πλαίσιο και γενικότερα κακή ποιότητα νομοθέτησης. Οι νόμοι αποτελούν το 2% της συνολικής ρυθμιστικής παραγωγής. Το ρυθμιστικό πλαίσιο συμπληρώνεται από προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις ενώ είναι πολύ συχνή η προσθήκη διατάξεων με θέμα διαφορετικό του κυρίως νόμου. Πολλές φορές το περιεχόμενο των νόμων είναι δυσνόητο καθώς οι τροποποιήσεις των νόμων γίνονται με παραπομπή σε παλαιότερο κείμενο με μόνη την αναφορά αριθμών άρθρων, παραγράφων κ.λπ. Άλλες πάλι φορές ψηφίζονται νόμοι με μια και μοναδική εφαρμογή (φωτογραφικές διατάξεις). Έτσι, η πρόσβαση, η γνώση και η εφαρμογή του συστήματος των κανόνων γίνεται ιδιαίτερα δυσχερής για όλους τους εμπλεκόμενους (Πολίτες, επιχειρήσεις και αρμόδιες υπηρεσίες) με κύριο αποτέλεσμα την κακοδιοίκηση, το δημοκρατικό έλλειμμα και την οικονομική κακοδιαχείριση (<http://topotami.gr/dimosia-diikisi-provlinata-ke-drasis/>)
- Μη εφαρμογή του σύγχρονου μάνατζμεντ: παραδοσιακές μέθοδοι διοίκησης, έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών, ανεπαρκής και αναποτελεσματική χρήση δεικτών παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.
- Κατακερματισμός οργάνωσης: πολλαπλά επίπεδα διοίκησης, επικάλυψη αρμοδιοτήτων, συγκεντρωτισμός και σοβαρές ελλείψεις στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες.
- Ηλεκτρονική διακυβέρνηση: μικρός βαθμός διείσδυσης του διαδικτύου & των ΤΠΕ, χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της ευρυζωνικότητας, δυσκολίες στη χρήση και την διεκπεραίωση των ηλεκτρονικών διαδικασιών.
- Απουσία σύγχρονων συστημάτων οικονομικής διαχείρισης και ασαφή οικονομικά πλάνα.
- Διαφθορά, έλλειψη αξιοκρατίας και ανυπαρξία κινήτρων.

Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι τα προβλήματα και οι παθογένειες της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, μέρος της οποίας αποτελεί και το ΕΣΥ, έχουν ένα κοινό μοτίβο, έναν κοινό παρανομαστή. Ο παρανομαστής αυτός, είναι πολυπαραγοντικός και έχει δημιουργηθεί μεταξύ άλλων μέσα από χρόνια αδράνεια, έλλειψη πολιτικής βούλησης, ανυπαρξία σύγχρονης διοικητικής αντίληψης και μεθόδων διοίκησης, καθώς και μέσα από την επικράτηση του πελατειακού κράτους και των συντεχνιακών – συνδικαλιστικών συμφερόντων.

2.2.3 Η Ποιότητα στη Δημόσια Διοίκηση

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η σημασία της Ποιότητας είναι μεγάλη για τον Δημόσιο Τομέα όπου η επιδίωξη του κέρδους δεν αποτελεί επιθυμητή συνθήκη για τη συνέχιση της Επιχειρησιακής του Λειτουργίας, και ως εκ τούτου, η Επιχειρησιακή Λειτουργία αυτή τείνει πολλές φορές προς την αδράνεια, ή προς ένα περιβάλλον αυξημένης εντροπίας. Η ανάγκη λειτουργίας του Δημοσίου με όρους Ποιότητας έχει βαρύνουσα σημασία και μάλιστα γίνεται ακόμα πιο επιτακτική, επειδή η δράση των οντοτήτων που ασκούν την κρατική εξουσία αποσκοπεί στην όσο το δυνατό καλύτερη εξυπηρέτηση και προστασία του Δημοσίου Συμφέροντος, σύμφωνα με την εργασία: Μπολώτης, (2020).

Τούτο αποδίδεται με σαφήνεια από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο θεματικό ενημερωτικό δελτίο για το β' εξάμηνο του 2016 για την Ποιότητα της Δημόσιας Διοίκησης (Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, 11^η έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή 2001) : «Η δημόσια διοίκηση αντικατοπτρίζει τα θεσμικά θεμέλια επί των οποίων ασκείται η διακυβέρνηση των χωρών. Η ποιότητα της διακυβέρνησης γενικότερα αλλά και της δημόσιας διοίκησης ειδικότερα, καθορίζει την ποιότητα όλων των επιμέρους τομέων της δημόσιας πολιτικής. Η δημόσια διοίκηση αντιμετωπίζει τις ανάγκες της κοινωνίας και πλαισιώνει τη λειτουργία της μέσω οργανωτικών δομών, διαδικασιών, ρόλων, σχέσεων, πολιτικών και προγραμμάτων. Η δημόσια διοίκηση διαμορφώνει την οικονομική ευημερία, την κοινωνική συνοχή και την αειφόρο ανάπτυξη. Ορίζει τις δημόσιες υπηρεσίες και διαμορφώνει το περιβάλλον για τη δημιουργία δημόσιας αξίας» (European Semester Thematic Factsheet (2016), Quality of Public Administration).

Για τον Έλληνα Συνήγορο του Πολίτη μάλιστα, η ποιότητα της δημόσιας διοίκησης καθορίζεται αφενός από τη γενικότερη στάση και συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων κατά την άσκηση των καθηκόντων τους όπου η ορθή και ιδίως με όρους νομιμότητας αντιμετώπιση του πολίτη από τη δημόσια διοίκηση είναι κοινή συνείδηση και των πολιτών οι οποίοι δεν θα πρέπει να ανέχονται ή να σιωπούν σε παρεμβάσεις και φαινόμενα διαφθοράς (Συνήγορος του Πολίτη, 2012, Οδηγός Ορθής

Διοικητικής Συμπεριφοράς).

Το 2000, με την υιοθέτηση της ατζέντας της Λισαβόνας, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έθεσαν το δύσκολο έργο του να καταστεί η Ένωση η πιο ανταγωνιστική οικονομική περιοχή στον κόσμο, βασισμένη στη γνώση, ικανή για αειφόρο ανάπτυξη με περισσότερες και καλύτερες ευκαιρίες για εργασία, υψηλότερη κοινωνική ευαισθησία και ένα απλουστευμένο κανονιστικό περιβάλλον (Καρυωτάκης Κ., 2014).

Ουσιαστικά, με τη συνθήκη της Λισαβόνας επικυρώθηκε η ανάγκη εκσυγχρονισμού της Δημόσιας Διοίκησης και ξεκίνησε ένα ένα κύμα προγραμμάτων διοικητικής μεταρρύθμισης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με βασικά πεδία διοικητικών μεταρρυθμίσεων, να αφορούν την:

- Αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στον πολίτη.
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας & αποδοτικότητας των δημοσίων υπηρεσιών μέσω της θέσπισης στόχων και της αξιολόγησης οργανικών μονάδων & υπαλλήλων βάσει δεικτών αποδοτικότητας.
- Βελτίωση της ποιότητας των κανονιστικών ρυθμίσεων (Νόμοι, Προεδρικά Διατάγματα & ΚΥΑ, της απλούστευσης των διοικητικών διαδικασιών και άρσης των διοικητικών εμποδίων για τον πολίτη & τους επιχειρηματίες, καθώς και της ενίσχυσης της διαφάνειας & της ανάπτυξης του κοινωνικού διαλόγου.
- Κατοχύρωση των δικαιωμάτων των εργαζομένων μέσω της ενίσχυσης του διμερούς διαλόγου και των συλλογικών διαπραγματεύσεων.
- Εισαγωγή της «Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης» (e – Government) μέσω της δυνατότητας ηλεκτρονικής πρόσβασης των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες και της δικτύωσης των δημόσιων υπηρεσιών μεταξύ τους.
- Ποιοτική αναβάθμιση του ανθρωπίνου δυναμικού.
- Ενίσχυση των θεσμών διαφάνειας και ελέγχου

Η επίτευξη των στόχων της Λισαβόνας, στον οικονομικό και κοινωνικό τομέα, προϋποθέτει την αποτελεσματική & αποδοτική λειτουργία των εθνικών διοικήσεων και την εφαρμογή αποτελεσματικών & καινοτόμων πρακτικών. Αυτές οι αναμορφώσεις εισήγαγαν νέες αρχές, όπως επικέντρωση στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, μέριμνα για διαφάνεια και υπευθυνότητα, ενημέρωση για τα παραδοτέα των δημοσίων υπηρεσιών.

2.3 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Ποιότητας

Η έννοια της Ποιότητας έχει θεωρηθεί συνώνυμο της αξίας, της καταλληλότητας, της πολυτέλειας, της λαμπρότητας, της τελειότητας ή της υπεροχής (Reeves and Bednar, 1994). Παρά το γεγονός ότι ο παραπάνω ορισμός είναι αρκετά περιεκτικός, υπάρχουν αρκετές εσφαλμένες αντιλήψεις αναφορικά με την Ποιότητα: μια τέτοια εσφαλμένη αντίληψη θεωρεί ότι η Ποιότητα δεν μπορεί να προσδιοριστεί επακριβώς ή με σαφήνεια, καθώς είναι μεταβλητή, αστάθμητη και μη μετρήσιμη. Πολλές φορές επίσης, η έννοια της Ποιότητας συγχέεται με την πολυτέλεια και ως εκ τούτου με κάτι περιττό, με κάτι το οποίο δεν είναι αναγκαίο. Μια άλλη εσφαλμένη αντίληψη, αναφέρεται στο υψηλό κόστος που έχει η Ποιότητα σε έναν οργανισμό ή σε μια επιχείρηση, είτε αυτό αφορά σε υπηρεσίες είτε στην παραγωγή προϊόντων. Εξίσου εσφαλμένη είναι επίσης και η αντίληψη ότι η Ποιότητα αποτελεί μέριμνα ενός μόνο ατόμου ή τμήματος, και δεν αφορά στο σύνολο του οργανισμού – επιχείρησης. Και τέλος, έχουμε ακούσει πολλές φορές, ότι η Ποιότητα και ειδικότερα η κακή Ποιότητα, συναρτάται αποκλειστικά και μόνο με τους υπαλλήλους ενός οργανισμού – επιχείρησης.

Όμως, καμία από τις παραπάνω αντιλήψεις δεν ισχύει. Η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί καθώς σύμφωνα με τον Garvin (1988) είναι μια ακριβής και μετρήσιμη μεταβλητή. Ας μην λησμονείται πως ότι δεν μπορεί να μετρηθεί, δεν μπορεί φυσικά, να βελτιωθεί. Η Ποιότητα είναι όχι απλά επιθυμητή, αλλά αναγκαία, από το σύνολο των πελατών, και δεν αποτελεί ειδικό προνόμιο για πελάτες με υψηλή αγοραστική ισχύ. Η Υψηλή Ποιότητα ενός προϊόντος – υπηρεσίας δεν σημαίνει απαραίτητα και υψηλό κόστος παραγωγής – παροχής και κατά συνέπεια, υψηλή τιμή διάθεσής του προϊόντος – υπηρεσίας. Η επιχείρηση μπορεί να επιτύχει οικονομίες κλίμακας, να εντοπίσει ένα καλύτερο και οικονομικότερο τρόπο σχεδίασης του προϊόντος, να εξασφαλίσει καθετοποίηση προς τα μπροστά ή προς τα πίσω, καθώς και ενέργειες που θα της εξασφαλίσουν χαμηλότερο κόστος παραγωγής ποιοτικών προϊόντων. Η Ποιότητα δεν είναι αποκλειστική αρμοδιότητα και ευθύνη ενός τμήματος ή ενός προσώπου, αλλά του συνόλου του προσωπικού ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης, και όλοι πρέπει να συμβάλλουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Τα περισσότερα, αίτια κακής ποιότητας εντοπίζονται στις διαδικασίες για αυτό και στις περιπτώσεις ελαττωματικών προϊόντων θα πρέπει η διοίκηση της επιχείρησης να διερωτάται για το «τι» φταίει και όχι για το «ποιος».

Αρχικά ο ορισμός της ποιότητας από τις επιχειρήσεις περιορίσθηκε στις τεχνικές προδιαγραφές των παραγόμενων προϊόντων και τον ποιοτικό έλεγχο, ενώ σταδιακά επεκτάθηκε και περιέλαβε και την

ικανοποίηση του πελάτη (Edvardsson et al., 1994). Ορισμένοι ορισμοί αναφορικά με την έννοια της ποιότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.1.

Καθώς η Ποιότητα εμπερικλείει ένα μεγάλο σύνολο από ιδιότητες ή χαρακτηριστικά γνωρίσματα, είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστεί, ειδικά μέσα από έναν γραμμικό, μονοδιάστατο ορισμό.

Οι κυριότεροι ορισμοί που έχουν δοθεί διαχρονικά είναι οι εξής:

(α) Για τον Joseph M. Juran (1951) η ποιότητα σημαίνει δύο πράγματα:

1. Απ' τη μια, σημαίνει το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του καταναλωτή και του παρέχουν ικανοποίηση. Υπ' αυτήν την έννοια, η σημασία της ποιότητας συσχετίζεται με την ωφέλεια και σκοπός της υψηλότερης ποιότητας είναι να παράσχει μεγαλύτερη ικανοποίηση στον πελάτη, μεγιστοποιώντας κατά το δυνατόν την ωφέλεια που απολαμβάνει αυτός. Βέβαια, η παροχή όλο και περισσότερων, όλο και καλύτερων χαρακτηριστικών ποιότητας συνήθως απαιτεί επενδύσεις και ως εκ τούτου συνήθως επιφέρει αυξήσεις στα κόστη. Υπό αυτή την έννοια η υψηλότερη ποιότητα «κοστίζει περισσότερο».

2. Απ' την άλλη, ποιότητα σημαίνει η κατάσταση απαλλαγής από ελαττώματα και λάθη που απαιτούν την επανάληψη ή τον επανασχεδιασμό των εργασιών ή που έχουν ως συνέπεια βλάβες των προϊόντων κατά τη χρήση τους, μη ικανοποίηση πελατών, παράπονα κ.α.. Υπ' αυτή την έννοια, η σημασία της ποιότητας συσχετίζεται με τα κόστη και, όσο υψηλότερη η ποιότητα «κοστίζει λιγότερο».

(β) Για τον Deming (1986), η ποιότητα είναι μια έννοια άκρως προσωποποιημένη και υποκειμενική. Διαφορετικοί άνθρωποι αξιολογούν τα κριτήρια με διαφορετικό τρόπο. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να γίνεται «μέτρηση και επαναδιακρίβωση» της ικανοποίησης των χρηστών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Κριτής της ποιότητας μπορεί να είναι οποιοσδήποτε από τον εργάτη παραγωγής για τον οποίο η παραγωγή ποιοτικών προϊόντων είναι λόγος προσωπικής υπερηφάνειας αλλά και παράγοντας διατήρησης της θέσης εργασίας του μέχρι τον διοικητή μιας εργοστασιακής μονάδας για τον οποίο η έννοια της ποιότητας συνδέεται με την επίτευξη των στόχων της εταιρίας και την τήρηση των προδιαγραφών αλλά η έννοια αυτή υπόκειται και στους περιορισμούς που θέτει η αγορά. Επίσης, η ποιότητα συνδέεται με τη διοίκηση, καθώς η βελτίωση της ως αποτέλεσμα της βελτίωσης της διοίκησης σχεδιασμού, της τεχνολογίας και του ελέγχου και των διαδικασιών, οδηγεί στη μείωση του κόστους και την αύξηση της παραγωγικότητας.

(γ) Ο Philip B. Crosby (1979) λέει ότι ποιότητα είναι «Η συμμόρφωση στις απαιτήσεις». Οι απαιτήσεις ίσως να μην αντιπροσωπεύουν πλήρως τις προσδοκίες των πελατών και αυτό αντιμετωπίζεται από τον Crosby ως διαφορετικό πρόβλημα.

(δ) Η Αμερικανική Εταιρεία Ποιότητας (American Society for Quality) θεωρεί ότι η ποιότητα είναι μια υποκειμενική έννοια, για την οποία κάθε πρόσωπο ή οργανισμός έχει τον δικό του ορισμό. Σε τεχνικό επίπεδο, η ποιότητα περιλαμβάνει δύο έννοιες:

1. Τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αναφορικά με την ικανότητα του να ικανοποιεί επιθυμητές ή πραγματικές ανάγκες
2. Ένα προϊόν ή μια υπηρεσία απαλλαγμένο από ελαττώματα (American Society for Quality, Glossary - Entry: Quality)

(ε) Κατά τον Τσιότρα (2016) ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι μια κατάσταση όπου:

1. Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας ικανοποιούν ή ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη
2. Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας ικανοποιούν δεδομένες προδιαγραφές,
3. Το σύνολο των ιδιοτήτων και στοιχείων του μάρκετινγκ, της κατασκευής, της παραγωγής και της συντήρησης, μέσω των οποίων ένα προϊόν ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του πελάτη.
4. Ο βαθμός στον οποίο ένα συγκεκριμένο προϊόν συμμορφώνεται με τις προδιαγραφές του σχεδίου του.

(στ) Για τον Κέφη (2005) η ποιότητα συνίσταται σε ένα σύστημα αρχών, αξιών, προτύπων και μεθόδων που εξασφαλίζουν την καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την ικανοποίηση των πολιτών-πελατών και γενικότερα τη βελτιστοποίηση της απόδοσης των επιχειρήσεων.

Κοινός τόπος όλων των παραπάνω ορισμών, αποτελούν τα παρακάτω:

- Η Ποιότητα είναι μια δυναμική και διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση.
- Η Ποιότητα αναφέρεται και εμπεριέχει προϊόντα, υπηρεσίες, διαδικασίες και φυσικά, το πλαίσιο λειτουργίας, το περιβάλλον.
- Η Ποιότητα έχει να κάνει με την ικανοποίηση ή και την υπέρβαση της προσδοκίας του πελάτη – χρήστη της υπηρεσίας

Ως εκ τούτου, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε ότι: «Ποιότητα είναι μια δυναμική κατάσταση που συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και που πληροί ή υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών, συνεισφέροντας στην παραγωγή υπεραξίας» (Goetsch - Davis, 2013).

Η έννοια της ποιότητας διαφοροποιείται μεταξύ των προϊόντων και υπηρεσιών και αυτό γιατί τα προϊόντα και οι υπηρεσίες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Το προϊόν είναι ένα αντικείμενο, μια συσκευή, ένα πράγμα, ενώ η υπηρεσία είναι πράξη, απόδοση, προσπάθεια (Berry, 1980). Πιο συγκεκριμένα, η υπηρεσία είναι μια διαδικασία αποτελούμενη από μια σειρά περισσότερων ή λιγότερων άυλων ενεργειών που συνήθως (αλλά όχι απαραίτητα πάντα), λαμβάνουν χώρα στην αλληλεπίδραση μεταξύ πελάτη και εκπροσώπου της επιχείρησης (Gronroos, 2000). Στη συνέχεια περιγράφονται τρεις ενδεικτικές διαφορές μεταξύ προϊόντων & υπηρεσιών.

Πρώτον, το σύνολο σχεδόν των υπηρεσιών, είναι άυλες σε αντίθεση με τα προϊόντα που έχουν υλική υπόσταση (σχήμα, μέγεθος, βάρος, χρώμα). Εξ αιτίας της άυλης υπόστασής τους οι υπηρεσίες δεν μπορούν να σχεδιαστούν με ακρίβεια, να μετρηθούν, να ελεγχθούν και να πιστοποιηθούν ως κατάλληλες προς πώληση, αφού δεν αποτελούνται από χειροπιαστά χαρακτηριστικά (Bitran and Logo, 1993). Δεύτερον, οι υπηρεσίες παρουσιάζουν έντονη ετερογένεια και μεταβλητότητα, ενώ τα προϊόντα μιας επιχείρησης τείνουν να έχουν σαφώς μεγαλύτερη ομοιογένεια. Η απόδοσή τους ποικίλλει από επιχείρηση σε επιχείρηση, από πελάτη σε πελάτη και από μέρα σε μέρα, καθιστώντας με αυτόν τον τρόπο κάθε υπηρεσία μοναδική (Deming, 1982). Η μεταβλητότητα αυτή οφείλεται κυρίως στην έντονη εμπλοκή του ανθρώπινου παράγοντα (εργαζόμενων και πελατών) στην παροχή της υπηρεσίας (Rathmell, 1966). Τρίτον η παραγωγή και η χρήση των περισσότερων υπηρεσιών γίνεται σχεδόν ταυτόχρονα (αδιαιρετότητα) σε αντίθεση με τα προϊόντα που η παραγωγή και η κατανάλωση τους μπορεί να γίνει σε άλλο τόπο και χρόνο. Η υπηρεσία παράγεται δηλαδή τη στιγμή που καταναλώνεται με την ενεργό συμμετοχή του πελάτη κατά τη «στιγμή της αλήθειας», όπου ο πελάτης έρχεται σε άμεση κατά κανόνα επαφή με τον εκπρόσωπο της επιχείρησης (Harvey, 1998). Συνεπώς καθίσταται αδύνατη η αποθήκευση – διατήρηση της παρεχόμενης υπηρεσίας με σκοπό την φύλαξή και διάθεσή της σε δεύτερο χρόνο, μεταγενέστερο από αυτόν της παραγωγής της, χαρακτηριστικό που δημιουργεί πρόβλημα σε περιόδους έντονης διακύμανσης της ζήτησης, πχ σε ένα αεροπορικό ταξίδι.

Ο Gronroos (1984) υποστήριξε ότι «όταν μία επιχείρηση γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο μια υπηρεσία της θα αξιολογηθεί από τον πελάτη, τότε έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αυτές τις εκτιμήσεις προς την επιθυμητή κατεύθυνση». Αυτή η τεκμηρίωση, ώθησε αρκετούς ακαδημαϊκούς και ερευνητές να προσπαθήσουν να αποδώσουν & να ερμηνεύσουν την έννοια της Ποιότητας, προσδιορίζοντας τις λεγόμενες διαστάσεις της Ποιότητας. Ο Parasuraman και οι συνεργάτες του (1985) υποστηρίζουν ότι κάθε πελάτης διαμορφώνει τη δική του αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνει από μία επιχείρηση με γνώμονα πέντε διαστάσεις ποιότητας, βλ. Πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1: οι Πέντε Διαστάσεις της Ποιότητας

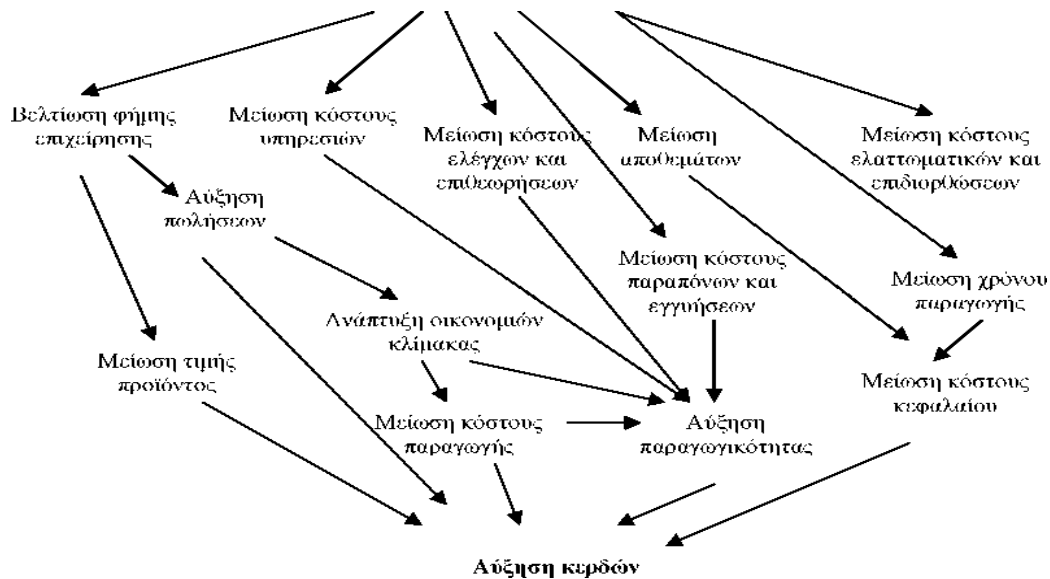
Διαστάσεις Ποιότητας (Parasuraman, A. Berry, L et al, 1990)	
Διάσταση	Ερμηνεία
Εμπράγματα στοιχεία:	Αναφέρονται στις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, την εμφάνιση του προσωπικού.
Αξιοπιστία:	Η ικανότητα της επιχείρησης να παρέχει την αναμενόμενη ποιότητα με τρόπο ακριβή και αξιόπιστο.
Ανταπόκριση:	Η επιθυμία της επιχείρησης να βοηθήσει τον πελάτη και να προσφέρει πρόθυμα υπηρεσίες σ' αυτόν.
Ασφάλεια:	Η γνώση και η αβροφροσύνη του προσωπικού καθώς και η ικανότητά του να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια στον πελάτη.
Συναισθηματική εμπλοκή:	Η ικανότητα της επιχείρησης για παροχή εξατομικευμένης προσοχής και φροντίδας στον πελάτη.

Οι αντίστοιχες διαστάσεις ποιότητας για τα προϊόντα προσδιορίζονται από τον Garvin (1988) στις ακόλουθες:

- βασικά και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά απόδοσης,
- αξιοπιστία και ανθεκτικότητα,
- συμμόρφωση με προδιαγραφές,
- διάρκεια ζωής και επισκευασιμότητα,
- εξυπηρέτηση πριν και μετά την πώληση,
- αισθητική και εμφάνιση,
- υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας.

Οι ευεργετικές επιδράσεις της ποιότητας στην επιχείρηση αποτυπώνονται διαγραμματικά από τον Gummesson 1994, in Edvardsson et al., 1994, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στον καλύτερο εντοπισμό των πλεονεκτημάτων για μια επιχείρηση που επιδιώκει την συνεχή βελτίωση του

παραγόμενου προϊόντος – υπηρεσίας καθώς και των διαδικασιών της (Σχήμα 2.1, Βελτίωση Ποιότητας).



Σχήμα 2.1: Σχέση ποιότητας, παραγωγικότητας και κερδοφορίας Gummesson, 1992 in Edvardsson et al., 1994

2.3.1 Θεωρητική Θεμελίωση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Ήδη από την δεκαετία του '30, η Ποιότητα είχε προσδιοριστεί ως ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που θα προσέδιδε ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε ένα οργανισμό – επιχείρηση. Το διάστημα μετά τον 2° Παγκόσμιο Πόλεμο, η αντίληψη αυτή απέκτησε μεγάλο ειδικό βάρος, ενώ gurus της Ποιότητας όπως ο Deming και ο Juran, ώθησαν τις ιαπωνικές επιχειρήσεις και οργανισμούς προς την επίτευξη (υψηλής) Ποιότητας προκειμένου να διεκδύσουν – και να κυριαρχήσουν εν τέλει – στην παγκόσμια αγορά.

Ο Deming εμβάθυνε στην ανάπτυξη τεχνικών ελέγχου της διαδικασίας της παραγωγής, στοχεύοντας να εντοπίσει τα κυριότερα αίτια διασποράς και να ελαχιστοποιήσει ή να εξαλείψει την μεταβλητότητα των διαδικασιών του σχεδιασμού και της παραγωγής των προϊόντων (Petersen, 1999). Υπήρξε επίσης ένθερμος υποστηρικτής της άποψης ότι η βελτίωση της ποιότητας «οδηγεί σε μείωση του κόστους παραγωγής (λόγω της μείωσης των λαθών, των καθυστερήσεων και των ακατάλληλων προϊόντων καθώς και της καλύτερης αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, των πρώτων υλών και των μηχανών), γεγονός που συντελεί στην αύξηση της παραγωγικότητας και του μεριδίου αγοράς (λόγω της παραγωγής ποιοτικότερων προϊόντων σε χαμηλότερη τιμή), που με τη

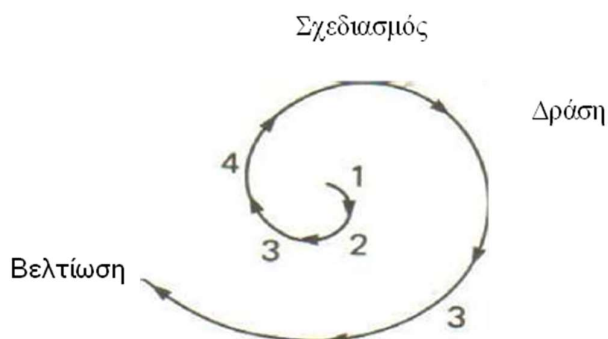
σειρά τους συμβάλλουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας καθώς και στην αύξηση της προσφοράς εργασίας» (Deming, 2000, p.3). Οι απόψεις του για την ποιότητα συνοψίζονται σε δεκατέσσερα σημεία, ενώ παράλληλα εντοπίζει και πέντε «θανάσιμες ασθένειες» για τις επιχειρήσεις. Βλέπε πίνακα 2.2.

Πίνακας 2.2: Τα 14 Σημεία και οι 5 «Ασθένειες» για την Ποιότητα, κατά τον Deming, Πηγή Deming, 2000, pp. 24 – 124.

Τα 14 Σημεία του Deming	Οι Πέντε «Θανάσιμες Ασθένειες» του Deming
Δημιουργία και κοινοποίηση των στόχων ποιότητας της επιχείρησης και έμπρακτη δέσμευση της διοίκησης στους στόχους αυτούς.	Έλλειψη αφοσίωσης στον επιδιωκόμενο στόχο.
Δέσμευση της διοίκησης στη νέα φιλοσοφία που εστιάζει στην εκπαίδευση και ενδυνάμωση των εργαζομένων και όχι στο συνεχή έλεγχο τους.	Έμφαση στα βραχυχρόνια οφέλη, η οποία στερεί το μέλλον και την προοπτική της επιχείρησης.
Ενσωμάτωση της ποιότητας στη σχεδίαση και παραγωγή του προϊόντος και μείωση της εξάρτησης της από τον τελικό έλεγχο του προϊόντος.	Αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων (καταστρέφει την ομαδική εργασία, αυξάνει το αίσθημα φόβου, κλπ).
Βελτίωση της διαδικασίας προμηθειών με αποκλειστικές μακροχρόνιες συνεργασίες και πολλαπλά κριτήρια αξιολόγησης των προμηθευτών.	Συχνή μετακίνηση των διευθυντικών στελεχών.
Συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής και υπηρεσιών με τη χρήση μεθόδων στατιστικού ποιοτικού ελέγχου.	Διοίκηση της επιχείρησης με τη χρήση μόνο ποσοτικών δεικτών.
Συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων της επιχείρησης στη θέση εργασίας τους.	
Αποτελεσματικότερη ηγεσία.	
Εξάλειψη αισθήματος φόβου από τους εργαζόμενους.	
Κατάργηση των εμποδίων και ελεύθερη επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων διαφορετικών τμημάτων.	
Αποφυγή της χρήσης συνθημάτων και άλλου είδους προτροπών για την παρακίνηση των εργαζομένων όταν αυτά είναι ανέφικτα.	
Αποφυγή των ποσοτικών στόχων και των προτύπων εργασίας.	
Απομάκρυνση των αιτιών που κάνουν τον εργαζόμενο να μην αισθάνεται περήφανος για την εργασία του.	
Ενθάρρυνση της εκπαίδευσης και της αυτό – βελτίωσης των εργαζομένων.	

Ανάληψη δράσης από την διοίκηση για την υλοποίηση της νέας φιλοσοφίας με την αποδοχή όλων των ανωτέρω σημείων από τους εργαζόμενους.	
--	--

Ο Deming δημιούργησε ένα σύστημα διαρκούς βελτίωσης, το οποίο δύναται να εφαρμοστεί στο σύνολο μιας επιχείρησης – οργανισμού ή στις επιμέρους διαδικασίες τους και παρουσιάζεται στο Σχήμα 2.2. Το προτεινόμενο σύστημα έχει την μορφή ενός σπирάλ με 4 στάδια, καθένα από τα οποία με την ολοκλήρωσή του, εκκινεί το αμέσως επόμενο στάδιο, ενώ η ολοκλήρωση του κάθε κύκλου βελτίωσης, εκκινεί έναν νέο κύκλο βελτίωσης, (Deming, 2000).



Σχήμα 2.3: Κύκλος του Deming, 2000, σελ. 181

Κατά τη δεκαετία του 1950, ο Juran ασχολήθηκε σε θέματα Ποιότητας στην Ιαπωνία. Η φιλοσοφία και η προσέγγιση του στο θέμα της Ποιότητας αποτυπώνεται σε τρεις αλληλοσυσχετιζόμενες διοικητικές διαδικασίες, τις οποίες ονόμασε «τριλογία της ποιότητας» (Juran, 1988, p. 11) ως εξής:

α) Σχεδιασμός Ποιότητας, με την Διοίκηση της επιχείρησης – οργανισμού να είναι υπεύθυνη για τις ενέργειες που ακολουθούν:

- Καθορισμός ποιοτικών στόχων,
- Ανάπτυξη σχεδίων για την επίτευξη των στόχων
- Εντοπισμός των απαιτούμενων πόρων
- Μετατροπή των στόχων σε ποιότητα
- Σύνοψη των ανωτέρω ενεργειών σε ένα πλάνο ποιότητας.

β) Έλεγχος Ποιότητας, ο οποίος αφορά στην διαδικασία της ανατροφοδότησης και πληροφόρησης:

- Αξιολόγηση απόδοσης
- Σύγκριση απόδοσης με στόχους
- Ανάληψη διορθωτικών ενεργειών, όπου απαιτείται

γ) Βελτιώσεις Ποιότητας, διαδικασία η οποία αφορά στις ενέργειες που είναι απαραίτητες προκειμένου να βελτιωθεί η Ποιότητα της επιχείρησης – οργανισμού συνολικά – ολιστικά, και ενδέχεται να αναφέρονται στην αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη, στην αύξηση των κερδών, στην μείωση των ελαττωματικών προϊόντων κ.ο.κ.

Η βελτίωση της Ποιότητας σε μια επιχείρηση – οργανισμό απασχόλησε και τον Αμερικανό σύμβουλο επιχειρήσεων Crosby, θεμελιώνοντας την άποψη βάσει της οποίας μια επιχείρηση – οργανισμός χαμηλής Ποιότητας, είναι ένας ασθενής που χρειάζεται το «Εμβόλιο της Ποιότητας», προτείνοντας έναν οδικό χάρτη δεκατεσσάρων βημάτων για την βελτίωση της Ποιότητας, Crosby (1979):

1. Δέσμευση της Διοίκησης (Management Commitment) στην Ποιότητα,
2. Σχεδιασμός ομάδων βελτίωσης με την συμμετοχή υπαλλήλων από κάθε τμήμα και επίπεδο του οργανισμού – επιχείρησης,
3. Εγκαθίδρυση & καθιέρωση μετρήσεων Ποιότητας σε κάθε διαδικασία ή δραστηριότητας του οργανισμού – επιχείρησης,
4. Εκτίμηση του κόστους Ποιότητας & ταυτόχρονα, μέτρηση & αξιολόγηση της αποδοτικότητας των διορθωτικών ενεργειών,
5. Ευαισθητοποίηση, εκπαίδευση & ενημέρωση των υπαλλήλων σε θέματα Ποιότητας,
6. Υλοποίηση διορθωτικών ενεργειών εκ των έσω, ενθαρρύνοντας τους εργαζόμενους για τον εντοπισμό τους,
7. Σύσταση ομάδας – επιτροπής με σκοπό την εφαρμογή μηδενικών ελαττωματικών προϊόντων,
8. Συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των υπαλλήλων,
9. Θέσπιση συγκεκριμένης ημέρας αφιερωμένης στην Ποιότητα, με δράσεις ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, με παρουσιάσεις, ζωντανά παραδείγματα και σεμινάρια (workshops),
10. Θέσπιση στόχων (στοχοθεσία) για τους υπαλλήλους,
11. Υιοθέτηση πολιτικής με σκοπό την μείωση ή και εξάλειψη των αιτιών που προβληματικών περιοχών και λόγων που έχουν ως αποτέλεσμα την κακή Ποιότητα, όπως αυτές εντοπίζονται από τους υπαλλήλους,
12. Καθιέρωση ενός συστήματος ανταμοιβής & ενημέρωσης για τους υπαλλήλους που εκπληρώνουν τους στόχους που έχουν τεθεί,
13. Δημιουργία ενός οργάνου, πχ ένα «Συμβούλιο Ποιότητας», το οποίο σε τακτά χρονικά διαστήματα θα εκπονεί συγκεκριμένο πρόγραμμα ενεργειών, με σκοπό την βελτίωση της Ποιότητας στον οργανισμό – επιχείρηση,

14. υλοποίηση όλων των ανωτέρω σημείων από την αρχή.

Η ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στις τρεις προαναφερθείσες θεωρητικές προσεγγίσεις της Ποιότητας, έγκειται στην διαφορετική οπτική γωνία από την οποία προσεγγίζουν την Ποιότητα. Ο Crosby δίνει έμφαση στην παρακίνηση ολόκληρου του οργανισμού προς την υιοθέτηση της ποιότητας, ο Juran στη διοίκηση έργων και ο Deming στο στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών (Dale et al., 1994a). Την αξία και την σπουδαιότητα της Ποιότητας τόνισαν αρκετοί ακόμα θεωρητικοί και ερευνητές του κλάδου, όπως ο Shingo (1986), ο οποίος εισήγαγε τη θεωρία των «μηδέν λαθών - Poka Yoke», ο Ishikawa (1985), που συνέβαλε στην ευρεία διάδοση και χρήση των εργαλείων στατιστικού ελέγχου, ο Imai (1986), ο οποίος εισήγαγε την έννοια kaizen που αναφέρεται στη μακροχρόνια βελτίωση, ο Feigenbaum (1991) που διατύπωσε την έννοια του βιομηχανικού κύκλου και του κρυμμένου εργοστασίου καθώς και ο Taguchi (1981) που ασχολήθηκε με την πραγματική Ποιότητα της σχεδίασης, με την ανάπτυξη της συνάρτησης της απώλειας.

2.3.2 Βραβεία και Πρότυπα Συστημάτων Ποιότητας

Τα σύγχρονα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας, (BS EN ISO 9000, EN 29000, BS 5750) καθώς και τα βραβεία Ποιότητας (το Ευρωπαϊκό (EFQM) και το Αμερικανικό (MBNQ) όπως και το βραβείο Ποιότητας Deming), αποτελούν μια καλή αφετηρία για την εμπέδωση της φιλοσοφίας της ΔΟΠ σε μια επιχείρηση, καθώς είναι εναρμονισμένα με τις αρχές της ΔΟΠ (Dale and Plunkett, 1990).

Το πρώτο βραβείο Ποιότητας που καθιερώθηκε, ήταν το βραβείο Deming το 1951, από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων και Μηχανικών προς τιμή του Αμερικανού Edwards W. Deming και απονέμεται σε επιχειρήσεις που το προηγούμενο έτος πέτυχαν τις σημαντικότερες βελτιώσεις και προόδους στο χώρο της Ποιότητας (Κέφης, 2005).

Το Βραβείο Ποιότητας Baldrige <https://www.nist.gov/baldrige> αποτελεί την απάντηση της Αμερικής στο βραβείο ποιότητας Deming, (Malcolm Baldrige National Quality Award – MBNQA, <https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award>), και καθιερώθηκε από το αμερικανικό υπουργείο Εμπορίου το 1987, σε συνεργασία με την Αμερικανική Εταιρεία Ελέγχου Ποιότητας και το Ινστιτούτο Προτύπων και Τεχνολογίας. Σε αντιδιαστολή με το Βραβείο Deming, στο οποίο οι κατευθυντήριες οδηγίες της αξιολόγησης είναι γενικές, στο Βραβείο Baldrige οι

διάφορες κατηγορίες κριτηρίων και η σχετική αξιολόγηση περιγράφονται ενδελεχώς στο έντυπο αίτησης και αναλύονται διεξοδικά (Τσιότρας, 2002).

Η απάντηση της Ευρώπης ήρθε το 1992, όταν ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, www.eoq.org, σε συνεργασία με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Ποιότητας & της Ευρωπαϊκής Ένωσης – European Union (EE), καθιέρωσε το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας (European Business Excellence Model – EBEM), γνωστό κι ως EFQM Excellence Model. Το EFQM Excellence Model απαρτίζεται από 9 βασικά κριτήρια τα οποία εμπεριέχουν όλο το φάσμα των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων και διαδικασιών. Τα 9 βασικά κριτήρια έχουν διαφορετική βαρύτητα μεταξύ τους και συνοψίζονται στο ακόλουθο Σχήμα 2.4:

Ικανοποίηση πελατών - Customer Results (15%)

Ικανοποίηση προσωπικού στον οργανισμό - People Results (10%)

Επιχειρησιακή επίδοση - Key Results (15%)

Επίδραση στην κοινωνία - Society Results (10%)

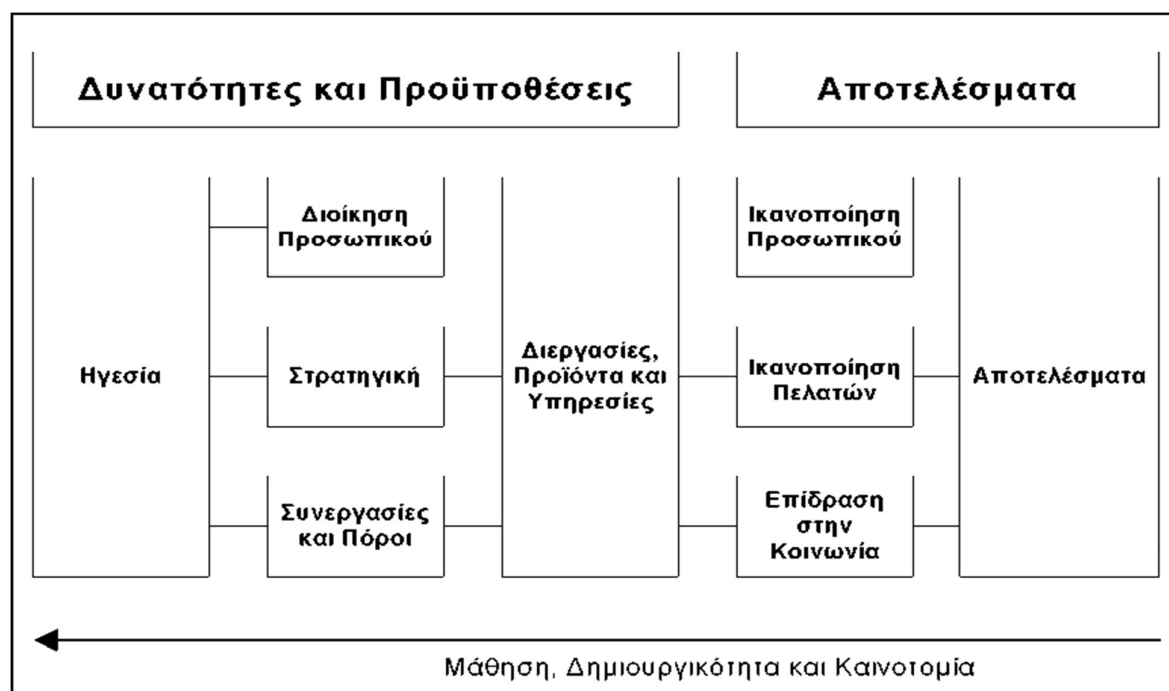
Ηγεσίας - Leadership (10%)

Στρατηγικής - Strategy (10%)

Διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού - People (10%)

Συνεργασιών και πόρων - Partnerships and Resources (10%)

Διεργασιών, Προϊόντων και Υπηρεσιών - Processes, Products and Services (10%).



Σχήμα 2.2: Το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας, EFQM Excellence Model (2010a,b)
<https://efqm.org/>

Τα κριτήρια του EFQM Excellence Model – Μοντέλου Επιχειρηματικής Αριστείας, διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες: την κατηγορία των αποτελεσμάτων (results) και την κατηγορία των μέσων επίτευξης, των προϋποθέσεων (enablers). Τα κριτήρια της πρώτης κατηγορίας (1-5) σχετίζονται με τα επιτεύγματα της επιχείρησης – οργανισμού έως τώρα, ενώ τα κριτήρια της δεύτερης κατηγορίας (6-9) σχετίζονται με τον τρόπο που η επιχείρηση – οργανισμός έχει επιτύχει αυτά τα αποτελέσματα.

Το EFQM - Excellence Model απαρτίζεται από τρία επίπεδα:

Επίπεδο 1 - Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία: στο επίπεδο αυτό, τεκμηριώνεται το πως η επιχείρηση – οργανισμός αντιπαρήλθε επιτυχώς του πρώτου εμποδίου, της Δέσμευσης (Commitment) και κατάφερε να φτάσει στην επιχειρηματική τελειότητα,

Επίπεδο 2 - Αναγνώριση για την Επιχειρηματική Αριστεία: τεκμηριώνει την άρτια οργάνωση της επιχείρησης – οργανισμού προς την προηγμένη επιχειρηματική αριστεία

Επίπεδο 3 - Ευρωπαϊκό Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας: Αναφέρεται στις καλύτερες επιχειρήσεις – οργανισμούς που στοχεύουν στην κατάκτηση της πρώτης θέσης, μεταξύ των κορυφαίων Ευρωπαϊκών Οργανισμών.

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας – EFQM αποτελεί τη βάση έμπνευσης του ΚΠΑ, το οποίο θα αναλυθεί στη συνέχεια. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ΚΠΑ αποτελεί μία οικονομική, ευέλικτη και ευκολότερη προσαρμογή του EFQM στο δημόσιο τομέα. Παρουσίαση και πρακτική εφαρμογή του ΚΠΑ επιχειρείται στις ενότητες που ακολουθούν.

Όπως προαναφέρθηκε, εκτός από τα βραβεία ποιότητας, οι επιχειρήσεις – οργανισμοί που επιθυμούν να υιοθετήσουν την ΔΟΠ, δύνανται να ξεκινήσουν εφαρμόζοντας σύγχρονα Συστήματα (Πρότυπα) Διασφάλισης της Ποιότητας ως μια καλή αφετηρία. Τα ΣΔΠ είναι τεκμηριωμένες γενικές ή ειδικές προδιαγραφές και τεχνικά έγγραφα για διαδικασίες είτε αυτές αφορούν στην παραγωγή προϊόντων είτε στην παροχή υπηρεσιών. Τα ΣΔΠ χωρίζονται σε διεθνή, ευρωπαϊκά και εθνικά και μεταξύ αυτών βρίσκονται τα παρακάτω:

Σύστημα Διασφάλισης ποιότητας (ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008)

Σύστημα Ασφάλειας και Υγιεινής Προϊόντων (Haccp)

Σύστημα Ασφάλειας Δεδομένων & Πληροφοριών (BS 7799)

Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης (ΕΛΟΤ ISO 14001, EMAS, EcoLabel)

Σύστημα Υγιεινής & Ασφάλειας εργασίας (BS 8800, OHSAS 18001)

Διαπίστευση Εργαστηριακών δοκιμών (EN 45000, ISO 17025)

Σήμανση Ασφάλειας Προϊόντων (CE)

Το διεθνές Πρότυπο ISO 9001, αποτελεί την μήτρα των περισσότερων σύγχρονων ΣΔΠ και αποτελεί διεθνώς το πλέον αναγνωρισμένο και εφαρμοσμένο ΣΔΠ. Το εν λόγω Πρότυπο Ποιότητας είναι αποτέλεσμα του Διεθνούς Οργανισμού Προτυποποίησης - International Standardization Organization (ISO), ενός οργανισμού με κύρια αρμοδιότητα και ευθύνη την προώθηση της τυποποίησης και συναφών ενεργειών ποιότητας με στόχο τη διευκόλυνση των διεθνών ανταλλαγών και συνεργασιών <http://www.iso.org>. Ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), <http://www.elot.gr/> αποτελεί μέλος του Διεθνούς Οργανισμού Προτυποποίησης του ISO με κύρια αρμοδιότητα την έκδοση Προτύπων στην Ελλάδα, καθώς και την απονομή σημάτων συμμόρφωσης (ποιότητας), την χορήγηση πιστοποιητικών συμμόρφωσης (Ποιότητας), την πιστοποίηση ΣΔΠ σε επιχειρήσεις καθώς και την διενέργεια εργαστηριακών δοκιμών.

Για την απόκτηση του προτύπου ISO 9001 απαιτείται η επιθεώρηση εφαρμογής του συστήματος από κατάλληλο (ως προς τις δραστηριότητες της επιχείρησης) εξωτερικό φορέα (ελεγμένο και διαπιστευμένο από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ) του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας). Σε αυτό το πλαίσιο λαμβάνει χώρα ένας έλεγχος (επιθεώρηση) της τεκμηρίωσης, της εφαρμογής και της πληρότητας του εφαρμοζόμενου ΣΔΠ σε σχέση με το Πρότυπο ISO 9001:2015 και όλων των κανόνων και διαδικασιών που ορίζει το Πρότυπο. Η επιθεώρηση αποσκοπεί στο να ελέγξει αν το ΣΔΠ της επιχείρησης – οργανισμού, εφαρμόζεται ορθά και αποτελεσματικά. Με την ολοκλήρωση του ελέγχου και εφόσον ο αξιολόγησης αποφανθεί θετικά, η επιχείρηση λαμβάνει το πιστοποιητικό (η ισχύς της πιστοποίησης είναι τριετής) και υπόκειται σε ετήσια επιθεώρηση – επιτήρηση από τον φορέα πιστοποίησης, μέχρι το πέρας της τριετίας και την εκ νέου πιστοποίησή της επιχείρησης - οργανισμού. Παρόλα τα οφέλη για την επιχείρηση ή δημόσιο οργανισμό από την εφαρμογή του προτύπου ISO, το ISO μειονεκτεί στο ότι δεν προσφέρει μία διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης. Βλέπε περισσότερα στον επίσημο δικτυακό τόπο: <http://www.esyd.gr>

2.3.3 Συγκριτική Αξιολόγηση – Benchmarking

Το Benchmarking ή ελληνιστί, η τεχνική της Συγκριτικής Αξιολόγησης αποτελεί «πνευματικό τέκνο» της εταιρείας Xerox, στην οποία εφαρμόστηκε αρχικά στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '80. Η Συγκριτική Αξιολόγηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για βελτίωση, κάτι που δύναται να επιτευχθεί μέσω της σύγκρισης με άλλες επιχειρήσεις που η επιχείρηση αναγνώρισε ως τις καλύτερες του κλάδου (Bhutta and Huq, 1999, p.255). Ο Camp (1995) ταξινομεί τις πρακτικές της Συγκριτικής Αξιολόγησης σε τέσσερις κατηγορίες:

- *Εσωτερική, η οποία αφορά στη σύγκριση συναφών διαδικασιών της ίδιας επιχείρησης.*
- *Ανταγωνιστική, η οποία αφορά στη σύγκριση συγκεκριμένων σημείων με τον καλύτερο άμεσο ανταγωνιστή.*
- *Λειτουργική, η οποία αναφέρεται στη σύγκριση των μεθόδων που εφαρμόζει ο οργανισμός – επιχείρηση, σε σχέση με τις μεθόδους άλλων επιχειρήσεων, οι οποίες έχουν παρόμοιες διαδικασίες στην ίδια λειτουργία.*
- *Γενική διαδικασία, η οποία αφορά στη σύγκριση των διαδικασιών της επιχείρησης με άλλες που έχουν υποδειγματικές και καινοτόμες διαδικασίες.*

Η τεχνική της Συγκριτικής Αξιολόγησης δύναται να αξιοποιηθεί από όλους τους οργανισμούς – επιχειρήσεις, ανεξαρτήτως κατηγορίας δραστηριότητας και μεγέθους. Η μόνη διαφορά στην εφαρμογή της τεχνικής της Συγκριτικής Αξιολόγησης έγκειται στον αριθμό των βημάτων που πρέπει να ακολουθηθούν. Ο Camp (1989) αντλώντας από την εμπειρία της Xerox, ανέπτυξε ένα μοντέλο 10 βημάτων για την αποτελεσματική εφαρμογή του Benchmarking: (1) προσδιορισμός του αντικειμένου αξιολόγησης, (2) εντοπισμός των επιχειρήσεων με τις οποίες θα επιχειρηθεί η σύγκριση, (3) καθορισμός της μεθόδου συλλογής των δεδομένων και συλλογή αυτών, (4) υπολογισμός του υπάρχοντος χάσματος απόδοσης, (5) προγραμματισμός μελλοντικών επίπεδων απόδοσης, (6) επικοινωνία των ευρημάτων και εξασφάλιση αποδοχής, (7) καθιέρωση λειτουργικών στόχων, (8) ανάπτυξη προγραμμάτων δράσης, (9) εφαρμογή των ενεργειών και έλεγχος της προόδου, (10) επαναπροσδιορισμός των μέτρων σύγκρισης. Τα δέκα ανωτέρω βήματα ταξινομούνται σε τέσσερις διαδοχικές φάσεις: σχεδιασμός (βήματα 1-3), ανάλυση (βήματα 4-5), εισαγωγή (βήματα 6-7), δράση (βήματα 8-10).

Ο Μιχαλόπουλος (2003, σελ. 254) τονίζει ότι “οι συγκριτικές πλέον επιδόσεις είναι το κυρίαρχο εργαλείο που αξιοποιείται όλο και περισσότερο από τις δημόσιες υπηρεσίες με στόχο όχι τόσο την αξιολογική διαβάθμιση των συγκρινόμενων υπηρεσιών, αλλά τον εντοπισμό πεδίων διοίκησης από τα οποία μπορούν να μάθουν τις με έγκυρο τρόπο πιστοποιημένες και βραβευμένες καλύτερες πρακτικές διοίκησης”.

2.4 Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης

2.4.1 Εισαγωγή – Ορισμός του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ)

Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) είναι ένα εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), μέσω του οποίου, οι δημόσιοι οργανισμοί και φορείς δύνανται να βελτιώσουν την εσωτερική δομή και οργάνωσή τους, ως επίσης και την Ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν στους πολίτες, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, Δ' Έκδοση, Εθνικό Τυπογραφείο, 2009. Το ΚΠΑ στηρίζεται στο Ευρωπαϊκό Πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση Ποιότητας (European Foundation Quality Management - EFQM) και το πρότυπο του Γερμανικού Πανεπιστημίου Διοικητικών Επιστημών Spreyer. Το ΚΠΑ έχει υιοθετηθεί από όλα σχεδόν τα κράτη – μέλη της ΕΕ και έχει αναπτυχθεί προκειμένου να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα της Δημόσιας Διοίκησης, τοπικό, περιφερειακό και εθνικό. Ένας δημόσιος οργανισμός – επιχείρηση δύναται αν εφαρμόσει το ΚΠΑ ως εργαλείο αυτοαξιολόγησης, στο σύνολό του ή σε μια συγκεκριμένη οργανική μονάδα – business unit – με την ενεργό συμμετοχή και εμπλοκή του ανθρώπινου δυναμικού, ΔΙΠΑ/Φ.1/οικ.9537/12.4.2007.

Το ΚΠΑ αποτελεί το έργο της συνεργασίας μεταξύ των Υπουργών αρμοδίων για θέματα Δημόσιας Διοίκησης της ΕΕ. Η Ομάδα Καινοτόμων Δημοσίων Υπηρεσιών (ΟΚΔΥ) (Innovative Public Services Group – IPSG), αντικείμενο της οποίας είναι η προώθηση της διακρατικής συνεργασίας στον τομέα της ανάπτυξης διοικητικών καινοτομιών και ποιοτικών δημοσίων υπηρεσιών μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι αυτή που σχεδίασε και διαμόρφωσε τη δομή και τη μεθοδολογία εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης. Το Μάιο του 2000, κατά τη διάρκεια της πρώτης συνδιάσκεψης Ποιότητας για τη Δημόσια Διοίκηση που πραγματοποιήθηκε στη Λισσαβόνα, παρουσιάστηκε η πιλοτική εκδοχή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης. Στο 2ο Συνέδριο Ποιότητας, το 2002 στην Κοπεγχάγη, παρουσιάστηκε η δεύτερη βελτιωμένη έκδοση, ενώ το 2006, στο Τάμπερε της Φινλανδίας, κατά τη διάρκεια του 4ου Συνεδρίου Ποιότητας, παρουσιάστηκε η μέχρι και σήμερα ισχύουσα τρίτη έκδοση του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, Engel et al, (2003).

Το ΚΠΑ έρχεται να εξυπηρετήσει & να επιτύχει τέσσερις βασικούς στόχους:

- I. Εφαρμογή των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην οργάνωση και λειτουργία της δημόσιας διοίκησης με δομικές συνιστώσες, τα «τεταρτημόρια» ενός Κύκλου Ποιότητας: Προγραμματισμός, Εκτέλεση, Έλεγχος και Ανάδραση.
- II. Αποτύπωση της υφιστάμενης σχέσης ανάμεσα στις εισροές και τους πόρους και τις τελικές παρεχόμενες εκροές και υπηρεσίες και προσδιορισμός πιθανών ενεργειών

βελτίωσης.

III. Γεφύρωση του «χάσματος» μεταξύ των διαφορετικών μοντέλων διασφάλισης ποιότητας και διοίκησης ολικής ποιότητας που χρησιμοποιούνται στις δημόσιες διοικήσεις των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

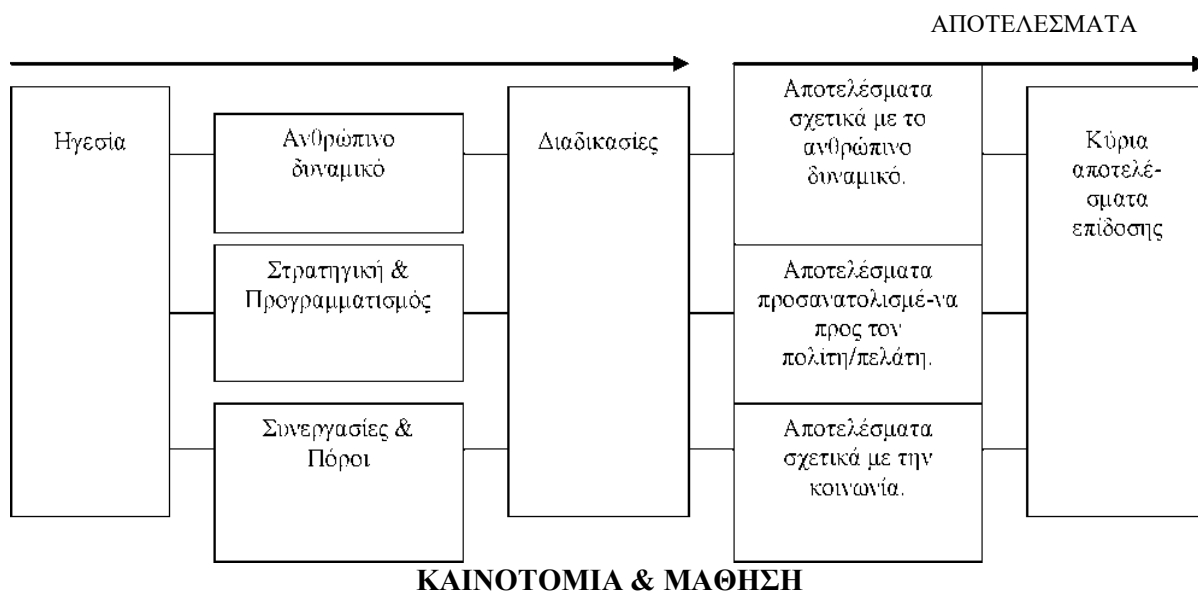
IV. Ενθάρρυνση της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και της συγκριτικής μάθησης (bench – learning) μεταξύ οργανικών μονάδων του ίδιου ή διαφορετικών δημοσίων φορέων.

2.4.2 Δομή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης

Το ΚΠΑ απαρτίζεται από εννέα κριτήρια αξιολόγησης, βλ. Σχήμα 2.4, τα οποία αφορούν και προσδιορίζουν τη διοίκηση, την οργάνωση και λειτουργία ενός δημόσιου οργανισμού – επιχείρησης, στους παρακάτω τομείς: α) ηγεσία, β) στρατηγική & προγραμματισμός, γ) διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, δ) εξωτερικές συνεργασίες & πόροι, ε) διοίκηση διαδικασιών & αλλαγών, στ) αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/ πελάτη, ζ) αποτελέσματα για το ανθρώπινο δυναμικό, η) αποτελέσματα σχετικά με την κοινωνία, θ) κύρια αποτελέσματα. Το κάθε κριτήριο από αυτά τα 9, συνίσταται από μια δέσμη υποκριτηρίων, συνολικά 28, και τα οποία είναι οι κύριοι άξονες στους οποίους θα στηριχθεί η αυτοαξιολόγηση. Στη συνέχεια, κάθε υποκριτήριο υποδιαιρείται σε δέσμη παραδειγμάτων (συνολικά 212), τα οποία με τη σειρά τους, εν είδη ερωτηματολογίου, αποτελούν τα μέτρα, τους δείκτες ουσιαστικά, ποσοτικούς & ποιοτικούς, βάσει των οποίων θα αξιολογηθεί και θα μετρηθεί το ποσοστό επίτευξης του κάθε υποκριτηρίου.

Τα κριτήρια 1-5 αναφέρονται στα χαρακτηριστικά ενός δημόσιου οργανισμού – επιχείρησης, τη φυσιογνωμία του, τον τρόπο οργάνωσης και εσωτερικής διαχείρισης των διαδικασιών του. Τα εν λόγω κριτήρια είναι επίσης και οι προϋποθέσεις που προσδιορίζουν και καθορίζουν το βαθμό αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της δημόσιας υπηρεσίας και βαθμολογούνται με ανάλογη κλίμακα, την κλίμακα της ομάδας αξιολόγησης προϋποθέσεων.

Τα κριτήρια 6-9 εστιάζουν από τις προϋποθέσεις στα αποτελέσματα και βάσει αυτών των κριτηρίων ο δημόσιος οργανισμός – επιχείρηση, δύναται να αξιολογήσει το βαθμό επίτευξης των στόχων που θέτει, ως επίσης και να μετρά και αξιολογεί το αποτέλεσμα, το παραγόμενο έργο (εκροές) μέσα από την λειτουργία του. Ο βαθμός επίτευξης των κριτηρίων αυτών, αξιολογείται και βαθμολογείται στην κλίμακα της ομάδας αξιολόγησης αποτελεσμάτων, ΔΠΠΑ/Φ.1/οικ.6305/12.3.2007, «Αποστολή Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης και Οδηγού Εφαρμογής του Κ.Π.Α.», Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης.



Σχήμα 2.4: Δομή του Κ.Π.Α.

Πηγή: EFQM Excellence Model, (<https://efqm.org/the-efqm-model/>) (2010 a, b)

2.4.3 Τα Κριτήρια Προϋποθέσεων του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης

Όπως προαναφέρθηκε, τα Κριτήρια Προϋποθέσεων 1-5, αναφέρονται στην οργάνωση & διοίκηση της δημόσιας υπηρεσίας, την νοοτροπία λειτουργίας που την διέπει & στον τρόπο που διαχειρίζεται τους πόρους – εισροές – και τα αποτελέσματά της. Εδώ παρατηρείται ένα σχετικό έλλειμμα με την Ελληνική πραγματικότητα, καθώς έννοιες όπως λογοδοσία, αποδοτικότητα και λόγος ωφέλειας προς κόστος δεν είναι ευρέως διαδεδομένες στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση.

Τα Κριτήρια Οργάνωσης και Διοίκησης

Κριτήριο 1: Ηγεσία	
Υποκριτήριο 1.1	Παροχή σαφούς κατεύθυνσης στη Δημόσια Οργάνωση με επίκεντρο την αποστολή, το όραμα και τις αξίες του Οργανισμού.
Υποκριτήριο 1.2	Ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος διοίκησης της οργάνωσης, της απόδοσης και της αλλαγής.
Υποκριτήριο 1.3	Υποκίνηση, ενθάρρυνση και υποστήριξη του ανθρώπινου δυναμικού.
Υποκριτήριο 1.4	Διαχείριση των σχέσεων με τους πολιτικούς και με τις εμπλεκόμενες ομάδες συμφερόντων

Σε κάθε επιχείρηση ή οργανισμό, η Ηγεσία είναι αυτή που επωμίζεται την ευθύνη και το ρόλο της ανάπτυξης του οράματος και της διατύπωσης της αποστολής, υποκινεί και ενθαρρύνει το ανθρώπινο δυναμικό να αφοσιωθεί, να εμπλακεί ενεργά και να εργαστεί με σκοπό να επιτύχει τους στόχους που έχει θέσει. Η Ηγεσία σχεδιάζει, αναπτύσσει, εφαρμόζει, ελέγχει & αναθεωρεί

όπου χρειαστεί, τις διαδικασίες, τον τρόπο λειτουργίας, την οργάνωση καθώς και την εσωτερική διοικητική διάρθρωση, την κατανομή των πόρων κ.ο.κ, αποσκοπώντας στην εύρυθμη και ποιοτική λειτουργία της επιχείρησης – οργανισμού, για να επιτύχει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Κριτήριο 2: Στρατηγική & Προγραμματισμός	
Υποκριτήριο 2.1	Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις παρούσες & μελλοντικές ανάγκες των μετόχων.
Υποκριτήριο 2.2	Ανάπτυξη, αναθεώρηση και επικαιροποίηση της στρατηγικής & του προγραμματισμού.
Υποκριτήριο 2.3	Εφαρμογή της στρατηγικής & του προγραμματισμού σε όλο το Δημόσιο Φορέα.
Υποκριτήριο 2.3	Σχεδιασμός, εφαρμογή και επικαιροποίηση του προγράμματος για τον εκσυγχρονισμό & την καινοτομία.

Ένας δημόσιος οργανισμός – επιχείρηση θέτει τους στόχους του καθώς και τον τρόπο επίτευξης αυτών και αυτή η διεργασία αποτελεί τον στρατηγικό του σχεδιασμό. Προκειμένου να υλοποιήσει επιτυχώς τον στρατηγικό του σχεδιασμό, ένας δημόσιος οργανισμός οφείλει να έχει μια ακριβή εικόνα της υφιστάμενης κατάστασης, τόσο εντός του οργανισμού όσο και του περιβάλλοντος στο οποίο δραστηριοποιείται, να έχει σαφείς και ξεκάθαρους στόχους και να έχει επίγνωση των δυνατών και αδύνατων σημείων του, SWOT Analysis.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός και η διαδικασία της οργάνωσης και του προγραμματισμού σε έναν δημόσιο οργανισμό – επιχείρηση, αποτελούνται από τρεις βασικές παραμέτρους:

- α) τον καθορισμό μιας ξεκάθαρης και σαφούς στοχοθεσίας καθώς και των απαιτούμενων ενεργειών & δράσεων για να επιτευχθούν αυτοί οι στρατηγικοί στόχοι,
- β) τον ακριβή καθορισμό των τομέων στους οποίους θα εστιαστεί η προσπάθεια καθώς και οι πόροι του οργανισμού, ανθρώπινο δυναμικό – εξοπλισμός / υλικά – οικονομικοί πόροι,
- γ) την κατανόηση, υιοθέτηση και απόλυτη δέσμευση στους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού από όλο το προσωπικό, όλων των βαθμίδων και κατηγοριών, κάτι που προϋποθέτει την πλήρη κατανόηση και υιοθέτησή τους. Επιπλέον, το κριτήριο αυτό εξετάζει επίσης την ικανότητα της δημόσιας οργάνωσης να προετοιμάζεται, να διαχειρίζεται και να αντιμετωπίζει τις αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον.

Κριτήριο 3: Ανθρώπινο Δυναμικό	
Υποκριτήριο 3.1	Προγραμματισμός, διοίκηση & βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού σε σχέση με τη στρατηγική & τον προγραμματισμό.
Υποκριτήριο 3.2	Προσδιορισμός, ανάπτυξη & αξιοποίηση των ικανοτήτων των υπαλλήλων, εναρμονισμός ατόμων & ομάδων με τους σκοπούς & στόχους της οργάνωσης.
Υποκριτήριο 3.3	Ενεργοποίηση του προσωπικού μέσω της ανάπτυξης του διαλόγου & της ενδυνάμωσής του.

Ο πιο σημαντικός πόρος μιας δημόσιας οργάνωσης είναι αναμφισβήτητο το ανθρώπινο δυναμικό της και ειδικά σε ότι αφορά σε οργανισμούς εντάσεως εργασίας, κατηγορία στην οποία ανήκουν τα Νοσοκομεία. Η απόλυτη δέσμευση του προσωπικού στην επιτυχή εκπλήρωση της στρατηγικής του οργανισμού, με την απαιτούμενη παρακίνηση, ενθάρρυνση και έμπνευση από την διοίκηση – ηγεσία του οργανισμού, είναι η ικανή και αναγκαία προϋπόθεση επιτυχίας. Αυτό φυσικά προϋποθέτει την ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, και μάλιστα την ορθολογική αξιοποίησή του, με την διοίκηση να καταβάλλει την μέγιστη δυνατή προσπάθεια προκειμένου να αποκομίσει το μέγιστο δυνατό από τις ικανότητες του προσωπικού του οργανισμού, ή να συμβάλλει στην ανάπτυξη τους. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση θα διαδραματίσει έναν καταλυτικό ρόλο σε αυτό, καλλιεργώντας και αναπτύσσοντας νέες δεξιότητες και πρακτικές εργασίας, στοιχεία τα οποία θα προσδώσουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον οργανισμό, και θα έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία προστιθέμενης αξίας και της βελτίωσης της αποτελεσματικής λειτουργίας τους οργανισμού.

Κριτήριο 4: Συνεργασίες και Πόροι	
Υποκριτήριο 4.1	Ανάπτυξη & υλοποίηση βασικών σχέσεων συνεργασίας.
Υποκριτήριο 4.2	Ανάπτυξη & εφαρμογή συνεργασιών με τους πολίτες/ πελάτες.
Υποκριτήριο 4.3	Διαχείριση των οικονομικών.
Υποκριτήριο 4.4	Διαχείριση της πληροφορίας & της γνώσης.
Υποκριτήριο 4.5	Διαχείριση της τεχνολογίας.
Υποκριτήριο 4.6	Διαχείριση των εγκαταστάσεων.

Η αξιοποίηση και η ορθολογική διαχείριση των λοιπών πόρων ενός δημόσιου οργανισμού, πλην του ανθρώπινου δυναμικού, όπως είναι η κτηριακή υποδομή, ο τεχνολογικός (& βιοιατρικός στην περίπτωση ενός Νοσοκομείου) εξοπλισμός αλλά και οι οικονομικοί πόροι, όπως και οι συνεργασίες με τους προμηθευτές και τα λοιπά μέρη της εφοδιαστικής αλυσίδας, είναι επίσης καθοριστικοί παράγοντες για την εύρυθμη, αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία ενός

δημόσιου οργανισμού. Προκειμένου να καταστεί εφικτό αυτό, η Ηγεσία – Διοίκηση του οργανισμού οφείλει να εντάξει όλους αυτούς τους πόρους μέσα σε μια συγκεκριμένη ροή διαδικασιών και παραγωγικών διαδικασιών, με σκοπό την παραγωγή συγκεκριμένων αποτελεσμάτων – εκροών. Στο πλαίσιο της χρηστής Δημόσιας Διοίκησης, οι δημόσιοι οργανισμοί και επιχειρήσεις οφείλουν να βρίσκουν το σημείο ισορροπίας μεταξύ της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και της ελαχιστοποίησης του κόστους παραγωγής της αυτών των ποιοτικών υπηρεσιών.

Κριτήριο 5: Διαδικασίες	
Υποκριτήριο 5.1	Προσδιορισμός, σχεδιασμός, διαχείριση & βελτίωση των διαδικασιών σε συνεχόμενη βάση.
Υποκριτήριο 5.2	Ανάπτυξη & παροχή υπηρεσιών & προϊόντων προσανατολισμένα προς τον πολίτη/πελάτη.
Υποκριτήριο 5.3	Καινοτομία ως προς τις διαδικασίες με τη συμμετοχή πολιτών/πελατών.

Το κριτήριο 5 αξιολογεί τις διαδικασίες που επιστρατεύει ο δημόσιος οργανισμός προκειμένου να επιτύχει το επιθυμητό παραγωγικό αποτέλεσμα, εκροές, την δημόσια οργάνωση, ώστε οι διαθέσιμοι πόροι να μετασχηματιστούν σε εκροές και αποτελέσματα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι διαδικασίες και οι επιμέρους ροές και δέσμες εργασιών που τις συνθέτουν να παράγουν προστιθέμενη αξία τόσο για τον πολίτη/πελάτη όσο και για τον ίδιο το δημόσιο φορέα και τους εμπλεκόμενους μετόχους. Ένας δημόσιος οργανισμός οφείλει να μετασχηματίσει τους βασικούς του πόρους με την εξής διάρθρωση: ξεκινώντας με την απλοποίηση των διαδικασιών και τη μείωση της γραφειοκρατίας, ειδικά αν αυτό είναι προς όφελος του πολίτη, οφείλει στη συνέχεια να εισάγει καινοτομίες και καλές – βέλτιστες πρακτικές από τον ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, και να δεσμευτεί σε μια συνεχή επικαιροποίηση του τρόπου λειτουργίας του, προβαίνοντας στις απαιτούμενες προσαρμογές και μεταρρυθμίσεις, με στόχο την παραγωγή των βέλτιστων δυνατών αποτελεσμάτων με τον πλέον αποδοτικό τρόπο.

Τα Κριτήρια Αξιολόγησης των Προϋποθέσεων των Αποτελεσμάτων

Όπως προαναφέρθηκε, τα Κριτήρια 6-9 εστιάζουν στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Τα κριτήρια των αποτελεσμάτων στην ουσία αξιολογούν το βαθμό ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου οργανισμού, του πολίτη – «καταναλωτή των διοικητικών προϊόντων», των μετόχων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, τόσο μέσα από τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο δημόσιος οργανισμός όσο και από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κριτήριο 6: Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/πελάτη	
Υποκριτήριο 6.1	Αποτελέσματα των μετρήσεων ικανοποίησης των πολιτών / πελατών
Υποκριτήριο 6.2	Δείκτες που αφορούν μετρήσεις για τον πολίτη/ πελάτη

Η επιτυχής ή μη λειτουργία ενός δημόσιου οργανισμού, κρίνεται από το βαθμό ικανοποίησης του τελικού αποδέκτη, του πολίτη – πελάτη – ασθενή στην περίπτωση ενός Νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα της λειτουργίας του δημόσιου οργανισμού είναι τα επιθυμητά; Είναι απτά; Είναι ποιοτικά; Αυτό καλείται να απαντήσει ο πολίτης μέσα από τη συνδιαλλαγή του με την δημόσια διοίκηση, μέσα από την «διεπαφή» του με έναν δημόσιο οργανισμό, το κατά πόσο εξυπηρετήθηκε, πόσο καλά, γρήγορα και αποτελεσματικά ικανοποιήθηκε η ανάγκη του, η οποία στην περίπτωση ενός Νοσοκομείου, έγκειται στο αν ο ασθενής έλαβε ασφαλή και ποιοτική ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Αυτό το κριτήριο θα καθορίσει κατά πόσο ο δημόσιος οργανισμός κατάφερε να ανταποκριθεί στον θεσμικό του ρόλο, στην αποστολή και στο όραμα της Διοίκησης. Η αποτελεσματικότητα εδράζεται σε τέσσερις κύριες παραμέτρους, οι οποίες πρέπει να ικανοποιούνται ταυτόχρονα και αφορούν: στην επίτευξη του στόχου του δημόσιου οργανισμού, στην καταλληλότητα της υπηρεσίας, στην ισότιμη πρόσβαση στην παρεχόμενη υπηρεσία και στην ποιότητα του αποτελέσματος.

Κριτήριο 7: Αποτελέσματα για το Ανθρώπινο Δυναμικό	
Υποκριτήριο 7.1	Αποτελέσματα της μέτρησης ικανοποίησης του Ανθρώπινου Δυναμικού.
Υποκριτήριο 7.2	Δείκτες αποτελεσματικότητας του Ανθρώπινου Δυναμικού.

Στο κριτήριο 7 το ΚΠΑ αξιολογεί το κλάσμα, παραγόμενο αποτέλεσμα προς την απόδοση των υπαλλήλων, την ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους, από τα κίνητρα που τους παρέχονται προκειμένου να εκτελέσουν την εργασία τους και να επιτύχουν τους στόχους τους και τέλος, από τις προοπτικές που έχουν για εξέλιξη και ανέλιξη, αξιοποιώντας τις – νέες – δεξιότητες που αναπτύσσουν ή καλλιεργούν. Η αλληλεπίδραση μέσα από συμμετοχικές διαδικασίες στον προγραμματισμό της δράσης του δημόσιου φορέα, η δημιουργία ενός συμφωνημένου πλαισίου αφορά και στην ευαισθητοποίηση σε γενικότερα θέματα περιβαλλοντικού, οικονομικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος (προστασία των φυσικών πόρων/ των μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού, βελτίωση του βιοτικού επιπέδου της κοινωνίας κλπ) (Πασσάς, 2009).

Κριτήριο 8: Αποτελέσματα σχετικά με την κοινωνία	
Υποκριτήριο 8.1	Αποτελέσματα των κοινωνικών μετρήσεων όπως τα αντιλαμβάνονται οι μέτοχοι.
Υποκριτήριο 8.2	Δείκτες κοινωνικής επίδοσης καθιερωμένοι από το φορέα.

Τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει η δημόσια υπηρεσία απέναντι στην κοινωνία διαμορφώνουν την αντίληψη και εκτίμηση των πολιτών για τη συμβολή τόσο της υπηρεσίας όσο και της δημόσιας διοίκησης γενικότερα, στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Πόσο μάλλον στην περίπτωση ενός δημόσιου Νοσοκομείου, και μάλιστα του μοναδικού σε έναν νομό όπως είναι η περίπτωση του ΓΝΧ, όπου το ουσιαστικό και κοινωνικό αποτύπωμα του οργανισμού στην τοπική κοινωνία είναι πραγματικά ανυπολόγιστων διαστάσεων. Οι δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα τους πολίτες, συνεπώς είναι σημαντικό να αναπτύσσουν μηχανισμούς μέτρησης των αποτελεσμάτων των δράσεων τους στο κοινωνικό σύνολο.

Κριτήριο 9: Κύρια αποτελέσματα επίδοσης	
Υποκριτήριο 9.1	Εξωτερικά αποτελέσματα: εκροές & αποτελέσματα
Υποκριτήριο 9.1	Εσωτερικά αποτελέσματα

Το ένατο κριτήριο των αποτελεσμάτων αφορά σε αυτά που πέτυχε ο δημόσιος οργανισμός σε σχέση με την στρατηγική και το όραμά του, καθώς και σε βάσει των αναγκών και απαιτήσεων των μετόχων (παραγωγή εξωτερικών αποτελεσμάτων) και σε συνάρτηση με τα επιτεύγματα από την εσωτερική του οργάνωση και λειτουργία (εσωτερικά αποτελέσματα).

Σε ότι αφορά στα εξωτερικά αποτελέσματα, το κυρίαρχο κριτήριο εστιάζει στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του οργανισμού όπως αυτό προκύπτει μέσα από την δράση και λειτουργία του, αν κατάφερε ουσιαστικά ένα καλό και ποιοτικό αποτέλεσμα – εκροή – αποδοτικά, με το μικρότερο δυνατό κόστος. Όσον αφορά στα εσωτερικά αποτελέσματα, η έμφαση δίνεται στην ικανότητα του δημόσιου οργανισμού – επιχείρησης να:

- Υιοθετήσει μια νοοτροπία η οποία θα ενθαρρύνει τις συνεργασίες και θα επιδιώκει την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του προσωπικού της μέσα από την λειτουργία του,
- Επιτύχει την αξιοποίηση των όποιων ευκαιριών χρηματοδότησης & πρόσθετων πόρων,
- Αξιοποιεί τις σύγχρονες ΤΠΕ, &
- Να υλοποιεί ενέργειες προληπτικού & κατασταλτικού ελέγχου στο εσωτερικό του.

2.4.4 Συστήματα Βαθμολόγησης του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης

Η βαθμολόγηση του ΚΠΑ, σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση, μπορεί να γίνει με δύο τρόπους:

- α) τον «απλό» τρόπο βαθμολόγησης και
- β) το σύστημα της «αναλυτικής-παραμετροποιημένης» βαθμολόγησης.

Και με τους δύο τρόπους, η βαθμολόγηση βασίζεται σε δύο άξονες:

- *στον άξονα της ομάδας αξιολόγησης προϋποθέσεων και*
- *στον άξονα της ομάδας αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.*

Η σκοπιμότητα και αναγκαιότητα της βαθμολόγησης έγκειται στους εξής λόγους:

- Παροχή των απαιτούμενων ενδείξεων σχετικά με την ορθότητα και καταλληλότητα των διορθωτικών ενεργειών και μέτρων βελτίωσης
- Επικαιροποίηση και καταγραφή του βαθμού βελτίωσης του φορέα διαχρονικά
- Προσδιορισμός βέλτιστων πρακτικών
- Να επιτευχθεί η συγκριτική αξιολόγηση αλλά και η συγκριτική μάθηση (bench – learning), (με αφετηρία την προσεκτική επικύρωση των βαθμολογιών, η συγκριτική αποτίμηση και μάθηση εστιάζουν στον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης των προϋποθέσεων και στον τρόπο επίτευξης των αποτελεσμάτων).

2.4.5 Φάσεις και Μεθοδολογία Εκπόνησης Σχεδίου Δράσης για την Εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης

Η εφαρμογή του ΚΠΑ πραγματοποιείται στη βάση ενός σχεδίου δράσης, το οποίο εκπονείται από την Ομάδα Αξιολόγησης, Οδηγός Εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., (2009). Η τελευταία συστήνεται με Απόφαση του αρμοδίου οργάνου διοίκησης του φορέα και με τη συνεργασία και καθοδήγηση της Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνηση και πρέπει να ακολουθήσει τις υποδείξεις και κατευθύνσεις του Οδηγού, ΔΠΑ/Φ.1/οικ.6305/12.3.2007. Αναλυτικά, οι φάσεις εφαρμογής του ΚΠΑ διακρίνονται στις ακόλουθες:

Φάση 1: Προσδιορισμός πεδίου εφαρμογής-Συγκρότηση Ομάδας Έργου – Αξιολόγησης

Ικανή και αναγκαία συνθήκη για την εφαρμογή του ΚΠΑ είναι η δέσμευση της Διοίκησης (Management Commitment) του δημόσιου οργανισμού, με την έκδοση της Πράξης της Διοίκησης, η οποία θα αποτελείται από τα κάτωθι δομικά στοιχεία:

1. Ορισμός Προέδρου (Συντονιστή) και μελών της Ομάδας

2. Καθορισμός του πεδίου εφαρμογής του ΚΠΑ (π.χ. αν θα εφαρμοστεί στο σύνολο του φορέα, ή σε συγκεκριμένες οργανικές μονάδες αυτού)
3. Προσδιορισμός της συχνότητας συνεδρίασης της ομάδας
4. Καθορισμός του χρονοδιαγράμματος εφαρμογής του ΚΠΑ.

Φάση 2: Κατανομή καθηκόντων – Προσδιορισμός εσωτερικής λειτουργίας ομάδας. Καταλυτική σημασία στην επιτυχή εφαρμογή της διαδικασίας της αυτοαξιολόγησης έχει η σωστή – κατάλληλη – σύνθεση της Ομάδας Αξιολόγησης, η επιλογή του κατάλληλου Προέδρου και ο καθορισμός ενός σαφούς και επαρκούς πλαισίου εσωτερικής λειτουργίας. Ειδικότερα, η σύσταση της Ομάδας θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αντιπροσωπευτική, τα μέλη της να προέρχονται από τις περισσότερες οργανικές μονάδες, κλάδους και κατηγορίες προσωπικού. Είναι επιθυμητό τα μέλη να συμμετέχουν σε εθελοντική βάση. Ο Πρόεδρος θα πρέπει να ανήκει σε ανώτερο διοικητικά ιεραρχικό επίπεδο από τα λοιπά μέλη της Ομάδας ή να κατέχει θέση ευθύνης στην οργάνωση, προκειμένου να έχει αφενός την εμπειρία να συντονίζει και να διοικήσει την Ομάδα και αφετέρου να διαθέτει ηγετικές ικανότητες, ώστε να διασφαλίσει την τήρηση εσωτερικών ισορροπιών, αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ των μελών και κυρίως να εμπνεύσει και να μεταδώσει προς τα μέλη τα σωστά «μηνύματα» σχετικά με το σκοπό της αυτοαξιολόγησης και τη συνολική αποστολή της Ομάδας (Πασσάς, 2009, σελ. 8).

Μετά τον ορισμό των μελών και του Προέδρου, η Ομάδα προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες:

- Α) ολοκληρωμένη ενημέρωση και κατάρτιση σχετικά με το περιεχόμενο και τις κατευθύνσεις του ΚΠΑ
- Β) ανάπτυξη διαλόγου και δημιουργία προβληματισμού σχετικά με την έννοια του κάθε κριτηρίου και των αντίστοιχων υποκριτηρίων και προσδιορισμός του απαιτούμενου τεκμηριωτικού υλικού που θα πρέπει να συγκεντρωθεί (π.χ. νομοθεσία, κανονιστικές πράξεις, εκδόσεις, διοικητικά έγγραφα, κ.ά.)
- Γ) κατανομή καθηκόντων και επιμέρους εργασιών μεταξύ των μελών (συλλογή στοιχείων, πραγματοποίηση συνεντεύξεων, συγγραφή έκθεσης αξιολόγησης, κ.ο.κ.)
- Δ) καθορισμός των υπαλλήλων, των μετόχων της οργάνωσης καθώς και πολιτών που θα κληθούν να απαντήσουν στα δομημένα ερωτηματολόγια.

Φάση 3: Συλλογή και επεξεργασία του υλικού τεκμηρίωσης, σύνταξη έκθεσης αξιολόγησης και βαθμολόγηση

1. Διενέργεια συνεντεύξεων, συμπλήρωση δομημένων ερωτηματολογίων πρώτα από τα μέλη της Ομάδας και έπειτα από τους συγκεκριμένους υπαλλήλους
2. Συλλογή και επεξεργασία του τεκμηριωτικού υλικού

3. Συγγραφή προσχεδίων έκθεσης αξιολόγησης ανά κριτήριο και ένταξή τους σε μια έκθεση αξιολόγησης με συγκεκριμένο ύφος, δομή και περιεχόμενο
4. Βαθμολόγηση των παραδειγμάτων – υποκριτηρίων – κριτηρίων

Φάση 4: Σύνταξη έκθεσης μέτρων βελτίωσης

Η έκθεση αξιολόγησης ολοκληρώνεται με τη διατύπωση συμπερασμάτων και το σχεδιασμό μέτρων διοικητικής βελτίωσης της δημόσιας οργάνωσης. Στον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΠΑ, υποδεικνύεται η ακόλουθη μεθοδολογική προσέγγιση για τη διατύπωση των βελτιωτικών μέτρων:

Α) Προσδιορισμός των δυνατών και αδύνατων σημείων της δημόσιας οργάνωσης, των στοιχείων εκείνων στα οποία διαθέτει συγκριτικό πλεονέκτημα ή έχει αποδεδειγμένα άριστες επιδόσεις και των στοιχείων εκείνων που υπογραμμίζουν τις αδυναμίες και τα προβλήματα, είτε σε επίπεδο προϋποθέσεων, είτε σε επίπεδο αποτελεσμάτων

Β) Εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων βελτίωσης των αδυναμιών και ελλείψεων της δημόσιας οργάνωσης

Γ) Ιεράρχηση των τομέων πολιτικής που χρήζουν υιοθέτησης βελτιωτικών παρεμβάσεων, διατύπωσης εξειδικευμένων ενεργειών και προσδιορισμού του απαιτούμενου χρονοδιαγράμματος καθώς και των απαραίτητων πόρων Δ) Στοιχειοθέτηση των δράσεων βελτίωσης σύμφωνα με τα κριτήρια και υποκριτήρια του ΚΠΑ.

Η τελική έκθεση αξιολόγησης υποβάλλεται στην διοίκηση – ηγεσία του οργανισμού, προκειμένου να ληφθούν οι απαραίτητες θεσμικές αποφάσεις και να ληφθεί η απόφαση για την υλοποίηση διορθωτικών ενεργειών. Η πεμπτουσία της εφαρμογής του ΚΠΑ, οφείλει να είναι η διάχυση των συμπερασμάτων της αυτοαξιολόγησης στο σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού, προκειμένου να γίνει κοινωνός και συμμετέχων στις όποιες διορθωτικές ενέργειες, ιδιαίτερα αν αυτό απαιτεί αναπροσαρμογή της στοχοθεσίας της δημόσιας οργάνωσης (Πασσάς, 2009,σελ. 10).

2.4.6 Μελέτη Περίπτωσης Εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στην Υγεία – Νοσοκομείο

Τα περιφερειακά Νοσοκομεία της Pirkanmaa στη Φιλανδία καλύπτουν μια περιοχή 1,2 εκατομμυρίων ανθρώπων. Εντός της διοικητικής περιφέρειας υπάρχει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Tampere, τρία περιφερειακά και δύο τοπικά νοσοκομεία, με συνολικά 6.600 υπάλληλους. Το τρίπτυχο αξιών των συγκεκριμένων περιφερειακών Νοσοκομείων είναι η παροχή αξιοπρεπούς ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, ο σεβασμός στον άνθρωπο και η αναγνώριση των ικανοτήτων του προσωπικού. Σύμφωνα με το όραμά της Διοίκησης, τα Νοσοκομεία έχουν ως στόχο την παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, με ανθρώπινο πρόσωπο, μέσα από

ένα αποδοτικό και οικονομικό τρόπο λειτουργίας, επιδιώκοντας την συνεχή βελτίωσή τους. Στοχεύουν επίσης στη δημιουργία ενός δυναμικού εργασιακού περιβάλλοντος το οποίο θα παρέχει ασφάλεια, ενδιαφέρον και εξέλιξη στο ανθρώπινο δυναμικό τους.

https://issuu.com/kdz_austria/docs/cafworke_en/s/11739365

Το 2010, ελήφθη η απόφαση για την εφαρμογή του ΚΠΑ και έκτοτε, αποδεικνύεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εν λόγω Νοσοκομείων, και συγκεκριμένα 5 στα 6, έχουν καταφέρει να επιτύχουν ή και να υπερβούν τον στόχο τους, αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών, είναι το κριτήριο 6 του ΚΠΑ. Αναφορικά με το Κριτήριο 9, Κύρια Αποτελέσματα Επίδοσης, όλες οι μετρήσεις είναι θετικές και αρκετά οι μετρήσεις είναι θετικές και αρκετά καλύτερες σε σχέση με άλλες ομοειδείς ιατρικές νοσηλευτικές μονάδες της χώρας. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Tampere, που αναγνωρίζεται εντός και εκτός της χώρας ως εκπαιδευτικό και ερευνητικό κέντρο, είναι 11 φορές πιο παραγωγικό και αποδοτικό από το μέσο όρο των νοσοκομειακών μονάδων στη Φιλανδία. Το κατά κεφαλή κόστος περίθαλψης είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο στη χώρα, ενώ οι στόχοι για την ποιότητα περίθαλψης, που έχουν τεθεί σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση της περιφέρειας, επιτυγχάνονται.

Τα αποτελέσματα σε σχέση με τους νοσηλευόμενους και τους ωφελούμενους από την παροχή ιατρικής φροντίδας μετρούνται σε μεγάλο εύρος (πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την παροχή ιατρικής φροντίδας) και παρουσιάζουν θετικές τάσεις εξέλιξης.

Αντίστοιχα, σημαντικά βελτιωμένο εμφανίζεται και το ποσοστό ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού στα τμήματα των εν λόγω περιφερειακών Νοσοκομείων, τα οποία ακολουθούν μια διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης, μέσω τουλάχιστον ενός εξειδικευμένου ερωτηματολογίου. Τα βασικά ευρήματα και συμπεράσματα από τα Αποτελέσματα Επίδοσης, αποτελούν αντικείμενο παρουσίασης σε ετήσια βάση από το Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης για την υγεία και την ποιότητα ζωής. Όλοι οι δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας και τα ποσοστά επίτευξης των στόχων αξιοποιούνται στο μοντέλο εξισορροπημένης μέτρησης απόδοσης (Balanced Scorecard) του οργανισμού.

Ως αποτέλεσμα της δέσμευσης στην Διοίκηση της Ποιότητας, καταγράφεται συστηματική βελτίωση των πρακτικών διοίκησης και ηγεσίας, όπως είναι η εκπαίδευση των προϊσταμένων, ο συγχρονισμός ετήσιων διαδικασιών προγραμματισμού και η αξιολόγηση διαφορετικών οργανικών μονάδων και διαδικασιών. Η Διοίκηση Ποιότητας, η συνεχής βελτίωση των εργαλείων και δεικτών μέτρησης,

νέες καινοτομικές μέθοδοι λειτουργίας με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας έχουν γίνει καθημερινή πραγματικότητα.

Η αυτοαξιολόγηση διενεργείται σε ετήσια βάση από κάθε Νοσοκομείο και τα αποτελέσματα ανατροφοδοτούνται και εισάγονται ως προτεινόμενες βελτιώσεις στον ετήσιο προγραμματισμό. Κύριος στόχος παραμένει η αναγνώριση και ταυτοποίηση των κρίσιμων παραγόντων, που σχετίζονται με την απόδοση των οργανικών μονάδων και των κυριότερων τομέων που χρήζουν βελτίωσης. Οι τομείς βελτίωσης σε κάθε μονάδα συζητούνται σε περιφερειακό επίπεδο, όπου καθορίζονται οι προτεραιότητες σύμφωνα με τους στρατηγικούς στόχους του περιφερειακού οργανισμού.

2.4.7 Δυνατότητες Εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης σε Ελληνικούς Δημόσιους Φορείς

Η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στους δημόσιους οργανισμούς και φορείς εντός της ΕΕ που έχουν υιοθετήσει το ΚΠΑ είναι καταλυτικής σημασίας, προκειμένου να δημιουργηθεί κοινός τόπος, ούτως ώστε να υπάρξει γίνεται διάχυση γνώσης, εμπειρίας και πρακτικών, εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, προκειμένου να υπάρξει εξέλιξη και βελτίωση των τεχνικών και των διαδικασιών, μέσω της συγκριτικής μάθησης. Στο πλαίσιο της σύγκλισης με την ΕΕ, η Ελλάδα και συγκεκριμένα η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση, έχει ακόμα μεγάλο δρόμο να διανύσει, μαθαίνοντας από την εμπειρία και τα παραδείγματα των άλλων μελών κρατών. Είναι αναγκαία η συμμετοχή σε συναντήσεις που αφορούν στο ΚΠΑ εντός της ΕΕ, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο, προκειμένου να αποκτηθεί σημαντική γνώση και εμπειρία.

Είναι κοινός τόπος πλέον ότι το ΚΠΑ είναι ένα πολύτιμο και χρήσιμο εργαλείο για την βελτίωση της ποιότητας και την αποτελεσματικότητας της δημόσιας διοίκησης, οργανισμών, φορέων καθώς επίσης και των ΟΤΑ πρώτου και δευτέρου βαθμού. Το ΚΠΑ δύναται επίσης να αποτελέσει τον φάρο της συγκριτικής μάθησης για την Ελληνική Δημόσια Διοίκηση, μέσα από την υιοθέτηση καλών πρακτικών που έχουν ακολουθήσει άλλα κράτη μέλη. Μελετώντας αυτές τις καλές πρακτικές και την εφαρμογή του ΚΠΑ που έχουν εφαρμοστεί, δίνεται η δυνατότητα εφαρμογής τους στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση. Αναλυτικότερα, [Home - Eipa](#)

Η εφαρμογή του ΚΠΑ προϋποθέτει ένα συλλογικό μοντέλο εργασίας και εφαρμογής, καθώς απαιτεί την εμπλοκή, συνεργασία και δουλειά του συνόλου των εργαζομένων ενός φορέα ή οργανισμού, στοιχείο που του προσδίδει μια ιδιαίτερη δυναμική. Βασική προϋπόθεση η ενεργοποίηση και η εμπλοκή όλων των τμημάτων, των υπηρεσιών και του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο

θα γίνει κοινωνός και συμμετοχος σε αυτήν την διαδικασία, στοιχείο που θα προσδώσει ομοιογένεια και θα ενισχύσει την δυναμική της προσπάθειας, όπως επίσης η δέσμευση και η εμπλοκή όλων των επιπέδων της Διοίκησης του Οργανισμού. Η σταδιακή εξοικείωση με τη λογική της συλλογικής εργασίας και συνεργασίας προς έναν κοινό σκοπό, θα «δέσει» τις ομάδες εργασίας και θα επιταχύνει την διαδικασία εφαρμογής. Κλειδί για την επιτυχία της εφαρμογής του ΚΠΑ, η δέσμευση, πολιτική και διοικητική, για την υλοποίηση της αυτοαξιολόγησης!

Το πεδίο εφαρμογής του ΚΠΑ είναι πραγματικά ευρύ, αν όχι ανεξάντλητο. Το ΚΠΑ είναι ένα «πασπαρτού» για το σύνολο της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, σε κάθε τομέα, και είναι πρόσφορα για οριζόντια ή κάθετη εφαρμογή στην Οικονομία, στην Υγεία, στην Εκπαίδευση, στους ΟΤΑ και σε όλες τις Δημόσιες και Δημοτικές Επιχειρήσεις και Οργανισμούς.

Το ΚΠΑ μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία στην υιοθέτηση και εφαρμογή Συστημάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην πολύπαθη, όπως είδαμε σε προηγούμενη ενότητα, Ελληνική Δημόσια Διοίκηση και θα μπορούσε να είναι το έναυσμα στο δρόμο προς την Ποιότητα, για τη δημιουργία πολλαπλών συνεργειών ωφέλειας και θετικών, ποιοτικών & πολλαπλασιαστικών αποτελεσμάτων, καθώς εμπερικλείει τόσο τις βασικές αρχές της ΔΟΠ όσο και των Συστημάτων Balanced Score Card και ISO.

Είναι σημαντικό να μαθαίνουμε (bench learning) και όχι να συγκρίνουμε απλά την επίδοση μεταξύ οργανισμών που εφαρμόζουν συστήματα ποιότητας όπως στο ΚΠΑ. Δεν πρέπει να επικεντρώνεται ο Οργανισμός κυρίως στις βαθμολογίες αλλά πρωτίστως στην ενσωμάτωση της διαδικασίας της βελτίωσης και της αυτοβελτίωσης στην καθημερινή του λειτουργία. Το ΚΠΑ είναι συνδεδεμένο με τη συνεχή μεταρρύθμιση, η οποία άλλωστε έχει καταστεί αναγκαίος όρος για την επιβίωση της δημόσιας διοίκησης. Το ΚΠΑ και η αυτοαξιολόγηση είναι ένα βασικό αντίδοτο στη διοικητική φθορά και τη διοικητική ισοπέδωση. Βεβαίως, το ΚΠΑ έχει να αντιμετωπίσει ένα βασικό εχθρό που είναι οι παραδοξολογικές εντάσεις (υπαναχωρήσεις, φόβος απέναντι σε αλλαγές, διστακτικότητα κ.λπ.) οι οποίες μπορούν να υπονομεύσουν και να ακυρώσουν τις οργανωτικές αλλαγές.

2.5 Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Business Process Reengineering

2.5.1 Ορισμός

Με τον όρο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών (Business Process Reengineering – BPR), αναφερόμαστε στην διαδικασία που περιλαμβάνει δομικές μεταβολές στις εσωτερικές διεργασίες και διαδικασίες ενός οργανισμού, μιας επιχείρησης, ενός φορέα. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών δύναται να συμπεριλάβει και να μεταβάλλει δομικά, κάθε διάσταση μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, είτε αυτό έχει να κάνει με το ανθρώπινο δυναμικό, είτε με την οργανωτική ή την τεχνολογική διάσταση και τις υποδομές. Οι ΤΠΕ και φυσικά η Τεχνολογία Πληροφοριακών Συστημάτων – Information Technology (IT) διαδραματίζει έναν καθοριστικό ρόλο στον Ανασχεδιασμό, καθώς μέσα από την μηχανοργάνωση και τον αυτοματισμό, προσφέρει:

- Την δυνατότητα σε μια επιχείρηση – οργανισμό να εξυπηρετεί και να ολοκληρώνει διαδικασίες σε διάφορες, απομακρυσμένες τοποθεσίες,
- Την ευελιξία και προσαρμοστικότητα στις παραγωγικές διεργασίες & διαδικασίες,
- Την δυνατότητα να εξυπηρετηθούν ταχύτερα οι πολίτες – πελάτες,
- Την εξάλειψη του χαρτιού από την συνδιαλλαγή επιχείρησης – πελάτη (paperless office).

Γενικότερα, ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών συντελεί σε δραστικές και μη μεταβολές στον τρόπο και στον τόπο που εκτελούνται οι διαδικασίες μιας επιχείρησης, με στόχο να γίνουν αποδοτικότερες.

2.5.2 Ιστορική Αναδρομή και Εξέλιξη του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών

Το 1990, ένας πρώην καθηγητής της επιστήμης των υπολογιστών στο Τεχνολογικό Ινστιτούτο της Μασαχουσέτης (MIT), ο Michael Hammer, δημοσίευσε ένα άρθρο στο Harvard Business Review, στο οποίο υποστήριζε ότι η μεγάλη πρόκληση για τους διαχειριστές των επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα ήταν να εξαφανίσουν τη μη προστιθέμενη αξία εργασία, αντί να επιστρατεύουν την τεχνολογία για να την αυτοματοποιήσουν. Η δήλωση αυτή ήταν μια έμμεση μομφή προς τους διαχειριστές (managers) ότι έχουν επικεντρωθεί σε λάθος σημεία, δηλαδή ότι η τεχνολογία εν γένει, και πιο συγκεκριμένα η Τεχνολογία των Πληροφοριακών Συστημάτων, χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον για να αυτοματοποιήσει τις υφιστάμενες διαδικασίες.

Ο ισχυρισμός του Hammer ήταν απλός: Το περισσότερο από το έργο που επιτελείται δεν παρέχει προστιθέμενη αξία για τους πελάτες, και αυτό το έργο θα πρέπει να εκλείψει και όχι να επιταχυνθεί (διευκολυνθεί) μέσω του αυτοματισμού. Οι εταιρείες πρέπει να επανεξετάσουν τις επιχειρησιακές διαδικασίες τους, θέτοντας στο επίκεντρο τον πελάτη, στοχεύοντας στην δημιουργία προστιθέμενης αξίας για τον πελάτη, ελαχιστοποιώντας την κατανάλωση των παραγωγικών πόρων – εξορθολογισμός. Μια παρόμοια ιδέα υποστηρίχθηκε από τον Thomas H. Davenport και J. Short το

1990, μέλος του ερευνητικού κέντρου Ernst&Young, σε ένα έγγραφο που δημοσιεύθηκε στην Sloan Management Review το ίδιο έτος που δημοσιεύθηκε η εργασία του Hammer.

Η ιδέα αυτή, να αναθεωρηθούν οι επιχειρησιακές διαδικασίες, εγκρίθηκε ταχέως από έναν τεράστιο αριθμό επιχειρήσεων, οι οποίες αγωνίζονταν για την ανανέωση της ανταγωνιστικότητας, που είχαν χάσει λόγω της εισόδου στην αγορά ξένων ανταγωνιστών, της αδυναμίας τους να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των πελατών τους, καθώς και της ανεπαρκούς δομής του κόστους. Ακόμη και καθιερωμένοι στοχαστές διαχείρισης, όπως ο Peter Drucker και ο Tom Peters, δέχτηκαν και υποστήριξαν το BPR ως ένα νέο εργαλείο για την επίτευξη της επιτυχίας σε ένα δυναμικό και διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο. Κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών, ένα εκθετικά αυξανόμενο πλήθος δημοσιεύσεων, βιβλίων και επιστημονικών άρθρων αφορούσε στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών ήρθε στο προσκήνιο. Στον αντίποδα, η κριτική προς το BPR, αφορούσε σε ισχυρισμούς ότι μέσω της νέας μεθόδου θα αυξανόταν ο διοικητικός έλεγχος στο χώρο εργασίας με απώτερο σκοπό την μείωση του ανθρώπινου δυναμικού της επιχείρησης – οργανισμού – το λεγόμενο downsizing. Παρά την κριτική αυτή, ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών έτυχε μεγάλης αποδοχής και μέχρι το 1993, το 65% από 500 οικονομικές μονάδες διαφόρων κλάδων, ισχυρίστηκαν ότι είτε είχαν ξεκινήσει προσπάθειες για αναδιοργάνωση, είτε ότι σχεδίαζαν να ξεκινήσουν.

2.5.3 Τι Είναι η Τεχνική του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διεργασιών – Business Process Reengineering

Το επιχειρηματικό περιβάλλον έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η παγκοσμιοποίηση, η εξέλιξη της τεχνολογίας, η ένταση και η εντατικοποίηση του ανταγωνισμού καθώς και η απελευθέρωση του συνόλου των κλάδων της ελεύθερης οικονομίας και η δημιουργία ελεύθερων ζωνών εμπορίου, έχουν οδηγήσει σε ένα ασταθές, δυναμικό και ταχέως μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον. Παράμετροι όπως η εξυπηρέτηση των πελατών, η τιμή διάθεσής, η ταχύτητα εξυπηρέτησης – παράδοσης και η ποιότητα, αποκτούν σημαίνοντα ρόλο. Όλα τα παραπάνω, συντελούν στην ανάγκη για μια δομική μεταβολή, για έναν ουσιαστικό ανασχεδιασμό του παραδοσιακού επιχειρηματικού μοντέλου προκειμένου να μπορέσει η επιχείρηση ή ο οργανισμός του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σήμερα και στις προκλήσεις του αύριο. Η ανάγκη για την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών είναι πλέον επιτακτική.

Σύμφωνα με τους Hammer και Champy (1997), το BPR επιδέχεται τους εξής ορισμούς:

-Reengineering (αναδιοργάνωση – ανασχεδιασμός – αναμηχάνευση), είναι η **θεμελιώδης** και

ριζική επανασχεδίαση των επιχειρησιακών διαδικασιών ώστε να επιτευχθούν **δραματικές** αλλαγές στα κρίσιμα σημεία που καθορίζουν την απόδοση του οργανισμού, όπως το κόστος, η ποιότητα, η εξυπηρέτηση και η ταχύτητα.

-Process (διαδικασία), είναι ένα δομημένο σύνολο δραστηριοτήτων σχεδιασμένο για να παράγει ένα συγκεκριμένο επιθυμητό αποτέλεσμα για έναν συγκεκριμένο πολίτη. Η διαδικασία καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο εκτελείται μία εργασία (Davenport1993).

Ο ορισμός αυτός περιέχει τέσσερις λέξεις κλειδιά:

- 1) **«ΘΕΜΕΛΙΩΔΗΣ»**. Ξεκινώντας τον Ανασχεδιασμό , οι λήπτες των αποφάσεων πρέπει να θέτουν τις βασικές ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες τους και τον τρόπο λειτουργίας τους. (Γιατί κάνουν αυτό που κάνουν, και γιατί χρησιμοποιούν αυτούς τους τρόπους για να το κάνουν;). Θέτοντας αυτές τις θεμελιώδεις ερωτήσεις παρακινούν τους εργαζόμενους να κοιτάζουν τους κανόνες τεχνικής και τις παραδοχές που αποτελούν τη βάση του τρόπου με τον οποίο διευθύνουν. Συχνά, αυτοί οι κανόνες έχουν αποδειχθεί ότι είναι εσφαλμένοι ή ακατάλληλοι. Η μέθοδος του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών ξεκινά από το σημείο μηδέν, από μια λευκή σελίδα, χωρίς παραδοχές και δεδομένα. Στην ουσία, οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί που επιχειρούν να εφαρμόσουν τον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών, πρέπει να απαλλαγούν από παραδοχές, στερεότυπα και αντιλήψεις του παρελθόντος, καθώς μέσα σε αυτές είναι βαθιά ριζωμένη η μεγάλη πλειοψηφία και κυρίως η νοοτροπία, την οποία επιχειρούν να αλλάξουν δομικά μέσω του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών. Είναι χρήσιμο να αναρωτηθεί η επιχείρηση αν «Μπορεί να μάθει τι ζητάνε οι πελάτες», ακόμα και αν αυτό πηγάζει από την παραδοχή ότι έχει απωλέσει την επαφή με την αγορά, με τους πελάτες της. Είναι όμως μια ιδιαίτερα χρήσιμη σκέψη και ίσως η καλύτερη αφετηρία. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών ξεκινάει από το σημείο μηδέν και ορίζει τι πρέπει να πράξει μια επιχείρηση – ένας οργανισμός και με ποιον τρόπο. Αγνοεί την πεπατημένη και τα παρωχημένα μοντέλα σκέψης και λειτουργίας και δίνει έμφαση στο τι πρέπει να συμβαίνει εφεξής.
- 2) **«ΡΙΖΙΚΗ»**. Η λέξη κλειδί στον συγκεκριμένο ορισμό είναι «ριζική» που προέρχεται από τη λατινική λέξη “radix” που σημαίνει “ρίζα”. Ριζικός Ανασχεδιασμός σημαίνει να εξετάζουμε την ρίζα των γεγονότων και όχι να γίνονται επιφανειακές αλλαγές. Στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών η ριζική αναδιοργάνωση σημαίνει να αγνοούνται όλες οι υπάρχουσες δομές και διαδικασίες και να εφευρίσκονται εντελώς νέοι τρόποι εκτέλεσης εργασίας. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών σχετίζεται με την “επανεφεύρεση”

και όχι με την βελτίωση ή την τροποποίηση.

- 3) «ΔΡΑΜΑΤΙΚΕΣ». Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών δεν σχετίζεται με την πραγματοποίηση οριακών ή στοιχειωδών βελτιώσεων, αλλά με την επίτευξη αλμάτων στις επιδόσεις. Αν μια δημόσια επιχείρηση αποτύχει 10% περισσότερο απ'ότι θα έπρεπε, αν το κόστος φτάσει 10% πιο ψηλά, αν η ποιότητα είναι 10% χαμηλότερη, αν η υπηρεσία εξυπηρέτησης πολιτών χρειάζεται μια άνοδο της τάξης του 10%, η μονάδα αυτή ΔΕΝ χρειάζεται Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών πρέπει να πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ριζική αλλαγή, κάτι που νομοτελειακά θα οδηγήσει στην αντικατάσταση του «παλιού» με το «νέο», ενώ μια οριακή βελτίωση των Επιχειρησιακών Διαδικασιών απαιτεί άριστο συντονισμό, βάθος χρόνου και διατήρηση του «παλαιού».
- 4) «ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ». Παρά το γεγονός ότι οι λέξη Διαδικασίες έχει δομική αλλά και εννοιολογική σημασία στον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών μιας επιχείρησης – οργανισμού, αναμφίβολα προκαλεί την μεγαλύτερη δυσκολία. Ίσως αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι περισσότεροι λήπτες αποφάσεων, Decision Makers, δεν αντιλαμβάνονται εις βάθος ούτε την έννοια της λέξης διαδικασία ούτε έχουν πλήρη εικόνα ή και αντίληψη των διαδικασιών που ακολουθεί η επιχείρησης – οργανισμός που διοικούν. Αντιλαμβάνονται ανθρώπους, προγράμματα και εξοπλισμό, αλλά όχι διαδικασίες και διεργασίες. Τίποτα από τα παραπάνω όμως, άνθρωποι – εξοπλισμός και προγράμματα δεν έχει σημασία και δεν αφορά τον πολίτη – αποδέκτη των υπηρεσιών, αν η λειτουργία όλων των διαδικασιών δεν είναι αποτελεσματική.

2.5.4 Επιχειρησιακές Διαδικασίες

Τι εννοούμε με τον όρο Επιχειρησιακές Διαδικασίες? Σύμφωνα με τους Hammer M., Champy J, 1997, οι Επιχειρησιακές Διαδικασίες επιδέχονται ορισμού, έχουν χαρακτηριστικά, δύναται να κατηγοριοποιηθούν και έχουν διαστάσεις. Οι διαστάσεις των διαδικασιών ενδέχεται να είναι διαστάσεις οντοτήτων, όταν διενεργούνται μεταξύ οργανωτικών μονάδων – οντοτήτων, και μπορεί να είναι διαπροσωπικές ή διαλειτουργικές. Μια άλλη διάσταση των Διαδικασιών δύναται να είναι η διάσταση Αντικειμένων και να αφορά στον χειρισμό φυσικών ή τεχνολογικών (πληροφοριακών) αντικειμένων, και τέλος, μια άλλη διάσταση των Διαδικασιών δύναται να είναι η Διάσταση Δραστηριοτήτων, όταν αφορά σε διευθυντικές ή και λειτουργικές δραστηριότητες.

Ορισμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών:

Με τον όρο Επιχειρησιακή Διαδικασία περιγράφουμε «ένα σύνολο αποτελεσματικών ενεργειών», μια λογική οργάνωση – σειρά αποτελούμενη από ανθρώπους, υλικά, εξοπλισμό και πρωτόκολλα,

οργανωμένα σε διεργασίες και διαδικασίες οι οποίες έχουν σχεδιαστεί προκειμένου να έχουν ως αποτέλεσμα την παραγωγή ενός τελικού αποτελέσματος, προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως είναι η περίπτωση της αντιμετώπισης και διαχείρισης της Πανδημίας στο ΓΝΧ, που θα αναλυθεί στη συνέχεια, στο 3^ο Κεφάλαιο, στην μελέτη περίπτωσης της εν λόγω διατριβής. Μια Επιχειρησιακή Διαδικασία δύναται επίσης να είναι ένα σύνολο συσχετιζόμενων λογικά ενεργειών που εκτελούνται για να επιτευχθεί ένα ορισμένο επιχειρησιακό αποτέλεσμα.

Χαρακτηριστικά Διαδικασιών

Μια Επιχειρησιακή Διαδικασία έχει επίσης χαρακτηριστικά, έχει πελάτες, ασθενείς στην περίπτωση ενός Νοσοκομείου, οι οποίοι είναι οι τελικοί αποδέκτες και αξιολογούν το αποτέλεσμα και την ποιότητά του. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό μιας Επιχειρησιακής Διαδικασίας είναι και ότι διατείνεται των Οργανωτικών Ορίων του φορέα, Νοσοκομείου στην δική μας περίπτωση.

Κατηγοριοποίηση Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Τύποι Επιχειρησιακών Διαδικασιών

Μια Επιχειρησιακή Διαδικασία μπορεί επίσης να κατηγοριοποιηθεί, και να ενταχθεί ως ακολούθως:

- Επιχειρησιακή Διαδικασία η οποία σχετίζεται με τους πολίτες, ασθενείς για ένα Νοσοκομείο,
- Επιχειρησιακή Διαδικασία η οποία παραδίδει Προϊόντα & Υπηρεσίες,
- Επιχειρησιακή Διαδικασία ή Διαδικασία Υποστήριξης η οποία είναι βασισμένη στη γνώση,
- Επιχειρησιακή Διαδικασία η οποία είναι Λειτουργική Διαδικασία.

2.5.5 Βασικές Αρχές Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών

Κατά την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός θα διαπιστώσει ότι εντός του, συμβαίνει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- 1) Διάφορα είδη εργασιών και διαδικασιών, δύναται να συνδυαστούν σε μια εργασία – διαδικασία,
- 2) Το ανθρώπινο δυναμικό αποφασίζει, λαμβάνει αποφάσεις, κάτι που θα δούμε και στην Κλινική Διακυβέρνηση στο επόμενο κεφάλαιο,
- 3) Τα βήματα μιας διεργασίας έχουν & ακολουθούν μια φυσική – λογική – σειρά,
- 4) Μια διαδικασίας δύναται να έχει πολλαπλές εκδόσεις,
- 5) Μια εργασία ή διεργασία εκτελείται μόνο όταν είναι απαραίτητη η εκτέλεσή της,
- 6) Υπάρχει μείωση των ελέγχων στα διάφορα στάδια της παραγωγικής διαδικασίας,
- 7) Αντίστοιχη μείωση παρατηρείται και στον συμβιβασμό,
- 8) Ο υπεύθυνος της κάθε περίπτωσης (case manager) αποτελεί ένα μοναδικό & ενιαίο σημείο επαφής.

2.5.6 Τι Δεν Είναι ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, αν και η Τεχνολογία Πληροφορικής & Αυτοματισμού διαδραματίζει έναν κομβικό ρόλο στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών, εντούτοις οι δυο έννοιες δεν είναι ταυτόσημες ή συνώνυμες. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών επίσης, δεν είναι Αναδιάρθρωση ή Συρρίκνωση, με τις δυο τελευταίες μεθόδους να αποτελούν «εργαλεία» προκειμένου να αντιμετωπιστεί η διακύμανση της ζήτησης μιας επιχείρησης – οργανισμού. Υπάρχει μια ακόμη θεμελιώδης διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις τρεις έννοιες, καθώς με τις μεθόδους της συρρίκνωσης και της αναδιάρθρωσης μια επιχείρηση πράττει λιγότερα με λιγότερους πόρους, ενώ η βασική έννοια πίσω από τον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών έχει να κάνει με την βελτίωση της απόδοσης, να μπορεί μια επιχείρηση – οργανισμός, να παράγει περισσότερα με λιγότερα μέσα και πόρους.

Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών δεν σχετίζεται με την Αναδιοργάνωση, αν και δύναται να οδηγήσει την επιχείρηση ή τον οργανισμό που τον εφαρμόζει, σε μια επιτυχή αναδιοργάνωση. Επίσης στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών, τα προβλήματα δεν είναι απόρροια της οργανωτικής δομής της επιχείρησης ή του οργανισμού, αλλά είναι αποτέλεσμα της διοικητικής διάρθρωσης και δομής των διαδικασιών και της γραφειοκρατίας της επιχείρησης ή του δημόσιου οργανισμού και ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αποτελεί μονόδρομο για την επίλυση αυτών των προβλημάτων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα.

Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών δεν αποτελεί κάποια τεχνική βελτίωσης της ποιότητας ούτε είναι φυσικά Διοίκηση Ολικής Ποιότητας – Total Quality Management (TQM), βλ. Πίνακα 2.5. Αναμφισβήτητα, τόσο ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών όσο και οι διάφορες Τεχνικές Βελτίωσης της Ποιότητας όπως και η ΔΟΠ, έχουν έναν κοινό τόπο, έχουν κοινά σημεία, όπως για παράδειγμα τις ανάγκες των πελατών (πολιτών για δημόσιους οργανισμούς & επιχειρήσεις) και μια συγγενή αντίληψη για τις διαδικασίες. Πέρα από τον κοινό κομβικό ρόλο που διαδραματίζουν οι ανάγκες των πολιτών και οι διαδικασίες και στις δυο θεωρητικές προσεγγίσεις, υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές μεταξύ του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών και της ΔΟΠ. Στην μεν ΔΟΠ η έμφαση δίνεται στην βελτιστοποίηση της υπάρχουσας διαδικασίας ή διαδικασιών, ενώ στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών η έμφαση δίνεται στην αντικατάσταση ή και εξάλειψη παλαιών διαδικασιών με νέες, με καινούργιες διαδικασίες. Υπάρχει δηλαδή μια θεμελιώδης ειδοποιός διαφορά στον τρόπο που αντιλαμβάνονται και προσεγγίζουν την διαχείριση και διοίκηση της αλλαγής – Change Management. Ως επίσης, δεν πρέπει να ταυνίζεται ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών με την Καινοτομία, βλ. Πίνακα 2.4 που ακολουθεί,

στον οποίο γίνεται συνοπτική αναφορά στις διαφορές ανάμεσα στον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών και στην Καινοτομία, βλ. Πίνακα 2.3.

Πίνακας 2.3: Διαφορές Βελτίωσης & Καινοτομίας της Διαδικασίας

<i>Παράμετρος</i>	<i>Βελτίωση</i>	<i>Καινοτομία</i>
<i>Σημείο Έναρξης</i>	-Από την υπάρχουσα Διαδικασία	-Από την Αρχή
<i>Επίπεδο Αλλαγής</i>	-Επauξητικό -Κλιμακωτό -Συνεχές	- Ριζικό - Απότομο -Ασυνεχές- όπου χρειάζεται
<i>Επιθυμητό Αποτέλεσμα</i>	-Μικρή και σταθερή βελτίωση	-Αλματώδης Πρόοδος -Πολλαπλά Οφέλη
<i>Συχνότητα Αλλαγών</i>	-Μία φορά ή Συνέχεια	-Μία φορά
<i>Απαιτούμενος Χρόνος</i>	-Μικρός (<2 ετών)	-Μεγάλος (5-10 έτη)
<i>Απαιτούμενη Συμμετοχή</i>	-Από κάτω προς τα πάνω (Εργαζόμενοι ^ Διοίκηση)	-Από πάνω προς τα κάτω (Διοίκηση ^ προς Εργαζόμενους)
<i>Απαιτούμενες Δεξιότητες</i>	-Αποτελεσματικές Ομάδες Εργασίας	-Δυνατοί και δημιουργικοί ηγέτες
<i>Επιπτώσεις στους Εργαζομένους</i>	-Καλύτερη Υποστήριξη -Νέες Δεξιότητες	-Δραματικές αλλαγές, -Νέοι τρόποι εργασίας
<i>Αντίσταση στην Αλλαγή</i>	-Χαμηλή	-Υψηλή
<i>Τύπος Αλλαγής</i>	-Πολιτισμική (Cultural)	-Πολιτισμική (Cultural) -Δομική (Structural)
<i>Έκταση Αλλαγών</i>	-Μικρή σε συγκεκριμένες επιχειρησιακές λειτουργίες	-Μεγάλη και μεταξύ διαφορετικών λειτουργιών -Πιθανότητα να περιλάβει όλο τον οργανισμό

<i>Επίπεδο Κινδύνου</i>	-Χαμηλός με Μέτριο -Πιθανότητα περιορισμένης αποτυχίας	-Υψηλός Κίνδυνος -Πιθανότητα γενικής αποτυχίας
<i>Παράγοντας Υλοποίησης</i>	-Στατιστικός Έλεγχος & Ανάλυση	-Τεχνολογία της Πληροφορικής

Πηγή: Γεωργόπουλος Α., 2004

2.5.7 Οι Επιπτώσεις των Αρχών για την Αναδιοργάνωση ενός οργανισμού μέσω της εφαρμογής του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών

Για να μπορέσει να ευδοκιμήσει ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών η διοίκηση – ηγεσία οφείλει να δημιουργήσει και να καλλιεργήσει ένα δημιουργικό περιβάλλον εργασίας και να επιδιώξει την συμμετοχή και την αλληλεπίδραση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού, όλων των βαθμίδων και όλων των κατηγοριών. Οι ομάδες εργασίας – κύκλοι ποιότητας – πρέπει να εκτείνονται σε όλο το εύρος και βάθος του οργανισμού και να επηρεάζουν εκτενώς κάθε Επιχειρησιακή Διαδικασία και Διεργασία. Η διεύρυνση του εργασιακού αντικειμένου θα πρέπει επίσης να ενδυναμωθεί, χωρίς να μειωθεί ο βαθμός εμπειρίας – γνώσης στα στρατηγικά τμήματα – λειτουργίες της επιχείρησης, καθώς η έμφαση και η επιδίωξη δίνεται στην διάχυση και στην μεταφορά της εμπειρίας και γνώσης καθώς και στο πολλαπλασιαστικό αποτέλεσμα και όχι στον περιορισμό. Τέλος, η διοίκηση – ηγεσία του οργανισμού ή της επιχείρησης οφείλει να αναδιανείμει την ευθύνη ανάμεσα στην επιχείρηση και στους προμηθευτές – συνεργάτες της, ως λογική απόρροια του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών και των αλλαγών που θα επιφέρει, βλ. Πίνακα 2.4.

Πίνακας 2.4: Διάρθρωση Ενεργειών & Σταδίων

Επιλογή Διαδικασιών για Καινοτομία	Προσδιορισμός Συντελεστών Αλλαγής	Ανάπτυξη Οραμάτων Διαδικασίας	Κατανόηση & Βελτίωση Υπαρχόντων Διαδικασιών	Σχεδίαση & Δημιουργία Πρωτότυπων Νέων Διαδικασιών
<ul style="list-style-type: none"> -Απαρίθμηση Κεντρικών Διαδικασιών Προσδιορισμός των Ορίων των Διαδικασιών -Εκτίμηση της Στρατηγικής Σημασίας που έχει κάθε Διαδικασία -Γενική Αξιολόγηση «υγείας» κάθε Διαδικασίας -Πιστοποίηση Ποιότητας και θεμάτων Πολιτικής για κάθε Διαδικασία 	<ul style="list-style-type: none"> - Κοινωνικοί Πόροι -Τεχνικοί Πόροι - Οργανωτικοί Συντελεστές -Πολιτισμικοί Συντελεστές -Συντελεστές Ανθρωπίνου Δυναμικού 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτίμηση υπάρχουσας Στρατηγικής για την κατεύθυνση των διαδικασιών -Συζήτηση με τους πολίτες, των διαδικασιών, για τους στόχους που θα πρέπει να έχουν οι διαδικασίες και τις επιδόσεις τους -Δημιουργία Τρόπων Δοκιμών των στόχων των επιδόσεων και παραδειγμάτων καινοτομίας -Καθορισμός Στόχων για την Επίδοση της Διαδικασίας -Ανάπτυξη συγκεκριμένων Ιδιοτήτων Διαδικασίας 	<ul style="list-style-type: none"> -Περιγραφή παρούσας Ροής της Διαδικασίας -Μέτρηση της παρούσας Διαδικασίας σε σχέση με τους νέους Στόχους Διαδικασίας -Αξιολόγηση της παρούσας Διαδικασίας σε σχέση με τις νέες Ιδιότητες Διαδικασίας -Προσδιορισμός προβλημάτων ή διαφορών της παρούσας Διαδικασίας -Προσδιορισμός βραχυπρόθεσμων βελτιώσεων της παρούσας Διαδικασίας -Αξιολόγηση παρούσας Τεχνολογίας της Πληροφορικής και Οργάνωσης 	<ul style="list-style-type: none"> -Καταιγισμός Ιδεών για την Δημιουργία Εναλλακτικών Σχεδίων -Εκτίμηση επιτευξιμότητας, κινδύνου και ωφέλειας κάθε Εναλλακτικού Σχεδίου - Επιλογή Επιθυμητού Εναλλακτικού Σχεδίου -Δημιουργία Πρωτότυπου του Επιλεγμένου νέου Σχεδίου Διαδικασίας -Ανάπτυξη της Στρατηγικής Μετάβασης στη νέα Διαδικασία -Υλοποίηση νέων Οργανωτικών Δομών & Συστημάτων

Πηγή: Κέφης Β., 2005

2.5.8 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και B.P.R

Από τα προηγούμενα έγινε σαφές ότι ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αφορά σε ένα αρκετά ευρύ φάσμα αλλαγών εντός του οργανισμού – επιχείρησης και εμπεριέχει τόσο τον σχεδιασμό όσο και την εφαρμογή αυτών των αλλαγών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5 Συγκριτική ανάλυση των διοικητικών προσεγγίσεων ΔΟΠ και BPR

<i>Στοιχεία</i>	<i>Διοίκηση Ολικής Ποιότητας</i>	<i>Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών</i>
ΕΣΤΙΑΣΗ	Στην ποιότητα	Στις διαδικασίες
ΠΕΛΑΤΕΣ	Ικανοποίηση του πολίτη	Η ικανοποίηση εξαρτάται από τις εκροές
ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Σταδιακή και αργή	Ριζική και ταχεία
ΔΡΑΣΗ	Απλοποίηση των διαδικασιών. Βελτίωση της ποιότητας. Έλεγχος βήμα-βήμα των ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων	Εκσυγχρονισμός των δραστηριοτήτων και εξιδανίκευση τους
ΤΕΧΝΙΚΕΣ	Χάρτες διαδικασιών, Benchmarking, Προσωπικές εκτιμήσεις, Διαγράμματα	Χάρτες διαδικασιών Benchmarking Προσωπικές εκτιμήσεις, Σύγχρονη τεχνολογία, Καινοτόμες σκέψεις

Πηγή: Πραστάκος Γ., 2005

Οι θεωρητικοί και οι ερευνητές της Διοικητικής Επιστήμης ισχυρίζονται ότι η Διοίκηση της Αλλαγής (Change Management) – θεμέλιος λίθος της ΔΟΠ – προϋποθέτει την παρακίνηση και την ενθάρρυνση του ανθρώπινου δυναμικού, την διευκόλυνση της ανοιχτής επικοινωνίας οριζόντια και κάθετα εντός του οργανισμού, την τόνωση της αυτοπεποίθησης ούτως ώστε το προσωπικό να αναλαμβάνει την ευθύνη για περισσότερες πρωτοβουλίες, την διευκόλυνση της προσαρμογής στη νέα εποχή και στο νέο εργασιακό περιβάλλον, την υιοθέτηση του λάθους και του εντοπισμού του προβλήματος με την ταυτόχρονη ανάληψη διορθωτικών ενεργειών και δράσεων και τέλος, την αναγνώριση και επιβράβευση των συμμετεχόντων. Ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αφορά στην ριζική κα δομική μεταβολή και επαναπροσδιορισμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του Οργανισμού, κάτι που δεν είναι εφικτό αν δεν υπάρχει ούριος άνεμος αλλαγής, που θα αποτελέσει την γενεσιουργό αιτία και τον καταλύτη της αλλαγής.

Ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών δύναται να συνυπάρξει ή να διαδεχτεί μια προσπάθεια εφαρμογής ενός προγράμματος ΔΟΠ. Μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά και ολιστικά, αφού εστιάζει στην ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού του φορέα – οργανισμού, αποσκοπώντας στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας κάτι που ουσιαστικά προάγει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του οργανισμού – επιχείρησης. Στον Πίνακα 2.6 που ακολουθεί, αποτυπώνεται η συνάφεια της διοικητικής προσέγγισης των δύο διοικητικών μεθόδων (ΔΟΠ & BPR).

Πίνακας 2.6: Σύγκριση ΔΟΠ και BPR

	<i>Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)</i>	<i>Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών (BPR)</i>
Αλλαγή	Αυξητική	Ριζική
Σημείο Εκκίνησης	Υπάρχουσα διαδικασία	Από την αρχή
Πεδίο Εφαρμογής	Το σύνολο του οργανισμού (ολιστική προσέγγιση)	Μία και μόνο διαδικασία
Συχνότητα Αλλαγών	Συνεχής	Μία φορά
Συμμετοχή	Από κάτω προς τα πάνω (bottom-up) με τη μορφή συμμετοχικής διαδικασίας	Από πάνω προς τα κάτω (top- down) με τη μορφή εντολών
Κίνδυνος	Μέτριος	Υψηλός
Δύναμη Ώθησης	Στατιστικός Έλεγχος (Statistical Process Control- SPC)	Υψηλή Τεχνολογία (Information Technology-IT)

Πηγή: Πραστάκος , 2005

2.5.9 Τι χρειάζεται ο Δημόσιος Τομέας για να εφαρμόσει Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών– BPR;

Ο Πολίτης – Πελάτης στο Επίκεντρο

Ο καταλύτης για την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών σε μια δημόσια επιχείρηση, είναι η στρατηγική επιλογή της πολιτικής ηγεσίας και της διοίκησης, να θέσει τον πολίτη – πελάτη στο επίκεντρο, να προσφέρει δηλαδή, πελατοκεντρικές υπηρεσίες, και η συγκεκριμένη διοικητική μέθοδος αποτελεί το καλύτερο μέσο. Αμέσως μετά την δέσμευση της Διοίκησης – Management Commitment, η επόμενη καθοριστική παράμετρος έχει να κάνει με τα Πληροφοριακά Συστήματα και τις ΤΠΕ. Η χρήση σύγχρονων εφαρμογών και τεχνολογιών IT σε συνδυασμό με λύσεις αυτοματισμού, κάτω από την ομπρέλα του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών, εκμηδενίζει αποστάσεις, διευκολύνει (την απομακρυσμένη) συνεργασία, μειώνει το κόστος και το χρόνο παροχής της υπηρεσίας και δίνει το δικαίωμα τις ίσες πρόσβασης στην παρεχόμενη υπηρεσία, με έναν σύγχρονο, ποιοτικό & αδιάβλητο τρόπο.

Αναβάθμιση Ανθρώπινου Δυναμικού.

Η διοίκηση του δημόσιου οργανισμού – φορέα οφείλει να ενδυναμώσει το ανθρώπινο δυναμικό της, δίνοντάς του τα κατάλληλα και απαραίτητα μέσα προκειμένου να διευκολύνει και να αυξήσει την αποτελεσματικότητά τους στην καθημερινή εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό εμπεριέχει την παροχή των κατάλληλων μέσων, του κατάλληλου εξοπλισμού, της απαιτούμενης εκπαίδευσης & συνεχιζόμενης κατάρτισης, το κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον και την απαραίτητη δικαιοδοσία για να επιτελέσουν το καθήκον τους και να μπορούν να αναλάβουν πρωτοβουλίες και τις ευθύνες τους.

Παροχή Πληροφόρησης.

Η διάχυση της γνώσης και της πληροφορίας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού και σε όλο το εύρος και βάθος, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι ανοιχτοί διάδυλοι επικοινωνίας & πληροφόρησης διευκολύνουν το προσωπικό στην εκτέλεση των καθηκόντων τους και στο νέο επιχειρησιακό περιβάλλον. Και σε αυτό το σημείο, η αξία σύγχρονων Πληροφοριακών Συστημάτων μπορεί να αποδειχθεί καταλυτικής σημασίας και να επιταχύνει τις αλλαγές και την υιοθέτηση των νέων διαδικασιών, όπως θα εξεταστεί στο τρίτο κεφάλαιο και την υιοθέτηση του ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενούς στο ΓΝΧ.

Παροχή Εργαλείων.

Πέρα από την ενθάρρυνση του προσωπικού και την δημιουργία & εδραίωση ανοιχτών διαύλων επικοινωνίας, η Διοίκηση ενός οργανισμού – επιχείρησης οφείλει να παρέχει και τα κατάλληλα εργαλεία. Σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, νέες αναβαθμισμένες υποδομές και φυσικά οι ΤΠΕ διευκολύνουν τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, καθώς μέσω αυτών αυξάνεται η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Συναφές παράδειγμα αποτελεί η εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενούς στο ΓΝΧ, η οποία διευκολύνει και διασφαλίζει την παράδοση – παραλαβή των ασθενών από βάρδια σε βάρδια, ελαχιστοποιώντας το κίνδυνο παράλειψης ή λάθους.

Παροχή Εκπαίδευσης.

Όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, το υγειονομικό προσωπικό του ΕΣΥ είναι ουσιαστικά ανεκπαίδευτο και αποκομμένο από τις σύγχρονες μεθόδους εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης μέσα από την παρακολούθηση πολυήμερων γραμμικής μορφής, μονοδιάστατων σεμιναρίων κατά την οποία το προσωπικό έπρεπε να απουσιάζει από την εργασία και την οικία του. Η εξέλιξη των Πληροφοριακών Συστημάτων και των ΤΠΕ δίνει τη δυνατότητα της ασύγχρονης εκπαίδευσης του προσωπικού, την ώρα και στο μέρος που το εξυπηρετεί καλύτερα, παρέχοντας του την απαραίτητη ευελιξία και πρόσβαση 24/7/365. Το προσωπικό μπορεί να κάνει χρήση αυτής της πλατφόρμας ασύγχρονης εκπαίδευσης και να επαναλάβει την εκπαιδευτική συνεδρία όποτε και όσες φορές το επιθυμεί ή το κρίνει απαραίτητο.

Περιορισμός Χρήσης Πλεονάζοντος Χαρτιού.

Η ηλεκτρονική επεξεργασία, διαχείριση & αποθήκευση δεδομένων, συμβάλει στην αλλαγή του παραδοσιακού τρόπου, της υπερβολικής χρήσης χαρτιού. Μέσω της ηλεκτρονικής οδού βελτιώνεται σημαντικά ο τρόπος και η ταχύτητα επεξεργασίας & αποθήκευσης δεδομένων και πληροφοριών και γίνεται εφικτή η συνεργασία απομακρυσμένων ομάδων και χρηστών του οργανισμού. Η ηλεκτρονική επεξεργασία & αποθήκευση δεν καταλαμβάνει φυσικό χώρο, έχει σαφώς μικρότερο περιβαλλοντικό αποτύπωμα, είναι ταχύτερη, δεν επηρεάζεται από φυσικές καταστροφές όπως πλημμύρα και φωτιά και είναι εύκολα διαθέσιμη 24/7/365 από οποιοδήποτε σημείο.

Εξάλειψη της περιττής διαφοροποίησης σε Διαδικασίες και Συστήματα.

Η πανσπερμία Πληροφοριακών Συστημάτων και εξειδικευμένων εφαρμογών είναι σύνηθες φαινόμενο στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση κάτι που είναι αντιπαραγωγικό και εξαιρετικά δαπανηρό σε χρόνο και χρήμα. Η έννοια της διαλειτουργικότητας και της επικοινωνίας των Πληροφοριακών Συστημάτων οφείλει να αποτελέσει προτεραιότητα όπως και η ενοποίηση των Συστημάτων αυτών. Πρέπει να σταματήσει το φαινόμενο ομοειδείς δημόσιες επιχειρήσεις (τα Νοσοκομεία) μιας υγειονομικής περιφέρειας παραδείγματος χάριν, να έχουν το καθένα διαφορετικό σύστημα για την οικονομική διαχείριση, με αποτέλεσμα αν η Διοίκηση της ΥΠε επιθυμεί να κάνει μια συγκριτική ανάλυση να πρέπει να αναλύσει τα δεδομένα από κάθε μεμονωμένο σύστημα ξεχωριστά. Αυτό συνιστά σπατάλη και κατακερματισμό πόρων και προσπάθειας, ενώ αναδεικνύει την έλλειψη στρατηγικής και αφαιρεί την ομοιογένεια και την δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων.

Ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών ουσιαστικά πρεσβεύει ότι οι παρούσες διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός δεν είναι άρτιες και πρέπει να αντικατασταθούν με καινούργιες, καθώς ο οργανισμός έχει αποφασίσει στρατηγικά ότι θα εστιάσει στις ανάγκες του πολίτη – πελάτη μέσα από έναν πιο αποτελεσματικό τρόπο λειτουργίας. Αυτή η νέα οπτική δίνει την δυνατότητα στη Διοίκηση αλλά και στο προσωπικό να αποτινάξουν τις παρωχημένες διαδικασίες και τρόπο λειτουργίας και να εστιάσουν σε ένα νέο

επιχειρησιακό μοντέλο, στο οποίο μεταξύ άλλων, θα συναντήσουν τις ακόλουθες αλλαγές:

- Την συγχώνευση πολλών διεργασιών και εργασιών σε μία,
- Η διαδικασία λήψης αποφάσεων αποκτά κομβικό ρόλο στην καθημερινή εκτέλεση των καθηκόντων του προσωπικού, ενώ παράλληλα ενισχύεται η αίσθηση της ευθύνης και της λογοδοσίας, όπως προστάζουν οι αρχές της Κλινικής Διακυβέρνησης, βλ. Κεφάλαιο 3 για παράδειγμα,
- Η σειρά εκτέλεσης των διαδικασιών έχει μια λογική ροή και συνέχεια ενώ έχουμε παράλληλη εκτέλεση αρκετών εργασιών,
- Υπάρχει διαφοροποίηση στις διαδικασίες, κάτι που επιτρέπει την ανάπτυξη οικονομιών κλίμακος μέσα από την μαζική παραγωγή, ενώ παράλληλα δίνει το περιθώριο της διαφοροποίησης και παραμετροποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών στις εξειδικευμένες ανάγκες του πολίτη, ασθενή στην περίπτωση ενός Νοσοκομείου,
- Με την χρήση σύγχρονων Πληροφοριακών Συστημάτων & ΤΠΕ, γίνεται εφικτή η εκτέλεση εργασιών από απομακρυσμένα ή πιο βολικά σημεία, αυξάνοντας την ταχύτητα παράδοσης – αποτελέσματος στον πελάτη και τελικό αποδέκτη της υπηρεσίας,
- Η επιχείρηση – οργανισμός βιώνει μια ουσιαστική μείωση των απαιτούμενων ελέγχων και παρακολουθήσεων καθώς μέσω του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αυτό καθίσταται παρωχημένο, καθετί περιττό, έχει εξαιρεθεί.

Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών μεταβάλλει δομικά τις διαδικασίες και τον τρόπο λειτουργίας μιας επιχείρησης – οργανισμού, επιφέροντας ριζικές αλλαγές και σημαντικές βελτιώσεις. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών αναθεωρεί τις διαδικασίες και τις διεργασίες του οργανισμού, «σπάει» τα στεγανά των στενών ορίων των αρμοδιοτήτων & της γραφειοκρατίας και ρωτάει «γιατί», με το βλέμμα στον πελάτη, στην βελτίωση της απόδοσης και στην ποιότητα. Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν συγκεκριμένα μοντέλα εφαρμογής, τα οποία δύναται να είναι μοντέλα της επιστήμης των υπολογιστών, της φυσικής ή των μαθηματικών, καθώς επίσης και μοντέλα ανάλυσης της δομής και φυσικά μοντέλα ανάλυσης των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Και αυτό, διότι ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών αφορά στον ριζικό ανασχεδιασμό του τρόπου λειτουργίας του οργανισμού, κάτι που θα έχει θετικές επιπτώσεις στην επίδοση και στην απόδοση του οργανισμού.

Η Δημόσια Διοίκηση οφείλει να στηριχθεί στο τρίπτυχο Ανασχεδιασμός – Αναβάθμιση Εξοπλισμού – Συγχρονισμός, Redesign – Retool – Reorchestrate, αν επιθυμεί να επιτύχει η απόπειρα εφαρμογής του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών. Το σύνολο, το όλον της επιχείρησης – οργανισμού οφείλει να αναθεωρηθεί εκ βάθρων, χωρίς να υπάρχουν στεγανά, θέσφατα και γραμμικές αντιλήψεις. Όλα πρέπει να επανεξεταστούν και να αναθεωρηθούν, βάζοντας στο επίκεντρο τον πολίτη – τελικό αποδέκτη

των υπηρεσιών, και τις ανάγκες του, και στη συνέχεια να δομηθούν αποδοτικές και ποιοτικές διαδικασίες γύρω από αυτόν. Τα σύγχρονα Πληροφοριακά Συστήματα δύνανται να προσδώσουν πολλαπλασιαστικό αποτέλεσμα στην προσπάθεια εφαρμογής του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, καθώς διευκολύνουν την μετάβαση από την παραδοσιακή (παρωχημένη) κάθετη οργανωτική δομή στη νέα οργανωτική μορφή, στην δικτυακή δομή. Η διαδικασία εφαρμογής του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών καθώς και τα σημεία και οι παράγοντες που αφορούν στην παραπάνω προσέγγιση, αναφέρονται συνοπτικά στον Πίνακα 2.7 που ακολουθεί.

Πίνακας 2.7: Τα 3 R's της Αναδιοργάνωσης

REDESIGN <i>Ανασχεδιασμός</i>	RETOOL <i>Αναβάθμιση Εξοπλισμού</i>	REORCHESTRATE <i>Συγχρονισμός</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Απλοποίηση • Αυτοματοποίηση • Ενίσχυση Ανθρώπινου Δυναμικού • Groupware • Μετρήσεις Απόδοσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Δίκτυα • Intranets • Extranets • WorkFlow 	<ul style="list-style-type: none"> - Διαδικασιών - Συστημάτων Πληροφορικής - Ανθρώπινου Παράγοντα

Όπως προαναφέρθηκε, η βασική αρχή πίσω από τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών έγκειται στην ριζική αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών ενός οργανισμού, κάτι που επιφέρει ριζικές αλλαγές σε καθετί που αφορά στο προσωπικό του οργανισμού. Ο (δημόσιος) οργανισμός βλέπει δομικές και θεμελιώδεις μεταβολές και τον μετασχηματισμό της οργανωτικής του δομής, των διαδικασιών, των τεχνολογικών του υποδομών καθώς και του προσωπικού του. Στον Πίνακα 2.8 που υπάρχει στη συνέχεια συνοψίζονται οι αλλαγές που συντελούνται με την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR.

Πίνακας 2.8: Αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον, Hammer and Champy, 1993

Αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον	
Από Παραδοσιακό	Στο BPR
Λειτουργικά Τμήματα	Ομάδες εργασίας ανά διαδικασία
Απλές αρμοδιότητες (διαχωρισμός εργασιών)	Ενισχυμένο Ανθρώπινο Δυναμικό
Ελεγχόμενο προσωπικό (από διοίκηση)	Πολυδιάστατες εργασίες
Εκπαίδευση	Επιμόρφωση
Ανταμοιβή με βάση της ικανότητες	Ανταμοιβή με βάση την απόδοση
Αυξήσεις μισθών με βάση προαγωγές	Χαμηλός μισθός με υψηλά επιδόματα
Προαγωγή με βάση τις ικανότητες	Προαγωγή με βάση την απόδοση
Προστατευτική οργανωτική κουλτούρα	Παραγωγική οργανωτική δομή
Ιεραρχική οργανωτική δομή	Οριζόντια οργανωτική δομή
Διαχωρισμός αρμοδιοτήτων και λειτουργιών	Διατμηματικές ομάδες εργασίας
Γραμμικές και συνεχείς διαδικασίες	Παράλληλες διαδικασίες
Μαζική παραγωγή	Μαζική παραμετροποίηση προϊόντων

2.5.10 Στόχοι του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR

Στην εφαρμογή της τεχνικής του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, η διοίκηση και η ομάδα εργασίας, οφείλουν να εστιάσουν στους παρακάτω τομείς:

Εστίαση στον πολίτη.

Έμφαση στην πολίτη – πελάτη και τελικό αποδέκτη των υπηρεσιών. Όλα γύρω από τον πολίτη και τις ανάγκες του με σκοπό την μείωση ή και εξάλειψη παραπόνων.

Απλοποίηση.

Έμφαση στην βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού – επιχείρησης. Νέες διαδικασίες και έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα με σκοπό την εκπαίδευση, αναβάθμιση και εξέλιξή του.

Τεχνολογική πρόοδος.

Το σύνθημα είναι ένα: έμφαση στον εκσυγχρονισμό του τεχνολογικού εξοπλισμού και παράλληλα υιοθέτηση και εκτεταμένη χρήση των ΤΠΕ. Επίσης έμφαση στην αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό των τεχνικών και άλλων υποδομών του οργανισμού.

Ταχύτητα.

Εξαιτίας της εφαρμογής του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, ο οργανισμός θα βιώσει δραστική αύξηση στην ταχύτητα παροχής της υπηρεσίας και διεκπεραίωσης των αιτημάτων των πολιτών μέσα από την δραστική μείωση του μέσου χρόνου του κύκλου εργασιών.

Συμπίεση.

Πολλές εργασίες και διαδικασίες θα συμπεστούν λόγω αυξημένου κόστους. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών θα αναθεωρήσει χρονοβόρες & υψηλού κόστους διαδικασίες και θα τις μειώσει ή θα τις εξαλείψει. Αυτό θα επιφέρει μείωση του κόστους αλλά θα αυξήσει την ταχύτητα και την διαφάνεια στην παροχή της υπηρεσίας, μέσα από την εφαρμογή των αρχών της χρηστής Δημόσιας Διοίκησης. Ένα παράδειγμα αποτελούν οι προμήθειες, και όλες αυτές οι ατελείωτες γραφειοκρατικές και άνευ ουσίας «διαδικασίες». Μέσα από την λήψη των κατάλληλων αποφάσεων, θα μειωθεί δραστικά το λειτουργικό κόστος του οργανισμού.

Ευελιξία - ευκολία προσαρμογής.

Η αύξηση της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας του οργανισμού είναι ένα ακόμα συμπληρωματικό όφελος από την επιτυχή εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών. Ευελιξία στις δομές αλλά και στο ολοένα και πιο δυναμικά μεταβαλλόμενο πλαίσιο λειτουργίας, δίνοντας απόλυτη προτεραιότητα στον πολίτη – πελάτη & την ικανοποίηση των αναγκών του.

Ποιότητα.

Έμφαση και απόλυτη προτεραιότητα στην όσο τον δυνατόν καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη – πελάτη και των αναγκών του. Η ποιότητα οφείλει να εξαρτάται και να μετράται από τυποποιημένες διαδικασίες και ΣΔΠ και από δείκτες αντίστοιχα και να μην μεταβάλλεται ανάλογα με τον υπάλληλο που την παρέχει.

Καινοτομία.

Ο οργανισμός πρέπει να επιδιώκει να καινοτομεί και να διεκδικεί να είναι ο ηγέτης του κλάδου μέσα από την Διοίκηση της Αλλαγής – Change Management.

Παραγωγικότητα.

Όπως είναι αντιληπτό, η εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών θα επιφέρει σημαντικές μεταβολές, με θετικό πρόσημο, στην απόδοση και την παραγωγικότητα του ανθρώπινου δυναμικού και κατ' επέκταση και του οργανισμού – επιχείρησης.

Προκειμένου να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, ο οργανισμός οφείλει να ακολουθήσει την κατάλληλη μεθοδολογία για την εφαρμογή του. Για την επίτευξη των παραπάνω είναι απαραίτητη η χρήση μιας σωστής μεθοδολογίας BPR.

2.5.11 Μεθοδολογία εφαρμογής BPR – Στρατηγική Εφαρμογής – μια Εναλλακτική Προσέγγιση

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αφορά σε μια μέθοδο, σε μια τεχνική η οποία εστιάζει στις διαδικασίες του οργανισμού, και έχει ως αποτέλεσμα ουσιαστικές και δραστικές βελτιώσεις σε κάθε πτυχή λειτουργίας του οργανισμού. Η επιτυχία της τεχνικής αυτής έγκειται στην σύνθεση πολλών διοικητικών πρακτικών, μεθόδων, τεχνικών & εργαλείων, με σκοπό τον ανασχεδιασμό των επιχειρησιακών διαδικασιών γύρω από τον πελάτη – πολίτη. Μέσα από αυτόν τον συνδυασμό «δυνάμεων», εργαλείων και τεχνικών, θα προκύψουν σημαντικές και γρήγορες αλλαγές, το ανθρώπινο δυναμικό θα αποκτήσει νέες δεξιότητες μέσα από την εκπαίδευση και εξέλιξή του και θα ενισχυθεί η χρήση της τεχνολογίας και των ΤΠΕ. Προκειμένου να εφαρμοστεί σωστά ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, ο οργανισμός οφείλει να ακολουθήσει τα εξής βήματα:

- Να επιλέξει προσεκτικά τον πυρήνα, τις δομικές διαδικασίες, που αφορούν στην εξυπηρέτηση του πολίτη – πελάτη και οι οποίες δύνανται να προσθέσουν αξία στην παρεχόμενη υπηρεσία.
- Να απλοποιήσει τις νέες διαδικασίες που θα προκύψουν, μέσα από τη μείωση της γραφειοκρατίας, από την εξάλειψη περιττών βημάτων των διαδικασιών καθώς και μέσα

από τις αναβαθμισμένες πλέον δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού.

- Να οργανώσει ομάδες εργασίες για τον ανασχεδιασμό της κάθε διαδικασίας, αναθέτοντας σαφείς και επαρκώς προσδιορισμένες αρμοδιότητες για τον συντονισμό των απαιτούμενων ενεργειών.
- Να οργανώσει την ροή των εργασιών κατάλληλα για την διακίνηση, διαπεραίωση και τον έλεγχο των εγγράφων.
- Να αναθέσει σαφείς ρόλους και αρμοδιότητες μέσα από τα περιγράμματα θέσης, για κάθε νέα διαδικασία.
- Να αυτοματοποιήσει και να ψηφιοποιήσει όσο το δυνατόν περισσότερες διαδικασίες.
- Να εκπαιδεύσει τις ομάδες εργασίας με σκοπό την βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας της κάθε νέας διαδικασίας.
- Να καθιερώσει τις νέες, προφανώς ανασχεδιασμένες διαδικασίες, σε όλο το εύρος του οργανισμού, σε όλη την διοικητική δομή και διάρθρωση.

Η πλειοψηφία των θεωρητικών μοντέλων και προσεγγίσεων γύρω από τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών μοιράζονται κοινά σημεία με την κάθε προσέγγιση να έχει τον δικό της σημείο κλειδί για την επιτυχή έκβαση του εγχειρήματος. Η υλοποίηση του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών προϋποθέτει τον καθορισμό των στρατηγικών στόχων, τον καθορισμό δηλαδή των «προβληματικών» πεδίων ή τμημάτων στα οποία θα εφαρμοστεί η τεχνική. Οι στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, εφικτοί και μετρήσιμοι όπως και το αποτέλεσμά τους, τόσο από την άποψη της αύξησης της ικανοποίησης των χρηστών – τελικών αποδεκτών της υπηρεσίας όσο και από την πλευρά της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας & αποδοτικότητας του οργανισμού. Ένα αυτά δεν είναι καθορισμένα εξαρχής, η επιτυχία του εγχειρήματος είναι εξαιρετικά αμφίβολη.

ΔΟΠ – Η Ενναλακτική Προσέγγιση στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR?

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, η οποία είναι ευρέως γνωστή ως TQM ή Continuous Improvement Process (CIP), αφορά σε δράσεις, μεθόδους και παρεμβάσεις στην λειτουργία ενός οργανισμού, με μακροπρόθεσμο ορίζοντα, στοχεύοντας στην βελτίωση της ποιότητας των διαδικασιών του οργανισμού. Στον αντίποδα, το BPR αφορά σε παρεμβάσεις και ενέργειες οι οποίες στοχεύουν στο ριζικό ανασχεδιασμό της επιχειρησιακής λειτουργίας του οργανισμού, με επίκεντρο την βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας προς τον πελάτη, σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα και εντός μικρού χρονικού περιθωρίου. Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών αφορά σε ριζικές, δραστικές αλλαγές εντός του οργανισμού. Οι σημαντικότερες διαφορές μεταξύ των δυο διαφορετικών

προσεγγίσεων, αναφέρονται συνοπτικά στον Πίνακα 2.9 που ακολουθεί.

Πίνακας 2.9: Σύγκριση TQM με BPR

TQM vs BPR		
Αναγκαιότητα Ενέργειας	Θεωρείται χρήσιμη	Απαραίτητη
Στόχοι	Βελτιώσεις μικρής κλίμακας σε διάφορα σημεία με αυξανόμενα αποτελέσματα	Ριζικές αλλαγές με άμεσα αποτελέσματα
Σκοπός και εστίαση	Προσοχή στις εργασίες, στα βήματα και στις γενικές λειτουργίες	Επιλογή εκτεταμένων διαδικασιών
Βαθμός αλλαγής	Σταδιακή και συνεχής	Εκτενής και περιοδική
Συμμετοχή μελών	Σημαντική στα ψηλότερα επίπεδα της οργανωτικής πυραμίδας	Έντονη σε όλα τα επίπεδα
Ρόλος των συστημάτων πληροφορικής	Πιθανή χρήση, όχι απαραίτητη	Σημαντική και επιβλητική η χρήση τους

Πηγή: Gulden & Ewers (1997)

2.5.12 Που έχει εφαρμοστεί η Τεχνική του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR

Ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών έχει εφαρμοστεί σε πληθώρα επιχειρήσεων και οργανισμών παγκοσμίως, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στον δημόσιο τομέα. Πολλές, μεγάλου μεγέθους πολυεθνικές επιχειρήσεις έχουν εφαρμόσει τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών τους, μεταξύ των οποίων: IBM, AT&T, SONY, GENERAL ELECTRIC, WALLMART, HEWLETT PACKARD, DEC, KRAFT FOODS, εγχείρημα το οποίο απλοποίησε σε μεγάλο βαθμό την οργανωτική λειτουργία και διάρθρωση των εταιρειών αυτών, αλλάζοντας την οργανωτική δομή τους σε μια πιο οριζόντια, ιεραρχικά και δομικά, διάρθρωση. Ο τραπεζικός κλάδος δεν έμεινε αμέτοχος μπροστά στην πρόκληση του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών με πολλά επιτυχή παραδείγματα εφαρμογής, μεταξύ των οποίων η CitiBank, η NorthWestern Bank, η Bank of America, και άλλοι μεγάλοι χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί. Υπήρξαν επίσης πολλές Δημόσιες Επιχειρήσεις Κοινής Ωφέλειας οι οποίες εφάρμοσαν τον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών εντός της Ελληνικής επικράτειας, όπως ο ΟΤΕ και τα ΕΛΤΑ, σε μια προσπάθεια των διοικήσεων να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πελάτες τους.

Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες η μέθοδος του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών ή BPR, δύναται να χρησιμοποιηθεί και ως ένα μέσο ικανό να επιφέρει ριζικές αλλαγές στην οργανωτική δομή και την διοικητική διάρθρωση ενός δημόσιου οργανισμού ή επιχείρησης.

Αρκετές φορές, η εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών είναι νομοτελειακή, ειδικά αν η επιχείρηση ή ο οργανισμός έχει επιλέξει να υιοθετήσει ένα καινοτόμο Σύστημα Enterprise Resource Planning (ERP) όπως είναι αυτά της SAP ή της BAAN. Σε αυτές τις περιπτώσεις, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για την εφαρμογή της μεθόδου του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών καθώς θα βοηθήσει και θα προωθήσει την επιχείρηση να κινηθεί προς μια οριζόντια οργανωτική διάρθρωση και οργάνωση μέσα από τις νέες διαδικασίες που θα εφαρμόσει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα σύγχρονα Πληροφοριακά Συστήματα, και δη τα ERP, όχι απλά υποβοηθούν τον μετασχηματισμό της επιχείρησης, αλλά δύνανται να επιφέρουν μεγάλες οργανωτικές αλλαγές από μόνα τους.

2.5.13 Τύποι Οργανισμών & Επιχειρήσεων που μπορεί να εφαρμοστεί ο Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR

Οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την επιτυχή υλοποίηση του εγχειρήματος του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών σε ένα δημόσιο οργανισμό, εδράζονται στα παρακάτω σημεία:

- Η διοίκηση – ηγεσία του οργανισμού θα πρέπει να είναι αποφασισμένη και να αναλάβει την δέσμευση (Management Commitment) για την ριζική αναδιοργάνωση του οργανισμού,
- Θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 30 εργαζόμενοι, εκ των οποίων οι 4 να βρίσκονται σε διοικητικό αντικείμενο,
- Τα Πληροφοριακά Συστήματα του οργανισμού θα πρέπει να είναι κατάλληλα για να αποτελέσουν την υποδομή πάνω στην οποία θα στηριχτεί ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR.

Η ευεργετική επίδραση που μπορεί να έχει η εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών σε ένα δημόσιο οργανισμό ή επιχείρηση, θα είναι ευρύτερη, εμφανέστερη και πιο ουσιαστική σε περιπτώσεις όπου ο οργανισμός – επιχείρηση:

- Είναι αντιμέτωπος με ένα υψηλό κόστος λειτουργίας,
- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πολίτες χαρακτηρίζονται από χαμηλή ποιότητα,
- Οι «προβληματικές» διαδικασίες του οργανισμού, ειδικά κατά την περίοδο αιχμής, έχουν αυξημένο κόστος,
- Το μεσαίο επίπεδο διοίκησης (Middle Management) έχει χαμηλή επίδοση,
- Δεν υπάρχει ορθολογική κατανομή εργασιών καθώς και χρήση των πόρων και των συντελεστών της παραγωγής, προκειμένου να υπάρξει βελτίωση των παραγόμενων

αποτελεσμάτων και των επιδόσεων της επιχείρησης – οργανισμού.

Οι Επιχειρησιακές Μονάδες, Business Units, που επιλέγουν να εφαρμόσουν τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, εντάσσονται στις ακόλουθες τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Επιχειρησιακές Μονάδες οι οποίες διέρχονται μια φάση μεγάλης κρίσης, ή
- Επιχειρησιακές Μονάδες η λειτουργία των οποίων κρίνεται ικανοποιητική και αποδοτική, αλλά η διορατικότητα & η αντίληψη της διοίκησης τις ωθεί σε αλλαγές για να αποφύγουν δυσμενείς μεταβολές, προβλήματα και δυσκολίες που έρχονται στο μέλλον,
- Επιχειρησιακές Μονάδες οι οποίες διαγράφουν μια αρκετά επιτυχημένη πορεία αλλά επιδιώκουν να γίνουν ακόμα αποδοτικότερες και αποτελεσματικότερες (Lean organizations), μέσα από έναν εκτεταμένο και ριζικό ανασχεδιασμό.

Το εγχείρημα της εφαρμογής του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών είναι μια δύσκολη και απαιτητική υπόθεση η οποία απαιτεί εκτός όλων των άλλων, σχεδιασμό και μεθοδικότητα καθώς ο ριζικός ανασχεδιασμός δεν μπορεί να επιτευχθεί εντός ασφυκτικών χρονικών περιθωρίων και υπό την πίεση για γρήγορα (& θεαματικά) αποτελέσματα. Συνήθως, η επιπόλαιη απόφαση και εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, οφείλεται, είτε στην άγνοια των στελεχών & της διοίκησης των διαδικασιών και των βασικών αρχών του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών ή στις μετακινήσεις στελεχών ως αποτέλεσμα μια συγχώνευσης τμημάτων – διευθύνσεων, ή του πεδίου δραστηριότητας της επιχείρησης ή λόγω αναδιοργάνωσης αντικειμένου και κατά συνέπεια, διαδικασιών. Τέλος, η βιαστική απόφαση για την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών μπορεί να οφείλεται και στο υψηλό κόστος που συνεπάγεται η υιοθέτηση και η εκπαίδευση των βασικών αρχών του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών με σκοπό την εφαρμογή του.

2.5.14 Διάρκεια εφαρμογής του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών– BPR

Η τεχνική του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών δεν είναι μια ιδιαίτερα χρονοβόρα διαδικασία η οποία εκτείνεται σε μεγάλο βάθος χρόνου. Σύμφωνα με τον Hammer & Champy, 2001, το απαιτούμενο χρονικό διάστημα για την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών σε έναν οργανισμό βρίσκεται ανάμεσα στους 6 με 10 μήνες. Η απόκλιση στον χρόνο υλοποίησης και εφαρμογής αφορά κυρίως στον τύπο και την μορφή της παρεχόμενης υπηρεσίας, οι διαδικασίες της οποίας θα ανασχεδιαστούν, καθώς και στο βαθμό έντασης του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR. Επιπλέον, η χρονική διάρκεια εφαρμογής εξαρτάται και από

την μεθοδολογική προσέγγιση και τις τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν. Η BPR HELLAS ΑΕ παραδείγματος χάριν, αξιοποιεί τη μεθοδολογία REMORA (RE-engineering Methodology Oriented towards Rapid Adaptation) η οποία ακολουθεί το παρακάτω, βλ. Πίνακα 2.10.

Πίνακας 2.10: Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης (Διάρκεια σε Μήνες, 1 – 6 μήνες)

1	2	3	4	5	6	BPR - Στάδια Έργου
						Προετοιμασία και συντονισμός του έργου
						Διαγνωστική ανάλυση & μετρήσεις.
						Επιλογή διαδικασιών για αναδιοργάνωση
						Τεχνική σχεδίαση των διαδικασιών
						Εκπαίδευση και προσαρμογή του προσωπικού
					-	Αποτελεσματική διαχείριση της αλλαγής

2.5.15 Αποτελέσματα της εφαρμογής του Ανασχεδιασμού Επιχειρησιακών Διαδικασιών – BPR στον Δημόσιο Τομέα – Σύνοψη

Τα οφέλη τα οποία θα αποκομίσει ένας δημόσιος οργανισμός – επιχείρηση από την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών είναι πολλά και ευδιάκριτα σε πολλά επίπεδα του οργανισμού. Επιχειρώντας αναφορά στα πλέον βασικά και δομικά οφέλη, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Μετά την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών , οι διαδικασίες του οργανισμού θα έχουν ανασχεδιασθεί και θα είναι (σημαντικά) λιγότερες και θα υπάρχει μια φυσική ροή – σειρά στην εκτέλεσή τους,
- Ο ίδιος ο οργανισμός θα έχει αναδιαταχθεί και η διοικητική του δομή και διάρθρωση θα είναι πιο οριζόντια, λειτουργική και διατμηματική, με βασικό χαρακτηριστικό της τον ρόλο (input) του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού,
- Θα υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία στις διαδικασίες και τις διεργασίες του οργανισμού καθώς αυτές ορίζονται πλέον από και για τον πελάτη – πολίτη, ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης, μέσα από έναν συνδυασμό βασικών (core) & περιφερειακών λειτουργιών - διεργασιών.

Όλες αυτές οι αλλαγές θα μειώσουν το κόστος λειτουργίας του οργανισμού και θα αυξήσουν την ποιότητα προς τους πολίτες, τελικούς αποδέκτες και χρήστες των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΤΟ ΓΝΧ ΣΤΗ ΔΙΝΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ Covid- 19

Φτάσε όπου δεν μπορείς

3.1 Σκοπός και στόχοι

Ο βασικός σκοπός του 3^{ου} κεφαλαίου είναι η αποτύπωση και η μελέτη περίπτωσης της εφαρμογής του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διαδικασιών και λειτουργιών που εφαρμόστηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης που έφερε η πανδημία.

Όπως παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο, η ραγδαία κλιμάκωση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19, δεν άφησε κανένα χρονικό περιθώριο προετοιμασίας ή ανασύνταξης των Εθνικών Συστημάτων Υγείας ανά την υφήλιο. Η ραγδαία επιδείνωση των επιδημιολογικών στοιχείων, η ένταση και το εύρος της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19 έφεραν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας αντιμέτωπα με τον χειρότερο εφιάλτη τους. Με μηδενικό χρονικό περιθώριο σχεδιασμού και ανάπτυξης δράσεων, τα Εθνικά Συστήματα Υγείας αντιμετώπισαν την μεγαλύτερη πρόκληση των τελευταίων 100 ετών, καλούμενα να ανταποκριθούν σε μια κατακλυσμιαίων διαστάσεων, έντασης και εύρους Υγειονομική Κρίση. Και ενώ η συζήτηση περί της αποδοτικότητας και επάρκειας των Συστημάτων Υγείας μονοπωλούσε τα τελευταία χρόνια τις συζητήσεις γύρω από τα τεκταινόμενα στο χώρο της Υγείας, ξαφνικά τα Εθνικά Συστήματα Υγείας παγκοσμίως τέθηκαν σε σκληρή δοκιμασία και ουσιαστικά τέθηκαν υπό αμφισβήτηση τα ίδια τα δομικά στοιχεία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, στοιχεία όπως η δομή, η ανθεκτικότητα και η πρόσβαση στα Συστήματα Υγείας. Η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19, ώθησε βίαια τα Εθνικά Συστήματα Υγείας σε αχαρτογράφητα ύδατα δοκιμάζοντας τις αντοχές τους, και θέτοντας στο επίκεντρο την αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19, ενώ παράλληλα θα έπρεπε να συνεχίσουν την λειτουργία τους ως Νοσοκομειακές Μονάδες Υγείας.

Σύμφωνα με τα όσα αναλύθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα αλλά και ο Νοσοκομειακός Τομέας, ο οποίος αποτελεί ίσως το πλέον δομικό στοιχείο του ΕΣΥ, μετά από περίπου 40 χρόνια λειτουργίας, δείχνουν ξεκάθαρα τα όρια, την ηλικία καθώς και τις χρόνιες παθογένειες τους. Οι καινοτομίες που εισήχθησαν με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 ήταν πολλές, αλλά δυστυχώς όπως προαναφέρθηκε, το ΕΣΥ αλλά και ο χώρος της Υγείας στην Ελλάδα αποτέλεσε ένα προνομιακό πεδίο για πολιτική διαχείριση και επικοινωνία, χωρίς να υπάρξουν γενναίες

αντίστοιχες πρωτοβουλίες με σκοπό την δομική αναδιάρθρωση του. Αυτά φυσικά, έχουν ως αποτέλεσμα να αναζητούμε 40 χρόνια μετά, τρόπους χρηματοδότησης, τρόπους για να γίνει το ΕΣΥ ελκυστικό για το υγειονομικό προσωπικό, πρόβλημα το οποίο έχει ενταθεί την τελευταία δεκαετία με το φαινόμενο brain drain καθώς και τρόπους για να εκσυγχρονιστεί το ΕΣΥ και να το καταστήσουμε πιο αποδοτικό, πιο ασφαλές, ικανό να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Και ενώ τα χρονικά περιθώρια γίνονται πλέον ασφυκτικά, παραβλέπουμε ένα δομικό στοιχείο, αυτό της διοίκησης ενός σύγχρονου Εθνικού Συστήματος Υγείας, του management δηλαδή. Τα Συστήματα Υγείας δεν είναι πλέον γραμμικά. Είναι σύνθετα, δυναμικά και αφενός καλούνται να ανταποκριθούν στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου σε ένα νέο δημοσιονομικό πλαίσιο, με νέες προκλήσεις και σε εντελώς νέες συνθήκες. Υπό αυτό το πρίσμα, είναι αδιανόητο να μην φέρουμε στο επίκεντρο της συζήτησης το θέμα της διοίκησης των Συστημάτων Υγείας, του management των Υπηρεσιών Υγείας, καθώς αυτό θα πρέπει να αποτελέσει το εφαλτήριο για τον ανασχεδιασμό του Υγειονομικού Χάρτη στην Ελλάδα. Τα Νοσοκομεία αποτελούν πλέον σύγχρονες Επιχειρησιακές Μονάδες, Business Units, και ως εκ τούτου η διοίκηση αυτών των μονάδων οφείλει να υπακούει και να διέπεται από όλες τις σύγχρονες αρχές της επιστήμης της διοίκησης επιχειρήσεων: την διαχείριση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την χρήση νέων Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ), την εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Κοστολόγησης των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας κ.ο.κ. Αυτή ακριβώς η αντίληψη διέπει και αποτελεί και το σκοπό της εργασίας, η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι συνετέλεσαν στην αντιμετώπιση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19 με την μελέτη περίπτωσης του ΓΝΧ.

Επομένως, βασικός σκοπός του κεφαλαίου είναι να εντοπιστούν, να αναλυθούν και να αξιολογηθούν οι ενέργειες που έγιναν. Ταυτόχρονα, να εντοπισθεί ο βασικός πυρήνας των ενεργειών αλλά και η διοικητική αρχή που τις διέπει, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα συμπέρασμα, στο κατά πόσο οι ενέργειες αυτές ήταν επαρκείς και αποδοτικές, καθιστώντας το ΓΝΧ ικανό να αντιμετωπίσει την Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Πριν γίνει η ανάλυση, είναι εξαιρετικά σημαντικό να λάβουμε υπόψη, καθ' όλη την καταγραφή των ενεργειών που έλαβαν χώρα, την αφηνιαστική έλευση, κλιμάκωση και επιδείνωση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19, τα ασφυκτικά ή και μηδαμινά χρονικά περιθώρια επαρκούς ανταπόκρισης στην διαχείριση της Υγειονομικής Κρίσης σε πλήρως αχαρτογράφητα νερά, καθώς και την κατάσταση των Νοσοκομείων της χώρας όπως και του Εθνικού Συστήματος εν γένει.

Όπως έχει παρουσιαστεί στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου, ο Οργανισμός του ΓΝΧ, όπως συμβαίνει και σχεδόν με όλους του Οργανισμούς των Νοσοκομειακών Μονάδων της χώρας, είναι στην καλύτερη περίπτωση αναχρονιστικός. Πρόκειται για έναν Οργανισμό λειτουργίας που στερείται αντανακλαστικών και ευελιξίας, υποταγμένος σε παθογένειες και αντιλήψεις του παρελθόντος, και ο οποίος αντί να δίνει έμφαση στην απόδοση, στην ευελιξία και στην βελτίωση των λοιπών δομικών στοιχείων του ΕΣΥ, «κατοχυρώνει» συντεχνιακές αντιλήψεις, στεγανά και έναν παρωχημένο τρόπο οπτικής και λειτουργίας, διαιωνίζοντας την έννοια και την αντίληψη των γραμμικών, μονοδιάστατων Συστημάτων Υγείας του παρελθόντος. Σε αυτό ακριβώς το αναχρονιστικό, ανελαστικό και ανεπαρκές πλαίσιο, λειτουργούσε το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων προ της έλευσης της Πανδημίας SARS Covid – 19. Στο ίδιο μήκος κύματος λειτουργούσε και το Γραφείο Πολιτικού Σχεδιασμού Εκτάκτων Αναγκών (ΠΣΕΑ), στελεχωμένο με ένα άτομο, με παράλληλα καθήκοντα. Τα Επιχειρησιακά Σχέδια ήταν παρωχημένα. Ανακυκλώνονταν από χρονιά σε χρονιά χωρίς ουσιαστικές βελτιώσεις ή προσθήκες, ανεξαρτήτως των ολοένα και ταχύτερα μεταβαλλόμενων αναγκών του ίδιου του Νοσηλευτικού Ιδρύματος. Από αυτό ακριβώς το σημείο, κλήθηκε το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων να διαχειριστεί την Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Μέσα από απαρχαιωμένα Επιχειρησιακά Σχέδια, με έναν ανελαστικό Οργανισμό, μετά από μια υπερδεκαετή κρίση με βαθύτατες οικονομικές, κοινωνικές και δομικές επιπτώσεις, οι οποίες είχαν αφήσει το αποτύπωμά τους τόσο στο ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου όσο και στις υποδομές και στον εξοπλισμό.

Αυτή ακριβώς η συνθήκη αποτέλεσε και την υπέρτατη πρόκληση για το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, την μεγαλύτερη πρόκληση από την σύσταση του Ιδρύματος: η αντιμετώπιση και η διαχείριση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19, η επιχειρησιακή λειτουργία σε πρωτόγνωρα ασφυκτικές και πιεστικές συνθήκες, σε αχαρτογράφητα ύδατα, ενώ παράλληλα, θα έπρεπε να διασφαλιστεί η φυσιολογική – κανονική λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, καθώς όλα τα υπόλοιπα Τμήματα, Κλινικές και Μονάδες, θα έπρεπε να συνεχίσουν να λειτουργούν κανονικά, καθώς το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων είναι το μοναδικό Δημόσιο Νοσοκομείο στο Νομό Χανίων.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό, το βάρος που έπεσε στους ώμους της νέας Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Με μηδενικά χρονικά περιθώρια προσαρμογής, σχεδιασμού και προετοιμασίας, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων έπρεπε να υπερβεί πολλές και πολλαπλές δυσκολίες σε πολλά επίπεδα, καλούμενο να υποστηρίξει έναν ολόκληρο Νομό. Θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε την έλευση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας

SARS Covid – 19 με την πτώση ενός μετεωρίτη στη Γη, με όλες τις έντονες και δραστικές μεταβολές που αυτή η πτώση θα επιφέρει. Το ίδιο ακριβώς συνέβη και με την έλευση της Πανδημίας. Η Πανδημία άσκησε τρομακτική πίεση στην υφιστάμενη δομή, στην οργάνωση και στον τρόπο λειτουργίας καθώς και στις διαδικασίες και τις διεργασίες του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Αν και οι αρχικές εκτιμήσεις και εικασίες προέβλεπαν μικρό αντίκτυπο της Πανδημίας στη χώρα μας αλλά και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, σύντομα αποδείχθηκε ότι η έλευση της Πανδημίας θα είχε ένα πολύ μεγαλύτερο αποτύπωμα και θα έφερνε μεγάλες – κοσμογονικές – αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας αλλά και στην ίδια την δομή και τον πυρήνα της καθημερινότητάς μας.

Ήδη από τα πρώτα στάδια της Πανδημίας, κατέστη προφανές ότι ο αναχρονιστικός σχεδιασμός και λειτουργία των Γραφείων ΠΣΕΑ καθώς και των «παραδοσιακών» Επιχειρησιακών Σχεδίων, αλλά και η ίδια η επιχειρησιακή λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων εν γένει, είχαν σαφείς περιορισμούς και όρια. Τα Επιχειρησιακά Σχέδια ήταν στατικού σχεδιασμού με ρηχές αναθεωρήσεις και ελάχιστες δομικές αλλαγές στο πέρασμα των χρόνων. Ήταν σαφές λοιπόν, ότι προκειμένου να αντεπεξέλθουμε στις νέες προκλήσεις και στα αχαρτογράφητα νερά της Πανδημίας, ο σχεδιασμός μας έπρεπε να αλλάξει και να ενσωματώσει νέα δομικά, επιδημιολογικά, επιχειρησιακά και οργανωτικά στοιχεία με σκοπό να καταστήσει το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων πιο ικανό και αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της Πανδημίας. Όπως ήταν επίσης σαφές ότι χωρίς την χρήση σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων της Διοικητικής Επιστήμης, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων θα πελαγοδρομούσε, χάνοντας πολύτιμο χρόνο και σπαταλώντας πολύτιμους πόρους, θέτοντας τον σημαντικότερο πόρο, τον ανθρώπινο παράγοντα, σε κίνδυνο.

Η επικοινωνία, οριζόντια και κάθετη, ήταν ζωτικής σημασίας. Άμεσος στόχος ήταν να δημιουργηθούν οι απαραίτητοι ανοιχτοί δίαυλοι επικοινωνίας, οριζόντια και κάθετα στον οργανισμό ώστε η επικοινωνία να διαπερνά κάθε Κλινική, Μονάδα, Γραφείο ή Τμήμα. Όλα τέθηκαν επί τάπητος και δεν υπήρχε θέσφατο ή στεγανό, όλα υπό ήταν υπό αμφισβήτηση και υπό αναθεώρηση με σκοπό να βρεθεί η καλύτερη λύση. Προς την κατεύθυνση αυτή προκλήθηκαν ευρείες συσκέψεις, με εμπλοκή του συνόλου σχεδόν των υπηρεσιών του Νοσοκομείου μας με σκοπό την εκπόνηση ενός πιο εύρωστου και αποτελεσματικού Επιχειρησιακού Σχεδίου. Βάση αποτέλεσαν οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα διαχείρισης ύποπτων και θετικών κρουσμάτων από τον ΕΟΔΥ <https://eody.gov.gr/neos-koronaio-covid-19/> και φυσικά η εμπειρία και οι γνώσεις του προσωπικού μας. Στις συσκέψεις ήταν σχεδόν πάντα παρόντα στελέχη της Ιατρικής Υπηρεσίας, της Διοικητικής, Οικονομικής και Τεχνικής Υπηρεσίας, της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, (ΕΝΛ), Διευθυντές και στελέχη των

Κλινικών και των Μονάδων του Νοσοκομείου καθώς και πλειάδα στελεχών από την Επιστασία και άλλες Μονάδες του Οργανισμού.

Κυρίαρχο μέλημα της Διοίκησης ήταν η ασφάλεια του προσωπικού, των υγειονομικών, καθώς και η ασφάλεια των πολιτών. Η ασφάλεια είναι μια εξαιρετικά σημαντική παράμετρος σε κάθε σύγχρονο Σύστημα Υγείας και αποτέλεσε δομικό στοιχείο στο σχεδιασμό και σε κάθε ενέργεια και δράση. Καθώς το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων είναι το μοναδικό δευτεροβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα σε έναν νομό 170.000 κατοίκων, αντιλαμβανόμαστε την σημασία που έχει η ασφάλεια των υγειονομικών, καθώς χωρίς αυτούς δεν μπορεί να παρασχεθεί ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Παράλληλα, από τα πρώτα στάδια της Πανδημίας, το ΓΝΧ ορίστηκε ως το Νοσοκομείο Αναφοράς στη Δυτική Κρήτη που θα διαχειριζόταν όλα τα ύποπτα και θετικά περιστατικά του ιού SARS Cov2. Αντίστοιχα, έπρεπε να εξασφαλιστούν οι κατάλληλες και ασφαλείς συνθήκες εντός του Νοσοκομείου για τους πολίτες οι οποίοι θα έρχονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, για τις προγραμματισμένες εξετάσεις και ραντεβού με γιατρούς, για αυτούς που θα νοσούσαν από SARS Covid – 19 καθώς και για κάθε πολίτη ή επισκέπτη της πόλης που θα είχε ανάγκη τις υπηρεσίες του ΓΝΧ. Σε αυτό το πλαίσιο, υπήρχε η καλύτερη δυνατή συνεργασία της ΕΝΛ του Νοσοκομείου καθώς και της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής Διεύθυνσης με την Διοίκηση, προκειμένου να καταρτιστούν και να τεθούν σε εφαρμογή τα πρωτόκολλα εκείνα τα οποία θα διασφάλιζαν την ασφαλή παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες καθώς και της ασφάλειας της εργασίας στους υγειονομικούς. Η ασφάλεια και η εφαρμογή μέτρων κατά της διασποράς του SARS Covid – 19, αποτέλεσαν τον πυρήνα του σχεδιασμού και των ενεργειών της Διοίκησης. Από πλευράς Υπουργείου Υγείας, το ΓΝΧ είχε τακτική ενημέρωση και επικοινωνία, καθώς επίσης με την Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης αλλά κυρίως με τον ΕΟΔΥ, ο οποίος κατάρτιζε και διένειμε σχετικές οδηγίες αντιμετώπισης και προφύλαξης, ειδικά στα πρώτα στάδια της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19, κατά τα οποία όλη η χώρα και το υγειονομικό σύστημα παγκοσμίως, κινούνταν σε αχαρτογράφητα νερά.

Ευθύς αμέσως η Διοίκηση στράφηκε προς τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών καθώς ήταν απαραίτητο να γίνουν αλλαγές στις δομές και στις διαδικασίες του ΓΝΧ, μεταβάλλοντας όλες τις ανθρώπινες, οργανωτικές και τεχνολογικές παραμέτρους που χαρακτηρίζουν την λειτουργία του. Με δεδομένα τα ασφυκτικά χρονικά περιθώρια και κατ' επέκταση τον σχεδόν ανύπαρκτο χώρο και χρόνο για να αναπτυχθούν τα αναγκαία αντανεκλαστικά, η στροφή προς τον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών κατέστη μονόδρομος, καθώς έπρεπε οι επιχειρησιακές διαδικασίες του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων να γίνουν αποδοτικότερες, ελαχιστοποιώντας παράλληλα την χρήση των διαθέσιμων πόρων, κάτι το οποίο στην περίπτωση του ανθρώπινου δυναμικού θα σήμαινε

περιορισμό της έκθεσης των υγειονομικών σε συνθήκες οι οποίες θα μπορούσαν να ευνοήσουν την διασπορά και επιμόλυνση του προσωπικού. Όλες οι ενέργειες, η εφαρμογή ουσιαστικά του Ανασχεδιασμού – Αναδιάταξης – των Επιχειρησιακών Διαδικασιών & της Ποιότητας & Ασφάλειας του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, εντάχθηκαν κάτω από τους εξής δυο άξονες δράσης:

- 1) έναν άξονα δράσεων, ειδικού χαρακτήρα, τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του ΓΝΧ για την αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας που αφορά:
 - I. στην αναδιάταξη των χώρων και τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών,
 - II. στον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του Ανθρώπινου Δυναμικού,
 - III. στον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών που αφορούν σε Υποδομές, Εξοπλισμό και Εγκαταστάσεις.
- 2) Έναν άξονα δράσεων, «γενικού» χαρακτήρα, που αφορά σε σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του ΓΝΧ σε θέματα Ποιότητας & Ασφάλειας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, και τα οποία δρουν συμπληρωματικά προς τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, και αφορούν:
 - I. Στην εφαρμογή των Αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης,
 - II. Στην εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης της Ποιότητας,
 - III. Στην υιοθέτηση και εφαρμογή σύγχρονων κατευθυντήριων γραμμών, όπως είναι οι Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών.

3.2 Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών & της Χωροταξίας του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Όπως προαναφέρθηκε, το κυρίαρχο μέλημα ήταν η ασφάλεια των υγειονομικών καθώς και των πολιτών, οι οποίοι θα προσέρχονταν από το ξέσπασμα της Πανδημίας SARS Covid – 19 και έπειτα, στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, και η άμεση συμμόρφωση με όλα τα προβλεπόμενα μέτρα των ΚΥΑ, για την αποφυγή της διασποράς του κορονοϊού. Προς αυτήν την κατεύθυνση, σφραγίστηκαν όλες οι πύλες εισόδου και εξόδου του Νοσοκομείου και όλη η ροή κατευθύνθηκε προς την βόρεια κεντρική πύλη εισόδου του Νοσοκομείου η οποία διέθετε ρυθμιζόμενη μπάρα εισόδου και φυλάκιο. Στη συνέχεια, έγινε η απαραίτητη σήμανση με ευανάγνωστες, ευμεγέθεις αφίσες στην ελληνική και αγγλική γλώσσα σύμφωνα με τα πρότυπα του ΕΟΔΥ, και σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση ολοκληρώθηκε η γραμμογράφηση της ροής στην βόρεια κεντρική πύλη και μοναδική είσοδο του Νοσοκομείου, αλλά και στις οδούς περιμετρικά – εντός των ορίων του Νοσοκομείου –

του κτηρίου. Παράλληλα τοποθετήθηκαν σημάνσεις σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου (ΤΕΠ, εξωτερικά ιατρεία, κλινικά τμήματα, διαδρόμους, κοινόχρηστους χώρους, ανελκυστήρες κλπ), για υποχρεωτική και σωστή χρήση μάσκας, διατήρησης αποστάσεων, υποδείξεις υγιεινής χειρών, περιορισμού χρήσης και περιορισμού ατόμων στους ανελκυστήρες. Επίσης έγιναν σημάνσεις στην είσοδο του ΤΕΠ για την ευαισθητοποίηση των ασθενών σε περίπτωση νόσησης. Επαναλειτούργησε το φυλάκιο της εισόδου, το οποίο στελεχωνόταν πλέον όλο το 24ωρο από 2 άτομα: ένα άτομο από την επιστασία της φύλαξης και μια γιατρό η οποία θα έκανε τις απαραίτητες ερωτήσεις (triage) στον προσερχόμενο ασθενή – πολίτη – και καθόριζε την ροή που αυτός θα ακολουθούσε. Από το καλοκαίρι του 2020 και μετά, το έργο – triage & κατεύθυνση ροής – του γιατρού στο φυλάκιο της εισόδου ανέλαβε νοσηλεύτρια. Αμέσως μετά τον έλεγχο και το triage στην κεντρική πύλη του Νοσοκομείου, ο ασθενής, το ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα του ιού SARS Covid – 19, ακολουθούσε την κατάλληλη οδική σήμανση και έφτανε στο νεοσύστατο ΤΕΠ – Covid, κάτι που επιβεβαίωνε και το δεύτερο άτομο – φύλακας, από την επιστασία του Νοσοκομείου.

Αμέσως μετά, κατευθυνόταν στο ΤΕΠ – Covid, το οποίο βρισκόταν σε ξεχωριστό χώρο από το κλασσικό ΤΕΠ, για να αποφευχθεί η διασπορά του SARS Covid – 19. Εκεί ο ασθενής – ύποπτο κρούσμα, εξεταζόταν από το κατάλληλα και με τα ενδεδειγμένα Μέσα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ), προσωπικό του Νοσοκομείου, το οποίο είχε στη διάθεσή του δυο ξεχωριστά εξεταστήρια με τον κατάλληλο φορητό εξοπλισμό, εξεταστικά κρεβάτια, στηθοσκόπια καθώς και φορητό ακτινολογικό μηχάνημα, προκειμένου να αποφευχθεί η άσκοπη μετακίνηση των ασθενών εντός του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου. Η εξέταση του ασθενούς περιλάμβανε και την λήψη επιχρίσματος, προκειμένου να αποσταλεί στο Ιολογικό Εργαστήριο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, προκειμένου να διερευνηθεί αν ο ασθενής – ύποπτο κρούσμα έπασχε από τον ιό SARS Covid – 19, ή από κάποιο συναφές νόσημα, πχ μια άτυπη πνευμονία. Η κίνηση των ασθενών εντός των ενδεδειγμένων χώρων, ήταν προσδιορισμένη με συγκεκριμένες διαδρομές με κόκκινη ταινία, προκειμένου να αποφευχθεί η διασπορά του SARS Covid – 19. Κατόπιν ο ασθενής βρισκόταν σε αναμονή των εργαστηριακών εξετάσεων και ελέγχων, ή, αν η βαρύτητα των συμπτωμάτων το υπαγόρευε, εισαγόταν στην Κλινική SARS Covid – 19, είτε για νοσηλεία ως επιβεβαιωμένο κρούσμα, είτε στην κλινική Ενδιάμεσης Νοσηλείας, ως ύποπτο, αλλά με συμπτωματολογία, κρούσμα, αναμένοντας το αποτέλεσμα από το Ιολογικό Εργαστήριο του Ηρακλείου. Αυτό δημιουργούσε καθυστερήσεις και συγκέντρωση (bottleneck) στο ΤΕΠ – Covid αλλά και στην Κλινική Covid, καθώς ο χρόνος μεταξύ της λήψης του επιχρίσματος και του αποτελέσματος του μοριακού ελέγχου, κυμαινόταν μεταξύ 16 – 28 ώρες. Όπως γίνεται αντιληπτό, ένα μεγάλο κύμα, μια μαζική προσέλευση ασθενών ή ύποπτων κρουσμάτων, θα μπορούσε να θέσει

σε μεγάλο κίνδυνο όχι μόνο την διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19 αλλά και το σύνολο των Κλινικών, Τμημάτων και Μονάδων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Αυτό αποτέλεσε τον λόγο για τον οποίο, η Περιφέρεια Κρήτης σε συνεννόηση με την Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, προχώρησε στη δωρεά φορητών οικίσκων – isobox – με οκτώ μικρά διαμερίσματα, οι οποίοι τοποθετήθηκαν πλησίον του ΤΕΠ Covid, και οι οποίοι εξυπηρετούσαν πλέον και ως χώρος αναμονής των ασθενών οι οποίοι είτε περίμεναν τα αποτελέσματα του εργαστηριακού τους ελέγχου, είτε περίμεναν να εξεταστούν στο ΤΕΠ Covid. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εξάλειψη της συνάθροισης κόσμου – bottleneck – πέριξ των χώρων του κλασσικού ΤΕΠ αλλά και του ΤΕΠ Covid, δημιουργώντας αφενός πιο αξιοπρεπείς συνθήκες για τους ασθενείς – πολίτες αλλά εξαλείφοντας παράλληλα τον κίνδυνο διασποράς του ιού SARS Covid – 19 λόγω συνωστισμού.

Παράλληλα, προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η διαδικασία ελέγχου των ύποπτων κρουσμάτων, αλλά και για να εξυπηρετηθούν οι 10 χειρουργικές κλινικές του Νοσοκομείου, οι οποίες βάσει της εκάστοτε ισχύουσας ΚΥΑ και των οδηγιών του ΕΟΔΥ δεν μπορούσαν να προγραμματίσουν χειρουργείο χωρίς να έχει ληφθεί μοριακός έλεγχος – επίχρισμα – από τον ασθενή το οποίο θα έπρεπε να είναι αρνητικό, δημιουργήθηκε μια νέα Διαδικασία, με δική της χωροταξία, εξωτερικά του κλασσικού ΤΕΠ αλλά και του ΤΕΠ Covid, η Διαδικασία του Προεγχειρητικού Ελέγχου. Μέσω αυτής της διαδικασίας, θα εξυπηρετούνταν: α) οι πολίτες οι οποίοι θα προσέρχονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ως ύποπτα κρούσματα του ιού SARS Covid – 19, για να αποφευχθεί ο συνωστισμός και η συμμόρφωση στο ΤΕΠ Covid καθώς όσο επιδεινωνόταν η Πανδημία, η προσέλευση ασθενών ελάμβανε ολοένα και πιο μαζικές διαστάσεις. Ο έλεγχος θα γινόταν από μια νοσηλεύτρια η οποία θα στελέχωνε το σημείο του Προεγχειρητικού Ελέγχου, και β) όλες οι Χειρουργικές Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, δέκα στον αριθμό, θα στελέχωναν κάθε ημέρα με έναν γιατρό το σημείο του Προεγχειρητικού Ελέγχου, προκειμένου να γίνεται η λήψη επιχρισμάτων για τους ασθενείς οι οποίοι ήταν προγραμματισμένοι μέσα στις επόμενες επτά ημέρες για τακτικό χειρουργείο. Παράλληλα, είχε δημιουργηθεί μια νέα, συμπληρωματική προς τον Προεγχειρητικό Έλεγχο διαδικασία, μέσω της οποίας τόσο οι πολίτες οι οποίοι είχαν προγραμματίσει ένα χειρουργείο μέσα στις επόμενες επτά ημέρες σε οποιαδήποτε νοσοκομειακή μονάδα ή κλινική εκτός ΓΝΧ, όσο και οι πολίτες που είχαν προσέλθει ως ύποπτα κρούσματα, ελάμβαναν το αποτέλεσμα του μοριακού τους ελέγχου, με την αρμόδια υπάλληλο να τηρεί όλα τα πρωτόκολλα και την κείμενη νομοθεσία περί Προστασίας των Ευαίσθητων προσωπικών Δεδομένων. Ως μέρος του Επιχειρησιακού Σχεδίου του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση του ιού SARS Covid – 19, κατόπιν εισηγήσεως των αρμόδιων οργάνων και κυρίως της Επιτροπής Λοιμώξεων του

Νοσοκομείου, δημιουργήθηκε η πρώτη Κλινική SARS Covid – 19 στον πέμπτο όροφο, στον χώρο της Πνευμονολογικής Κλινικής, λαμβάνοντας υπόψη και τις εξής παραμέτρους: α) την επιστημονική συνάφεια, καθώς ο ιός SARS Covid – 19 είναι ένας ιός που πλήττει κυρίως το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, β) την χωροταξία της Πνευμονολογικής Κλινικής, καθώς αυτή βρίσκεται στον πέμπτο και τελευταίο όροφο της ανατολικής πτέρυγας του Νοσοκομείου και ως εκ τούτου δύναται να απομονωθεί για να αποφευχθεί η διασπορά λόγω και του αερολύματος αλλά και επειδή θα μπορούσε να απομονωθεί συγκεκριμένο και ξεχωριστό ασανσέρ για την μεταφορά των ασθενών ή των ύποπτων περιστατικών, ακολουθώντας συγκεκριμένη και με ειδικό χρώμα σήμανσης προκαθορισμένη διαδρομή, προκειμένου να αποφευχθεί η διασπορά του ιού SARS Covid – 19, γ) τη μέση πληρότητα της Πνευμονολογικής Κλινικής κατά τα προηγούμενα δυο έτη. Η Πνευμονολογική Κλινική είχε ίσως την χαμηλότερη μέση πληρότητα τα τελευταία δυο έτη προ της Πανδημίας SARS Covid – 19, σε αντιδιαστολή με τις δυο Παθολογικές Κλινικές του Νοσοκομείου μας, οι οποίες εξυπηρετούν πολύ περισσότερα περιστατικά και οι Παθολόγοι είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι σε αριθμό και είδος περιστατικών. Η πρώτη Κλινική SARS Covid – 19 λειτούργησε τον Μάρτιο του 2020, με δυναμικότητα 32 κλίνες, εκ των οποίων οι 8 κλίνες διατέθηκαν στην Κλινική Ενδιάμεσης Νοσηλείας – μέχρι να βγει το αποτέλεσμα του μοριακού ελέγχου από το Ιολογικό Εργαστήριο ή το ΕΚΕΑ, και οι υπόλοιπες 24 κλίνες, δημιούργησαν την Κλινική SARS Covid – 19 του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Η Κλινική Ενδιάμεσης Νοσηλείας καταργήθηκε σε επόμενο στάδιο της Πανδημίας, το καλοκαίρι του 2020, όταν το ΓΝΧ απέκτησε ένα σύγχρονο PCR Μοριακό Αναλυτή όπως θα δούμε στη συνέχεια. Αξίζει εδώ να αναφερθεί ότι η μεγάλη ανάγκη για την αλλαγή στη χωροταξία έλαβε χώρα διότι το Τμήμα Λοιμωδών του ΓΝΧ, δεν λειτούργησε ποτέ και αντιθέτως κατελήφθη από άλλη Κλινική του ΓΝΧ χωρίς να υπάρχει συνάφεια επιστημονικού πεδίου. Με λίγα λόγια, αν υπήρχε ελεύθερο το Λοιμωδών, το οποίο διέθετε ξεχωριστές προς το υπόλοιπο κτήριο εισόδους και δομή, ενδεχομένως να μην ήταν απαραίτητο, τουλάχιστον όχι κατά το πρώτο πανδημικό κύμα, η σύμπτυξη Κλινικών για να δημιουργηθεί τόσο η Κλινική Ενδιάμεσης Νοσηλείας όσο και η Κλινική Νοσηλείας Covid – 19.

Καθώς εξελισσόταν η Πανδημία, το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης του Γενικού Νοσοκομείου απέκτησε μια κλιμακωτή μορφή, η οποία αναλόγως της έντασης και του εύρους του κύματος της Πανδημίας, επέτρεπε στο Νοσοκομείο να αυξήσει την δυναμικότητα των κλινών SARS Covid – 19, δίνοντας το περιθώριο δημιουργίας και δεύτερης Κλινικής SARS Covid – 19. Ειδικότερα, αμέσως μετά την έλευση του πρώτου κύματος της Πανδημίας, και συγκεκριμένα την Άνοιξη του 2020, έγινε η σύνταξη ενός επικαιροποιημένου Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση και Διαχείριση της

Πανδημίας SARS Covid – 19 στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Το επικαιροποιημένο Σχέδιο Δράσης περιλάμβανε τρία στάδια ανταπόκρισης:

- Το πρώτο στάδιο, με την Κλινική SARS Covid – 19, και συνολική δυναμικότητα 32 – 34 κλινών,
- Το δεύτερο στάδιο στο οποίο προβλεπόταν η «επέκταση» της δυναμικότητας με την λειτουργία δεύτερης Κλινικής SARS Covid – 19, η οποία χωροταξικά θα ήταν προέκταση της πρώτης Κλινικής, στην Ανατολική Πτέρυγα του Νοσοκομείου, στον 5^ο όροφο, για να υπάρχει η δυνατότητα απομόνωσης και ελαχιστοποίησης του κινδύνου διασποράς του αερολύματος αλλά και για να απομονωθούν συγκεκριμένες υποδομές, όπως είναι τα ασανσέρ και οι διάδρομοι της πτέρυγας, για τους ίδιους λόγους, για την αποφυγή της διασποράς του ιού καθώς και για την βελτιστοποίηση της λειτουργίας των κύριων αλλά και των υποστηρικτικών λειτουργιών των Κλινικών. Σε αυτό το στάδιο, η δυναμικότητα θα ανερχόταν σε 64 – 74 κλίνες νοσηλείας θετικών επιβεβαιωμένων κρουσμάτων SARS Covid – 19. Η διαφορά στη δυναμικότητα των κλινών νοσηλείας εξαρτάται και πάλι από την ένταση και το εύρος του κύματος της Πανδημίας και επιτυγχανόταν με την μετατροπή ορισμένων μονόκλινων δωματίων σε δίκλινα δωμάτια και αντίστοιχα δίκλινων σε τετράκλινα. Αυτό αποτέλεσε την βαλβίδα εκτόνωσης στις Κλινικές Νοσηλείας SARS Covid – 19 στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, τόσο κατά το πανδημικό κύμα του Αυγούστου του 2021, χρονική περίοδο κατά την οποία οι Κλινικές είχαν γεμίσει ασφυκτικά, λειτουργώντας στην μέγιστη επιτρεπόμενη δυναμικότητά τους, ήτοι 74 κλίνες νοσηλείας.
- Το τρίτο στάδιο του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης, στο χείλος του οποίου το ΓΝΧ έφτασε τουλάχιστον δύο φορές, το λεγόμενο και Disaster Case Scenario, θα έμπαινε σε εφαρμογή στην περίπτωση που η εξάπλωση της Πανδημίας θα ήταν πλέον εκτός ελέγχου, ή, στην περίπτωση που θα υπήρχε αθρόα προσέλευση θετικών, επιβεβαιωμένων κρουσμάτων στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων και θα υπήρχε τέτοια ανάγκη για νοσηλεία η οποία θα υπερέβαινε την δυναμικότητα των δυο Κλινικών, βάσει των δυνατοτήτων του και φυσικά, με όλες τις υπόλοιπες Κλινικές, Μονάδες και Τμήματα, σε πλήρη λειτουργία! Σε αυτήν την περίπτωση, θα γινόταν αναστολή των χειρουργείων, και οι οκτώ χειρουργικές αίθουσες του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων θα μετατρεπόταν σε απλές κλίνες νοσηλείας θετικών κρουσμάτων SARS Covid – 19, ή σε Κλίνες Αυξημένης Φροντίδας ή, τέλος, σε Κλίνες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Αν και το Νοσοκομείο κινήθηκε οριακά στο τρίτο στάδιο του κλιμακωτού Επιχειρησιακού Σχεδίου, δεν χρειάστηκε να υλοποιηθεί.

Προκειμένου να λειτουργήσει το αρθρωτό, το κλιμακωτό Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης, και μέσα στο πλαίσιο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Λειτουργιών, έπρεπε να «δημιουργηθεί» μια επιπλέον Κλινική, τόσο χωροταξικά, όσο και σε στελέχωση όπως θα δούμε στην συνέχεια. Προς αυτήν την κατεύθυνση, σε συνέχεια ευρείας, πολύωρης σύσκεψης με τα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου, την Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας, την Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, την Τεχνική Υπηρεσία, την Επιστάσια αλλά και τους Διευθυντές των κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων, αποφασίστηκε η σύμπτυξη των δύο Χειρουργικών Κλινικών στην Δυτική Πτέρυγα του κτηρίου του Νοσοκομείου, με σκοπό να μεταφερθεί η Ορθοπεδική Κλινική από την Ανατολική στη Δυτική Πτέρυγα, και να λειτουργήσει η δεύτερη Κλινική SARS Covid – 19. Αυτή ήταν μια επίπονη και πρωτόγνωρη διαδικασία για το Νοσοκομείο. Ήταν η πρώτη φορά στα 20 χρόνια λειτουργίας του ΓΝΧ στις νέες του εγκαταστάσεις, που χρειάστηκε να εκκενωθούν Κλινικές οι οποίες βρίσκονταν σε πλήρη λειτουργία και να μεταφερθούν ασθενείς, ενέργειες οι οποίες έφεραν την Διοίκηση αντιμέτωπη με αγκυλώσεις και δυσκαμψίες δεκαετιών. Ο σχεδιασμός και συντονισμός της όλης διαδικασίας αποδείχτηκε ένα σύνθετο πρόβλημα. Γίνεται εύκολα αντιληπτό το μέγεθος και η δυσκολία του εγχειρήματος, ειδικά κατά τη διάρκεια εξέλιξης ενός πανδημικού κύματος. Στον Πίνακα 3.1, παρουσιάζονται συνολικά οι νοσηλείες θετικών, επιβεβαιωμένων περιστατικών από τον ιό SARS Cov2 στις δυο Κλινικές Covid – 19 του ΓΝΧ.

Πίνακας 3.1 Συνολικές νοσηλείες θετικών κρουσμάτων στο ΓΝΧ, 2020 - 2022

	2020	2021	2022	Σύνολο
Κλινική Covid 1	76	496	363	935
Κλινική Covid 2	0	414	399	813
Σύνολο	76	910	762	1.748

Η επικαιροποίηση του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης έλαβε πλέον τακτικό χαρακτήρα, και σε τακτά χρονικά διαστήματα αποτελούσε το αντικείμενο τηλεδιασκέψεων με την ΥΠΕ και το Υπουργείο Υγείας ή και το Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας / ΕΚΑΒ. Αμέσως μετά την σύνταξη εκάστου επικαιροποιημένου Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση και Διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19, το Επιχειρησιακό Σχέδιο υποβαλλόταν στην ΥΠε προς έγκριση, και κατόπιν αποστέλλονταν στο Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας / ΕΚΑΒ, προκειμένου να λάβει την τελική έγκριση και να τεθεί σε ισχύ.

Επίσης, βάσει του Νέου Επιχειρησιακού Σχεδίου του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, δημιουργήθηκαν νέες διαδικασίες και νέα χωροταξία, προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι θετικοί στον κορονοϊό πολίτες οι οποίοι θα έπρεπε να χειρουργηθούν άμεσα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα οι τοκετοί θετικών στον ιό SARS Cov2 μητέρων και φυσικά ένας οποιοσδήποτε πολίτης θετικός στον ιό με ανάγκη για επείγον χειρουργείο μετά από ένα βαρύ τροχαίο ατύχημα, περιπτώσεις και οι δύο χωρίς περιθώρια αναβολής. Προς αυτήν την κατεύθυνση, δημιουργήθηκαν Χειρουργεία Covid. Απομονώθηκε ειδικός διάδρομος παράλληλα προς τα συμβατικά χειρουργεία, εντός του οποίου με ειδική σήμανση και μέσω ειδικών διαδρομών, θα έρχονταν τα επιβεβαιωμένα θετικά περιστατικά πολιτών τα οποία έχρηζαν άμεσου χειρουργείου. Με αυτόν τον τρόπο, αποφεύχθηκε η διασπορά του ιού SARS Covid – 19 τόσο προς τους υγειονομικούς, όσο και προς τους πολίτες, οι οποίοι είχαν άμεση ανάγκη να χειρουργηθούν. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την διάρκεια της Πανδημίας SARS Covid – 19 και μέχρι και την 30^η Νοεμβρίου 2022, γέννησαν 15 μητέρες θετικές στον κορονοϊό.

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι προκειμένου να επιτευχθεί η διαχείριση και αντιμετώπιση των ύποπτων και των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων του ιού SARS Covid – 19 αλλά και προκειμένου να συνεχιστεί η απρόσκοπτη λειτουργία των λοιπών Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων του Νοσοκομείου, ειδικά μετά την ανάπτυξη του κλιμακωτού Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης του Νοσοκομείου με την σύμπτυξη των Χειρουργικών Κλινικών και την μεταφορά της Ορθοπαιδικής Κλινικής, έλαβε χώρα μια ευρεία σύσκεψη της Διοίκησης με τα αρμόδια θεσμικά όργανα, την Επιτροπή Λοιμώξεων, τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας καθώς και τους Συντονιστές Διευθυντές και Διευθυντές των Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων, προκειμένου να γίνει μια ανακατανομή της ροής των περιστατικών, αποσκοπώντας στην βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση όλων των περιπτώσεων, καθώς ήταν προφανές ότι η έλευση της Πανδημίας SARS Covid – 19 δεν θα εξάλειφε τα λοιπά νοσήματα. Στη συνέχεια, εκδόθηκε Πράξη από την Διοίκηση, η οποία ανακατεύθυνε την ροή των εισερχόμενων περιστατικών, παθολογικών, χειρουργικών, νευρολογικών, πνευμονολογικών και λοιπών μεταξύ των Κλινικών του Νοσοκομείου. Στο πλαίσιο αυτής της απόφασης, τα αμιγώς πνευμονολογικά κατευθύνονταν προς τις δυο Παθολογικές Κλινικές, με συν – φροντίδα από τους Πνευμονολόγους όταν αυτό κρίνόταν απαραίτητο.

Παράλληλα, αναλήφθηκε δράση για την δημιουργία Παιδιατρικού ΤΕΠ Covid. Αντίστοιχα, με την χρήση ενός εξωτερικού οικίσκου – isobox – δημιουργήθηκε ένα Παιδιατρικό ΤΕΠ Covid πλησίον του Παιδιατρικού ΤΕΠ του Νοσοκομείου, μέσω του οποίου γινόταν η διαχείριση των παιδιατρικών περιστατικών ύποπτων και επιβεβαιωμένων, κρουσμάτων με τον ιό SARS Covid – 19. Με αυτόν τον τρόπο διαχωρίστηκε το κλασσικό Παιδιατρικό ΤΕΠ από το Παιδιατρικό ΤΕΠ Covid προς αποφυγή

της διασποράς του ιού SARS Covid – 19, διαχωρίζοντας ουσιαστικά αυτές τις δυο ευαίσθητες ομάδες παιδιατρικών ασθενών.

Ένας άλλος γρίφος που ζητούσε επιτακτικά λύση, ήταν η διαδικασία νοσηλείας ευαίσθητων ομάδων ασθενών, πλην των κλασσικών θετικών περιστατικών τα οποία θα νοσηλεύονταν στην Κλινική SARS Covid – 19. Δυο παραδείγματα αυτών των ευαίσθητων ομάδων ασθενών, αποτελούσαν τα νεογνά, τα οποία θα ήταν θετικά καθώς και οι θετικές στον κορονοϊό μητέρες οι οποίες θα γεννούσαν. Για τον λόγο αυτό, σύμφωνα με τις οδηγίες της Επιτροπής Λοιμώξεων, της Τεχνικής Υπηρεσίας καθώς επίσης και των Διευθυντών των εμπλεκόμενων Κλινικών και Μονάδων, δημιουργήθηκαν ειδικά διαμορφωμένοι θάλαμοι νοσηλείας τόσο στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), όσο και στην Παιδιατρική Κλινική, προκειμένου αφενός να δοθεί η δυνατότητα της παροχής της καλύτερης δυνατής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στα νεογνά και στα μικρά παιδιά που νοσούσαν από τον ιό SARS Covid – 19 και αφετέρου να υπάρχει προφύλαξη των υγειονομικών αλλά κυρίως των υπόλοιπων βρεφών – νεογνών και μικρών παιδιών αντίστοιχα. Αναλυτικά τα στοιχεία νοσηλείας από την MENN και την Παιδιατρική Κλινική του ΓΝΧ, στον πίνακα 3.2 που ακολουθεί.

Πίνακας 3.2 Συνολικές νοσηλείες στην παιδιατρική και στην MENN

Κλινική/ Μονάδα	2020	2021	2022	Σύνολα
Παιδιατρικό Covid – 19	0	14	153	167
MENN Covid – 19	0	0	8	8

Παρά το γεγονός ότι το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων κατέβαλε κάθε δυνατή προσπάθεια στην παροχή της κατάλληλης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας καθώς και λοιπών υποστηρικτικών – βοηθητικών υπηρεσιών, ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με SARS Covid – 19, οδηγήθηκε προς νοσηλεία στην ΜΕΘ. Το πρόβλημα της Διοίκησης ήταν η υψηλή μεταδοτικότητα του ιού SARS Covid – 19 και το αερόλυμα. Σε σύσκεψη που διενεργήθηκε με την Επιτροπή Λοιμώξεων, με την Τεχνική Υπηρεσία, με τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας καθώς και με τον Διευθυντή της Μ.Ε.Θ., αποφασίστηκε η απομόνωση δύο κλινών ΜΕΘ, τα λεγόμενα box της ΜΕΘ, τα οποία μετά από τις κατάλληλες παρεμβάσεις της Τεχνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου βάσει των υποδείξεων της Επιτροπής Λοιμώξεων και των οδηγιών και πρωτοκόλλων του ΕΟΔΥ, μονώθηκαν και δημιουργήθηκαν ειδικές διαδρομές μεταφοράς των ασθενών στη νέα, ΜΕΘ Covid – 19, η οποία

πλέον απαριθμούσε 6 συμβατικές κλίνες ΜΕΘ και δύο ειδικά διαμορφωμένες και εξοπλισμένες κλίνες ΜΕΘ Covid – 19. Το εγχείρημα αυτό είχε τρομακτική δυσκολία, καθώς η κατάσταση της υγείας των ασθενών που βρίσκονται στη ΜΕΘ είναι ως επί το πλείστον οριακή. Γίνεται εύκολα αντιληπτός λοιπόν, ο βαθμός δυσκολίας νοσηλείας και διαχείρισης των «κλασσικών» κλινών ΜΕΘ και των θετικών, επιβεβαιωμένων ασθενών με SARS Covid – 19 στη ΜΕΘ Covid. Αυτό αποτέλεσε και το έναυσμα για να ενταχθεί το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων στο πρόγραμμα του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος, για την Δημιουργία έξι νέων, υπερσύγχρονων κλινών ΜΕΘ στο Νοσοκομείο! Αυτό αποτέλεσε και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παρακαταθήκες της Πανδημίας, καθώς η ορθή χρήση και αξιοποίηση των κλινών ΜΕΘ, αυξάνει σημαντικά το προσδόκιμο ζωής των ασθενών και παρά το υψηλότατο κόστος λειτουργίας που έχει, συμβάλλει στην συνολική μείωση του κόστους περίθαλψης των εν λόγω ασθενών καθώς επιτυγχάνεται αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Και σε αυτήν την περίπτωση ακολουθήθηκε το ίδιο, αρθρωτό μοντέλο λειτουργίας, μεταβαλλόταν δηλαδή η δυναμικότητα νοσηλείας – κλινών – μεταξύ της κλασσικής ΜΕΘ και της ΜΕΘ Covid , ανάλογα με την βαρύτητα και την ένταση του εκάστου πανδημικού κύματος, κάτι το οποίο χρειάστηκε να γίνει αρκετές φορές. Αναλυτικά στην ΜΕΘ Covid – 19, καθ' όλη την διάρκεια της Πανδημίας, μέχρι και 31/12/2022, έγιναν οι ακόλουθες νοσηλείες θετικών στον κορονοϊό περιστατικών:

Πίνακας 3.3 Συνολικός αριθμός νοσηλείων στην ΜΕΘ Covid του ΓΝΧ, 2020 – 2022

ΜΕΘ Covid – 19	2020	2021	2022	Σύνολο
Νοσηλείες	9	91	89	189

Κάτι αρκετά πρωτοποριακό και αξιοσημείωτο το οποίο τέθηκε σε εφαρμογή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, ήταν η ενεργός συμμετοχή και συμβολή του Τμήματος Φυσιοθεραπείας για την αποθεραπεία και αποκατάσταση της φυσικής κατάστασης των ασθενών που νόσησαν ή νοσούσαν από τον ιό SARS Covid – 19. Σε σύσκεψη με τα αρμόδια θεσμικά όργανα του Νοσοκομείου, αποφασίστηκε η επίσκεψη των επαγγελματιών του εν λόγω Τμήματος, τόσο εντός των «συμβατικών» κλινών νοσηλείας των δύο Κλινικών SARS Covid – 19 όσο και εντός της ΜΕΘ Covid. Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι ήταν είτε καθηλωμένοι στις κλίνες τους είτε διασωληνωμένοι, ελάμβαναν την φροντίδα του Τμήματος Φυσιοθεραπείας προκειμένου να αποτραπεί η απώλεια μυϊκής μάζας αλλά και να διασφαλιστεί η λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς ειδικά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, η απώλεια μυϊκής μάζας θα ήταν μη αναστρέψιμη και εν πολλοίς θα

επιβάρυνε την λειτουργικότητα και την ποιότητα της ζωής των ασθενών όταν αυτοί θα εξέρχονταν των Κλινικών SARS Covid – 19 ή της ΜΕΘ Covid αντίστοιχα.

Η «ατμομηχανή» ενός δευτεροβάθμιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος, είναι τα χειρουργεία. Το ΓΝΧ, με 10 ενεργές Χειρουργικές Κλινικές και με πάνω από 5.000 χειρουργεία ετησίως, δεν θα μπορούσε να αποτελέσει εξαίρεση. Η αφόρητη πίεση της Πανδημίας SARS Covid – 19, δεν άφηνε πολλά περιθώρια για την φυσιολογική λειτουργία και ροή των χειρουργικών περιστατικών και των δέκα Χειρουργικών Κλινικών του ΓΝΧ. Στο πλαίσιο της συμμόρφωσης του Νοσοκομείου με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ, του Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας / ΕΚΑΒ καθώς και του Υπουργείου, δόθηκε η δυνατότητα, το περιθώριο, για περιστολή των τακτικών χειρουργείων σε ποσοστό έως 80%, προκειμένου να καταστεί αποτελεσματικότερη η αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας και να συμβάλλει ουσιαστικά και ο Χειρουργικός Τομέας, χωροταξικά αλλά και σε Ανθρώπινο Δυναμικό, στην Επιχειρησιακή Λειτουργία του Νοσοκομείου. Προς αυτήν την κατεύθυνση, δόθηκε απόλυτη προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των επειγόντων αλλά και των ογκολογικών χειρουργείων. Τα χειρουργεία αυτά είχαν άμεση και απόλυτη προτεραιότητα. Στα υπόλοιπα χειρουργεία, στα τακτικά προγραμματισμένα χειρουργεία, υπήρχε επανεκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης και αν οι συνθήκες της Πανδημίας το επέβαλλαν, γινόταν επαναπρογραμματισμός. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μερική συσσώρευση χειρουργικών περιστατικών και την επίσης μερική διόγκωση της πολύπαθης λίστας χειρουργείων των Νοσοκομείων, κάτι το οποίο δύναται να αντιμετωπιστεί μακροπρόθεσμα με τις κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις που έρχονται, όπως είναι η λειτουργία των απογευματινών χειρουργείων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η Διοίκηση και το σύνολο του Χειρουργικού Τομέα του ΓΝΧ κατέβαλε τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια για ευελιξία και ταχεία προσαρμογή στα νέα δεδομένα της Πανδημίας, με σκοπό τον μικρότερο δυνατό αντίκτυπο στα χειρουργεία του ΓΝΧ, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3.4.

Πίνακας 3.4 Σύνολο χειρουργείων στο ΓΝΧ 2017 – 2022

Τακτικά & Έκτακτα Χειρουργεία	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Σύνολο	3.167	6.847	7.035	5.983	5.418	5.312

Άλλη μια Επιχειρησιακή Λειτουργία – Διεργασία που έπρεπε να ανασχεδιαστεί, ήταν αυτή που αφορούσε στη λειτουργία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ), πρωινών και απογευματινών. Ο ανασχεδιασμός της εν λόγω διαδικασίας, θα απέφερε δύο οφέλη: πρώτον, θα δημιουργούσε μια

«δεξαμενή» ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να στελεχωθούν οι νέες δομές, Κλινικές, Μονάδες και Τμήματα, ανάλογα με την ένταση του πανδημικού κύματος και ο Ανασχεδιασμός που θα ακολουθούσε βάσει του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης, και δεύτερον, θα έφερνε την συμμόρφωση του ΓΝΧ με την υιοθέτηση μέτρων κατά της διασποράς του Κορονοϊού. Σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ και την λήψη μέτρων κατά της διασποράς του κορονοϊού, SARS Covid – 19 όπως αυτά καθορίζονταν στην εβδομαδιαία ΚΥΑ που λάμβανε το ΓΝΧ, έπρεπε να γίνει προσαρμογή της λειτουργία των ΤΕΙ με σκοπό να αποφευχθεί ο συγχρωτισμός των πολιτών στα εξής σημεία: α) όταν προσέρχονταν στο Νοσοκομείο για να κλείσουν ένα ραντεβού, και β) κατά την διάρκεια της αναμονής τους να εισέλθουν στο ιατρείο στο οποίο είχαν ραντεβού. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι σε ένα Γενικό Νοσοκομείο, το μοναδικό σε ένα Νομό, όπως το ΓΝΧ, το οποίο υποδέχεται πάνω από 71.000 ασθενείς στα πρωινά ΤΕΙ και πάνω από 19.000 στα απογευματινά ΤΕΙ, ο Ανασχεδιασμός ήταν μια μεγάλη πρόκληση. Έχοντας στο επίκεντρο την ασφάλεια των πολιτών – ασθενών αλλά και την ασφάλεια των υγειονομικών, έπρεπε να επιδιωχθεί η συμμόρφωση με αρκετά αυστηρά κριτήρια χωροταξίας και μεταβλητών παραμέτρων, όπως για παράδειγμα ο χρόνος που θα χρειαζόταν ένας ασθενής σε έναν γιατρό: αυτό θα ήταν 5, 15, ή 30 λεπτά. Για τον λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκαν εκτεταμένες συσκέψεις με τα αρμόδια όργανα αλλά και τους Διευθυντές των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων που είχαν Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο, και δομήθηκαν χρονικά τα ραντεβού, ούτως ώστε να αποφευχθούν καταστάσεις συνωστισμού. Κατόπιν η συνολική διαθεσιμότητα δόθηκε στη Γραμματεία των ΤΕΙ και άνοιξαν τα τηλεφωνικά και δια ζώσης ραντεβού. Στην συνέχεια καθορίστηκαν συγκεκριμένες διαδρομές που θα ακολουθούσαν οι προσερχόμενοι ασθενείς, για να μην συνωστίζονται στις εισόδους των Εξωτερικών Ιατρείων. Επίσης, αφαιρέθηκαν καθίσματα από τους χώρους αναμονής και δημιουργήθηκαν κενά στις σειρές των καθισμάτων αναμονής, χρησιμοποιώντας ειδική σήμανση με ταινία, αφίσες και αυτοκόλλητα. Όλα αυτά μπήκαν σε Δελτία Τύπου τα οποία στέλνονταν στα ΜΜΕ σε τακτά χρονικά διαστήματα, με σκοπό την ενημέρωση του κοινού, ενώ παράλληλα ευμεγέθεις αφίσες σε πολλά, εμφανή σημεία του Νοσοκομείου ενημέρωναν τους προσερχόμενους ασθενείς. Όπως είναι λογικό, σημειώθηκαν προβλήματα με την προσέλευση σε συγκεκριμένα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, όπως για παράδειγμα στο Μαιευτικό – Γυναικολογικό. Εκεί, μια εγκυμονούσα συνοδεύεται συνήθως από τουλάχιστον ένα ακόμη άτομο, αν όχι δύο, κατάσταση η οποία διαπιστώθηκε σχεδόν στην ίδια ένταση και στο Ορθοπεδικό Εξωτερικό Ιατρείο, καθώς και εκεί ένας τραυματισμός ικανός να καταστήσει έναν ασθενή ανήμπορο να μετακινηθεί, μεταφραζόταν σε τουλάχιστον έναν ακόμα συνοδό. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, υπήρχε στενή παρακολούθηση τόσο από την Διοίκηση, όσο και από την Γραμματεία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και λαμβάνονταν άμεσα και τακτικά διορθωτικές ενέργειες. Εφαρμόστηκαν επίσης συχνές σαρώσεις των χώρων αναμονής από την Επιστάσια και

συγκεκριμένα από την υπηρεσία Φύλαξης του Νοσοκομείου, με σκοπό την υπενθύμιση του νέου τρόπου προσέλευσης και λειτουργίας καθώς και για να διασφαλιστεί η τήρηση των χωροταξικών αποστάσεων που απαιτούνταν, βοηθώντας ουσιαστικά τους προσερχόμενους να συμμορφώνονται με τα μέτρα αποφυγής της διασποράς του Κορονοϊού. Με εξαίρεση μεμονωμένα περιστατικά ή συγκεκριμένες ημέρες, πχ σε έντονα βροχερές ημέρες, ο Ανασχεδιασμός της Λειτουργίας των Τακτικών, πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων, έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα, χωρίς να χρειαστεί να μειωθεί η πρόσβαση των ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων όπως φαίνεται και από τους δυο πίνακες που ακολουθούν.

Πίνακας 3.5 Παραγόμενο έργο 2019-2022

	Εργαστηριακές Εξετάσεις	Επισκέψεις	Σύνολο
2019	22.820	13.690	36.510
2020	20.722	11.623	32.345
2021	26.130	14.353	40.483
2022	25.566	15.190	40.756
Σύνολο	95.238	54.856	150.094

Πίνακας 3.6 Προσέλευση ασθενών στα ΤΕΙ & ΤΕΠ, 2019 - 2022

	ΤΕΙ	ΤΕΠ	Σύνολο
2019	87.040	83.853	170.893
2020	71.153	55.359	126.512
2021	74.440	66.448	140.888
2022	76.772	75.726	152.498
Σύνολο	309.405	281.386	590.791

Αντίστοιχη μέριμνα έπρεπε να ληφθεί προκειμένου το Νοσοκομείο να υιοθετήσει και να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ και τα μέτρα της εβδομαδιαίας ΚΥΑ, σε ότι αφορά την αποφυγή της διασποράς του Κορονοϊού κατά την διάρκεια του επισκεπτηρίου στις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν συσκέψεις με τους Διευθυντές των Κλινικών, με την Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και με τις Προϊστάμενες των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων, με σκοπό τον ανασχεδιασμό της λειτουργίας του επισκεπτηρίου. Η συμβολή των Προϊσταμένων ήταν μεγάλης σημασίας, καθώς

ανέδειξε τις ανάγκες της κάθε Κλινικής καθώς και τον αριθμό επισκεπτών ανά Κλινική. Αποφασίστηκε η χρήση Κάρτας Επίσκεψης ανά Ασθενή, βάσει της κρίσης του θεράποντος ιατρού και της Προϊσταμένης. Αν αυτοί γνωμοδοτούσαν ότι ένας ασθενής δεν ήταν κινητικός ή πλήρως λειτουργικός για να εξυπηρετηθεί μόνος του, δινόταν μια μοναδική κάρτα εισόδου σε έναν συνοδό, ο οποίος την έδινε στην πύλη ή στην είσοδο της Κλινικής όταν αποχωρούσε, αν υπήρχε και άλλος συνοδός που ήθελε να επισκεφθεί τον ασθενή, με σκοπό να υπάρχει μόνο ένας συνοδός παρών και μόνο, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ασθενείς. Παράλληλα σχεδιάστηκε νέο πρόγραμμα σάρωσης των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων από την Επιστασία και την υπηρεσία Φύλαξης, προκειμένου να τηρείται η νέα οδηγία που αφορούσε στο Επισκεπτήριο. Ταυτόχρονα, ένα Δελτίο Τύπου διοχετευόταν στα ΜΜΕ προκειμένου να γίνει ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών και όλες οι οδηγίες τύχαιναν θυροκόλλησης σχεδόν σε κάθε σημείο του Νοσοκομείου.

Μία από τις πιο σύνθετες και πολύπλοκες νέες Διαδικασίες, ήταν η διαχείριση και αποστολή των δειγμάτων, των επιχρισμάτων, στο Ιολογικό Εργαστήριο της Ιατρικής Σχολής στο Ηράκλειο Κρήτης, ή στο Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας (ΕΚΕΑ) στην Αθήνα. Και αυτό διότι λόγω της φύσης του επιχρίσματος, ήταν μολυσματικό, έπρεπε να εμπλακεί πιστοποιημένη εταιρεία για την μεταφορά του μολυσματικού υλικού. Έπρεπε να επιλυθεί ένα σύνθετο πρόβλημα δυναμικού προγραμματισμού, με αρκετές μεταβλητές, την (απρόβλεπτη) ροή των κρουσμάτων στο Νοσοκομείο, τις ανάγκες των δέκα Χειρουργικών κλινικών του Νοσοκομείου για τον προεγχειρητικό έλεγχο, τον χρόνο που απαιτεί ένας κύκλος ανάλυσης – run – του Μοριακού Αναλυτή για να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο χρόνος αναμονής του αποτελέσματος, τα διαθέσιμα δρομολόγια και μεταφορικά μέσα της πιστοποιημένης εταιρείας μεταφοράς επικίνδυνων και μολυσματικών υλικών η οποία ερχόταν από το Ηράκλειο Κρήτης, και ειδικά προ της δωρεάς του Μοριακού Αναλυτή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, μέχρι και τα περιορισμένα, 2 ημερησίως δρομολόγια της Aegean για Αθήνα, όταν τα δείγματα έπρεπε να βγουν μέσα στο σαββατοκύριακο run του μηχανήματος. Αυτή η άσκηση η οποία σχεδόν πάντα είχε έκτακτα και απρόβλεπτα, απαιτούσε εξαιρετικά προσεκτικό σχεδιασμό και υψηλή ακρίβεια.

Στις αρχές του καλοκαιριού του 2020, και συγκεκριμένα στις 2 Ιουλίου, επισκέφθηκε το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ο τότε Υπουργός Υγείας, κος Βασίλης Κικίλιας, ανακοινώνοντας μέσω ιδιωτικής δωρεάς, την παραχώρηση ενός υπερσύγχρονου PCR Μοριακού Αναλυτή στο ΓΝΧ, κάτι το οποίο θα σχολιαστεί στην μεθεπόμενη ενότητα. Αυτό έδωσε ένα σημαντικό πλεονέκτημα στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, καθώς μείωσε δραστικά τον χρόνο αναμονής αποτελέσματος από την λήψη του επιχρίσματος, κάτι που συνετέλεσε καθοριστικά στην παύση λειτουργίας των Κλινικών

Ενδιάμεσης Νοσηλείας και την διάθεση των κλινών αυτών στις Κλινικές SARS Covid – 19. Παράλληλα όμως, έπρεπε να ενσωματωθεί η νέα αυτή Επιχειρησιακή Λειτουργία στον Εργαστηριακό Τομέα του Νοσοκομείου. Αμέσως ξεκίνησε ο Ανασχεδιασμός της ροής και των Διαδικασιών του Εργαστηριακού Τομέα, με σκοπό την ενσωμάτωση της νέας Λειτουργίας, του Βιοχημικού Εργαστηρίου. Η νέα Διαδικασία, η αυτονόμηση δηλαδή του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων στην ανίχνευση του Κορονοϊού χωρίς να χρειάζονται πολλές ώρες αναμονής του αποτελέσματος από το Ιολογικό Εργαστήριο στο Πανεπιστήμιο Κρήτης ή μέσω του ΕΚΕΑ στην Αθήνα, έδωσε πίσω πολύτιμους πόρους, κυρίως σε ανθρώπινο δυναμικό και χρόνο, τα οποία αξιοποιήθηκαν κατάλληλα από άποψης ταχύτητας, αποτελεσματικότητας και ευελιξίας στο χειρισμό των περιστατικών. Σημειώθηκε επίσης εξοικονόμηση χρημάτων καθώς δεν χρειαζόταν πλέον η αποστολή δειγμάτων εκτός Νοσοκομείου. Παράλληλα, το Βιοχημικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, έγινε το Εργαστήριο Αναφοράς για την Δυτική Κρήτη: συγκέντρωνε δηλαδή όλα τα επιχρίσματα από τα δυο Νοσοκομεία της Δυτικής Κρήτης, Χανίων και Ρεθύμνου, αλλά και όλα τα επιχρίσματα από τα 11 Κέντρα Υγείας των δυο Νομών. Μέχρι την 31 Δεκεμβρίου του 2022, στο ΓΝΧ είχαν διενεργηθεί τα παρακάτω σε ότι αφορά σε μοριακή ανίχνευση, απλή η ταχεία και rapid test:

Πίνακας 3.7 Σύνολο ελέγχων ανίχνευσης ιού Sars–cov2, Μοριακής και με χρήση αντιγόνου

Προμήθεια / Διενέργεια Αντιδραστηρίων για Ανίχνευση SARS Cov2	Πλήθος, από 10/2020 έως και 31/12/2022
Αντιδραστήρια για τον Αναλυτή Ανίχνευσης του Νέου Κορονοϊού SARS Cov2 Real – Time PCR	173.000
Αντιδραστήρια Ταχείας Μοριακής Ανίχνευσης SARS Cov2 (CPV 33696500 – 0) με Ταυτόχρονη Παραχώρηση Συνοδού Εξοπλισμού	4.782
Rapid Test (SARS Cov2)	85.670

Συνοψίζοντας στην Ενότητα Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διαδικασιών του ΓΝΧ, οφείλουμε να αναφερθούμε στην δημιουργία των Εμβολιαστικών Κέντρων. Το ΓΝΧ αποτέλεσε το πρότυπο πάνω στο οποίο στήθηκαν και οργανώθηκαν τα Εμβολιαστικά Κέντρα στο Νομό Χανίων αλλά και στο Νομό Ρεθύμνου. Η δημιουργία του εμβολίου κατά του νέου κορονοϊού SARS Cov2, αποτέλεσε το

πρώτο ουσιαστικό και ελπιδοφόρο νέο στον αγώνα κατά της Πανδημίας SARS Covid – 19. Η δημιουργία των Εμβολιαστικών Κέντρων συνοδεύτηκε από διάχυτη αισιοδοξία, ότι η ανθρωπότητα κέρδισε την πρώτη, σημαντική μάχη κατά του ιού και ότι πλέον, υπήρχε ελπίδα. Στο ΓΝΧ λειτούργησαν πολυάριθμες εμβολιαστικές γραμμές και διενεργήθηκαν σχεδόν όλα τα διαθέσιμα προς κυκλοφορία εμβόλια, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο καθοριστικά στην ανάσχεση της Πανδημίας, δημιουργώντας ένα τείχος προστασίας. Συνολικά στο ΓΝΧ έλαβαν χώρα 74.967 εμβολιασμοί, σύμφωνα με τα στοιχεία που ακολουθούν:

Πίνακας 3.8 Σύνολο εμβολιασμών στο ΓΝΧ (εμβολιαστικό κέντρο)

Εμβόλιο	Συνολικός Αριθμός Εμβολιασμών: 1/1/2021 – 31/12/2022
Pfizer	63.188
Johnson	8.050
Παιδιά 5 – 11 ετών	3.267
Moderna	200
Novavax	215
Pfizer BA 4 – 5	46
Βρεφικά 6 μηνών έως 4 ετών	1
Σύνολο:	74.967

3.2.1 Έναρξη Λειτουργίας Τακτικού Εξωτερικού Ιατρείου Post Covid στο ΓΝΧ

Μια ακόμα σημαντική ενέργεια, ήταν η έναρξη της λειτουργίας του Τακτικού Εξωτερικού Ιατρείου Post Covid – 19 στο ΓΝΧ την 4^η Αυγούστου 2021, το οποίο στελεχώθηκε από την Πρόεδρο της ΕΝΛ και μια Πνευμονολόγο από τη ΜΕΘ. Το ιατρείο είναι επιφορτισμένο με την παρακολούθηση των ασθενών που έχουν νοσήσει από τον ιό SARS Cov2 και διατηρεί επιστημονικό αρχείο παρακολούθησης για τις συνέπειες του συνδρόμου Long Covid στους νοσήσαντες. Μέχρι την 31^η Δεκεμβρίου 2022, είχαν περάσει το κατώφλι του εν λόγω ιατρείου, 533 ασθενείς.

3.2.2 Ψηφιακός Μετασχηματισμός

Η ψηφιοποίηση του κλάδου της Υγείας αποτελεί προτεραιότητα για την Ευρωπαϊκή Ένωση, με το πρόγραμμα «Ψηφιακή Ευρώπη» για την προγραμματική περίοδο 2021 – 2027 να θέτει ως στόχο την επίσπευση του Ψηφιακού Μετασχηματισμού στην Δημόσια Υγεία. Στο πλαίσιο των μέτρων για την

αποφυγή της διασποράς του ιού SARS Cov2 και επίσης σε πλήρη σύμπτωση με Εθνικούς Στόχους για τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό στην Υγεία, το ΓΝΧ δημιούργησε και έθεσε σε εφαρμογή μια σειρά από καινοτόμες υπηρεσίες μέσω της ιστοσελίδας και των Πληροφοριακών του Συστημάτων.

Αναμφίβολα, το καλύτερο σημείο εκκίνησης ήταν η προσθήκη του ασθενούς στο επίκεντρο αυτής της διαδικασίας Ψηφιακού Μετασχηματισμού και Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του ΓΝΧ. Με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς, εφαρμόστηκαν μεταξύ άλλων, τέσσερις μεγάλες καινοτομίες: ο ηλεκτρονικός ιατρονοσηλευτικός φάκελος ασθενούς, τα ηλεκτρονικά αποτελέσματα, τα ηλεκτρονικά ραντεβού και το ηλεκτρονικό πρωτόκολλο.

Ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος ασθενούς, «Πανάκεια», αποτελεί μια ολοκληρωμένη λύση καταγραφής και τήρησης όλων των πληροφοριών του ασθενούς, από την εισαγωγή του στο ΓΝΧ μέχρι και το εξιτήριο, όλα σε ηλεκτρονική μορφή. Η πληροφορία είναι άμεσα προσβάσιμη και προσπελάσιμη, με ασφάλεια, σε κάθε ιατρό και νοσηλεύτη που χειρίζεται το περιστατικό. Εξαλείφθηκε το χαρτί από την καθημερινή πρακτική, υιοθετώντας tablet στην νοσηλεία, εκσυγχρονίζοντας και θωρακίζοντας την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, περιορίζοντας δραστικά τα λάθη και μειώνοντας τον απαιτούμενο χρόνο καταγραφής, διαμοιρασμού και διάχυσης της απαιτούμενης πληροφορίας, με ασφάλεια, στοιχείο που θα αναλύσουμε παρακάτω στην ενότητα των Διεθνών Στόχων Ασφάλειας των Ασθενών.

Τα ηλεκτρονικά αποτελέσματα είναι άλλη μια καινοτομία. Κατά τα πρώτα στάδια της Πανδημίας SARS Covid - 19, έγινε η διαπίστωση ότι μεγάλη μερίδα ασθενών επέστρεφαν στο ΓΝΧ απλά και μόνο για να λάβουν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών (όχι των κλινικών) εξετάσεών τους, από τον Εργαστηριακό Τομέα. Μετά την υλοποίηση της εφαρμογής Ηλεκτρονικά Αποτελέσματα από την ιστοσελίδα του ΓΝΧ, ο κάθε ασθενής, μπορεί εύκολα, απλά και με απόλυτη ασφάλεια, να πάρει τα αποτελέσματα των εξετάσεων, οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, απλά μπαίνοντας με κωδικούς TaxisNet στην ηλεκτρονική υπηρεσία του ΓΝΧ. Με αυτόν τον τρόπο, μειώνεται δραστικά η ανάγκη μετακίνησης για την λήψη αποτελεσμάτων και γίνεται καλύτερη συμμόρφωση προς τις οδηγίες της εκάστοτε ΚΥΑ για την λήψη μέτρων κατά της διασποράς του κορονοϊού. Η εν λόγω εφαρμογή έχει και ένα βαθύ, κοινωνικό αποτύπωμα, καθώς εξαλείφεται η ανάγκη άσκοπων μετακινήσεων, κάτι αδιανόητο στα απανωτά lockdown, βοηθώντας τόσο το γενικό πληθυσμό όσο και ειδικές, ευάλωτες ομάδες ασθενών, πχ τους ογκολογικούς ασθενείς, από άσκοπες μετακινήσεις.

Το ηλεκτρονικό πρωτόκολλο είναι άλλη μια δομική καινοτομία η οποία υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του ΓΝΧ. Από τον Σεπτέμβριο του 2021, τέθηκε σε εφαρμογή το ηλεκτρονικό πρωτόκολλο στο ΓΝΧ. Αυτό μείωσε δραστικά τους χρόνους κίνησης των εγγράφων εντός του οργανισμού, μειώνοντας παράλληλα το ενεργειακό αποτύπωμα του ΓΝΧ, μέσω της δραστικής μείωσης εγγράφων σε χαρτί. Σύμφωνα με υπολογισμούς από την

υποδιεύθυνση πληροφορικής του ΓΝΧ, κατά τους πρώτους 4 μήνες λειτουργίας του ηλεκτρονικού πρωτοκόλλου, διακινήθηκαν πάνω από 330.000 έγγραφα σε ηλεκτρονική μορφή.

Τέλος, τα Ηλεκτρονικά Ραντεβού, άλλη μια καινοτόμος υπηρεσία του ΓΝΧ, επιτρέπει στους ενδιαφερόμενους ασθενείς, να κλείσουν από οποιοδήποτε σημείο, με απόλυτη ασφάλεια, το ραντεβού με τις περισσότερες ειδικότητες γιατρών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. Τα οφέλη είναι πολλά και πολλαπλά: μείωση άσκοπων μετακινήσεων, εξοικονόμηση χρόνου, μείωση της διασποράς του ιού SARS Cov2, αποτελεσματικότερη και με μεγαλύτερη διαφάνεια λειτουργία της Γραμματείας των ΤΕΙ κ.ο.κ. Αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο κατά την πρώτη ημέρα λειτουργίας του νέου καινοτόμου συστήματος των Ηλεκτρονικών Ραντεβού, κλείστηκαν πάνω από 350 ραντεβού ηλεκτρονικά, με απόλυτη ασφάλεια, χωρίς να χρειαστεί να μεταβεί κανένας πολίτης στο ΓΝΧ.

Ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός του ΓΝΧ στο πλαίσιο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του ΓΝΧ θα έχει ιδιαίτερα θετικό αποτέλεσμα στο επίπεδο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Η μετάβαση στο «Εξυπνο Νοσοκομείο», θα οδηγήσει σε μείωση του κόστους λειτουργίας, σε βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας καθώς επίσης θα συμβάλλει και στην αναβάθμιση των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς θα δώσει την ευκαιρία στους υγειονομικούς να ασχοληθούν με υψηλότερης εξειδίκευσης εργασίες και καθήκοντα μέσα από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση, από το να απαντούν απλά σε ένα τηλεφώνημα για να δίδουν μια στατική, χαμηλής σημασίας πληροφορία. Ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός θα συμβάλλει επίσης στην εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, μέσω της προσφοράς λύσεων με νέες, καινοτόμες ψηφιακές υπηρεσίες προς τον πολίτη, διαμορφώνοντας ένα σύστημα το οποίο θα αποτελέσει ένα αξιόπιστο συνεργάτη του επαγγελματία υγείας, δημιουργώντας ένα πλήρως ψηφιοποιημένο Νοσοκομείο το οποίο θα είναι ασφαλέστερο για τους ασθενείς καθώς και για τους υγειονομικούς, προσδίδοντας ποιότητα, διαφάνεια και εξωστρέφεια στην άσκηση της εργασίας τους.

3.3 Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Όπως παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο, τόσο το ΕΣΥ όσο και ο Νοσοκομειακός χάρτης της χώρας, αντιμετώπιζε χρόνιες παθογένειες και δομικά προβλήματα. Η υπέρ – δεκαετής οικονομική κρίση, το brain drain, η εμφανής πλέον γήρανση του υγειονομικού προσωπικού όλων των κατηγοριών, ιατρικού – νοσηλευτικού – διοικητικού, η έλλειψη σύγχρονων διοικητικών πρακτικών και μεθόδων για την ανάπτυξη και εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της Υγείας, η έλλειψη αξιολόγησης, το διαβλητό σύστημα προσλήψεων και προαγωγών καθώς και οι λοιπές στρεβλώσεις του ΕΣΥ, είχαν δημιουργήσει ένα εκρηκτικό μείγμα. Και πάνω που η Ελλάδα άρχισε

να βγαίνει από το καθοδικό σπирάλ της οικονομικής και πολιτικής κρίσης, ήρθε η Πανδημία SARS Covid – 19 και άσκησε αφόρητη πίεση στο υγειονομικό προσωπικό της χώρας, που έφερε όλα τα παραπάνω προβλήματα και τις παθογένειες τεσσάρων δεκαετιών στο προσκήνιο. Υπό αυτές τις συνθήκες κλήθηκε να ανταποκριθεί το ανθρώπινο δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Ως γνωστόν, το Ανθρώπινο Δυναμικό ενός Οργανισμού αποτελεί τον σπουδαιότερο και σημαντικότερο πόρο του. Πολλώ δε μάλλον όταν αναφερόμαστε σε Οργανισμούς Εντάσεως Εργασίας, όπως είναι το περιβάλλον ενός Νοσοκομείου και συγκεκριμένα του ΓΝΧ.

Πρωταρχικό μέλημα της νέας Διοίκησης, η ασφάλεια του υγειονομικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, του μοναδικού δευτεροβάθμιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος του Νομού Χανίων. Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι ένα κενό στα υγειονομικά πρωτόκολλα θα έθετε σε υψηλό ρίσκο και κατ' επέκταση σε κίνδυνο το προσωπικό του Νοσοκομείου, κάτι που θα είχε ως αποτέλεσμα την αδυναμία παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας σε όλο το Νομό Χανίων, ένα ενδεχόμενο με ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες, ειδικά αν συνυπολογίσουμε ότι το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, ήταν το Νοσοκομείο Αναφοράς κατά την πρώτη φάση της Πανδημίας SARS Covid – 19 στην Δυτική Κρήτη, τόσο στο Νομό Χανίων, όσο και στον όμορο Νομό Ρεθύμνου.

Έχοντας υπόψη την κρισιμότητα της πραγματικότητας που επέβαλε η Πανδημία SARS Covid – 19 καθώς και το γεγονός η Διοίκηση κλήθηκε να λειτουργήσει το Νοσοκομείο σε εντελώς πρωτόγνωρες συνθήκες, οι ενέργειες που αφορούσαν στον Ανασχεδιασμό των Διαδικασιών του Ανθρώπινου Δυναμικού, διέπονταν από τις εξής κατευθυντήριες γραμμές – άξονες δράσεων:

- Δημιουργία αυστηρών υγειονομικών πρωτοκόλλων,
- Παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και σεμιναρίων προς το υγειονομικό προσωπικό,
- Δημιουργία μικρών ευέλικτων σχημάτων και ομάδων δράσης,
- Βελτίωση της οριζόντιας και κάθετης επικοινωνίας εντός του Οργανισμού,
- Ενδυνάμωση της ανάληψης πρωτοβουλιών και ενεργειών εκ μέρους των ομάδων, με αποδοχή του ανθρώπινου λάθους, δίδοντας έμφαση στον σχεδιασμό και εφαρμογή άμεσων, πρακτικών, διορθωτικών ενεργειών.

Μια σύνθετη άσκηση είχε μόλις αρχίσει και συνοψιζόταν ως εξής: το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων έπρεπε να συνεχίσει να λειτουργεί κανονικά με όλες τις Κλινικές, Μονάδες, Τμήματα και Γραφεία με ασφάλεια για τους υγειονομικούς, τους νοσηλευόμενους καθώς και τους πολίτες – επισκέπτες, ενώ παράλληλα θα έπρεπε να στελεχωθεί τις νέες δομές, Κλινικές, Μονάδες και Τμήματα στα οποία θα έπεφτε το βάρος της αντιμετώπισης και διαχείρισης της Πανδημίας SARS Covid – 19.

3.3.1 Ενεργοποίηση Θεσμικών Οργάνων και Διαδικασιών

Για λόγους αποτελεσματικότητας, ευελιξίας και ταχύτητας στον σχεδιασμό, ενεργοποιήθηκαν άμεσα όλα τα Θεσμικά Όργανα του Νοσοκομείου και συγκεκριμένα: Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας, Επιτροπή Λοιμώξεων, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Διεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας, Διεύθυνση Τεχνικής Υπηρεσίας, Επιστημονικό Συμβούλιο, Επιστασίες κ.ο.κ. Η Πρόεδρος της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ) και κατ' επέκταση η ΕΝΛ, είχαν κομβικό ρόλο στον σχεδιασμό όλων των ενεργειών και δράσεων.

Η ΕΝΛ είναι το μόνο αρμόδιο όργανο για την επιτήρηση και τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων σε κάθε νοσοκομείο. Καταρτίζει τον Εσωτερικό Κανονισμό Πρόληψης και Ελέγχου Λοιμώξεων καθώς και το σχέδιο δράσης για την υλοποίηση της αντίστοιχης πολιτικής και στρατηγικής για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής και την πρόληψη των λοιμώξεων που συνδέονται με τη νοσηλεία των ασθενών στους Χώρους Παροχής Υγείας. Εισηγείται (βάσει τεκμηριωμένων εθνικών και διεθνών κατευθυντηρίων οδηγιών) μέτρα για την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων που σχετίζονται με τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας και επιτηρεί την εφαρμογή τους σύμφωνα με τις διατάξεις και στο πλαίσιο των οδηγιών και κατευθύνσεων του ΕΟΔΥ, <https://chaniahospital.gr/epitropi-loimoxeon/>. Ο ρόλος της Προέδρου της ΕΝΛ ήταν ευρύς και περιελάμβανε από την δημιουργία και υιοθέτηση των απαραίτητων υγειονομικών πρωτοκόλλων και της επιτήρησης τους μέχρι την εκπαίδευση κ.ο.κ. Όλα αυτά φυσικά, παράλληλα με τα υπόλοιπα καθήκοντα και αρμοδιότητες της ΕΝΛ, τα οποία μεταξύ των άλλων περιλαμβάνουν τα εξής:

Τον σχεδιασμό και την λήψη μέτρων, <https://chaniahospital.gr/epitropi-loimoxeon/> :

- Για την πρόληψη εμφάνισης των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Για τον περιορισμό της διασποράς των λοιμογόνων παραγόντων.
- Για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση επιδημικών εξάρσεων.
- Για τη πρόληψη τροφιμογενών ή υδατογενών λοιμώξεων.
- Για τη συμμόρφωση του προσωπικού στις ασφαλείς για τον ασθενή ιατρονοσηλευτικές πρακτικές.
- Για την πρόληψη έκθεσης του προσωπικού σε λοιμογόνους παράγοντες.
- Για την ορθή διαχείριση των αντιβιοτικών στο Νοσοκομείο.
- Για την εφαρμογή και τον έλεγχο της συμμόρφωσης στους κανόνες της Υγιεινής των Χεριών όλων των εργαζομένων σε όλους τους χώρους στο Νοσοκομείο.

Και επίσης εποπτεύει και ελέγχει, <https://chaniahospital.gr/epitropi-loimoxeon/> :

- Την τήρηση των κανόνων πρόληψης νοσοκομειακών λοιμώξεων και των κανόνων της υγιεινής περιβάλλοντος στο Νοσοκομείο.

Από την έναρξη της πανδημίας Covid 19, η ΕΝΑ του ΓΝΧ, διαμόρφωσε και δημιουργούσε πρωτόκολλα προς όλο το ιατρονοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό, με σκοπό την ενημέρωση για τους νέους κανόνες λειτουργίας, τους χειρισμούς και τις ειδικές πρακτικές. Τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες της ΕΝΑ του ΓΝΧ βασίζονταν πάντα στις οδηγίες του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), καθώς και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η ΕΝΑ συμμετείχε εξ αρχής στην οργάνωση, εκπαίδευση και προετοιμασία του Νοσοκομείου, ώστε να υποδεχθεί, να διαγνώσει, να διαχειριστεί και να νοσηλεύσει ασθενείς με νόσο covid. Επιπλέον, για όλα τα πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΝΑ υπήρχε πάντα γραπτή πρωτοκολλημένη ενημέρωση της Διοίκησης, του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αλλά και αντίστοιχα με το θέμα του πρωτοκόλλου, ενημέρωση του τμήματος ποιότητας, του ΤΕΠ, της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας, της ΜΕΝΝ, της Παιδιατρικής, των Διευθυντών και προϊστάμενων όλων των τμημάτων και εργαστηρίων και της Τεχνικής Υπηρεσίας

Όπως προαναφέρθηκε, η επικοινωνία εντός του ΓΝΧ ήταν καταλυτικής σημασίας, με την Διοίκηση να δημιουργεί και να εδραιώνει ανοιχτό δίαυλο επικοινωνίας σε κάθε επίπεδο της διοικητικής διάρθρωσης και δομής του ΓΝΧ, με στόχο την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία όσο και για την διευκόλυνση της διάχυσης της γνώσης και της πληροφορίας αλλά και για την ταχύτερη λήψη των κατάλληλων διορθωτικών ενεργειών, αποφεύγοντας παράλληλα την σπατάλη πολύτιμων, και συχνά σε ανεπάρκεια, πόρων: ανθρώπινου δυναμικού, χρόνου, διαδικασιών και εξοπλισμού. Για τον σκοπό αυτό, θεσμοθετήθηκε μια τακτική Συνάντηση Συντονισμού, η λεγόμενη Θερμή Απενημέρωση – Hot Debrief, κάθε Δευτέρα υπό τον Αναπληρωτή Διοικητή, ευρείας συμμετοχής, με σκοπό τον απολογισμό της προηγούμενης εβδομάδας, την λήψη διορθωτικών ενεργειών, την πρόληψη αστοχιών καθώς και τον σχεδιασμό της νέας εβδομάδας, με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση κοντά στο χρόνο που διαδραματίστηκαν όλα. Μέσα στην ίδια ημέρα εκδίδονταν οι σχετικές αποφάσεις και πράξεις της Διοίκησης, όπου αυτές απαιτούνταν.

Επιπλέον, οι βελτιώσεις του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση και Διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19 έλαβαν πλέον τακτικό χαρακτήρα, ενσωματώνοντας βελτιώσεις και διορθωτικές ενέργειες με υψηλή ταχύτητα, στην προσπάθεια που κατέβαλλε το Νοσοκομείο να λειτουργεί βάσει ενός πιο ευέλικτου, ολοκληρωμένου και αποδοτικότερου Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης. Στην προσπάθειά εξάλειψης των παθογενειών και του αναχρονιστικού σχεδιασμού του Οργανισμού, θεωρήθηκαν ελάχιστα ως δεδομένα και τίποτε ως θέσφατο. Όλες οι διαδικασίες, οι ενέργειες και ο τρόπος λειτουργίας του Νοσοκομείου αναθεωρήθηκε, με έμφαση στην

αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, την ποιότητα και την συνεχή εκπαίδευση. Ο Ανασχεδιασμός είχε πλέον και δομικό εκτός από λειτουργικό χαρακτήρα και δόθηκε έμφαση στο να καταστεί το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ασφαλές και αποτελεσματικό στην Αντιμετώπιση και Διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Καταργήθηκαν τα στεγανά και η ενσωμάτωση και διάχυση των νέων δομικών, επιδημιολογικών, επιχειρησιακών και οργανωτικών στοιχείων, υπήρξε ταχύτατη. Παράλληλα, όλες οι παραπάνω ενέργειες συνέβαλλαν καθοριστικά προς το δέσιμο όχι μόνο της Ομάδας Δράσης & Συντονισμού αλλά και όλων των Κλινικών, Μονάδων, Τμημάτων, Γραφείων και Διευθύνσεων, κάτι το οποίο έχει πολλαπλά οφέλη σε όλα τα επίπεδα της διοικητικής διάρθρωσης και λειτουργίας του Νοσοκομείου. Έδωσε φορά και κατεύθυνση στην προσπάθεια, προσέδωσε σύμπνοια και αρμονία, και έφερε στην επιφάνεια την ανάγκη για συνεργασία, αλληλεγγύη και ενεργό συμμετοχή όλων των υγειονομικών, ανεξαρτήτως κατηγορίας, ειδίκευσης και βαθμίδας.

Ο ιός SARS Covid – 19, είναι ένας ιός που προσβάλλει το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου. Ως εκ τούτου, λόγω συνάφειας αντικειμένου, οι Πνευμονολόγοι του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων τέθηκαν επιστημονικά επικεφαλής του νέου Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση και Διαχείριση της Πανδημίας στο Νοσοκομείο, κάτι που αποτέλεσε ομόφωνη απόφαση της Προέδρου της Επιτροπής Λοιμώξεων, της Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας και της Διοίκησης. Επειδή όμως το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης ήταν αρθρωτό, και προέβλεπε κλιμάκωση ανάλογα με την επιδείνωση των συνθηκών της Πανδημίας σε τρεις φάσεις, ήταν προφανές ότι έπρεπε να Ανασχεδιαστούν οι Επιχειρησιακές Λειτουργίες του Νοσοκομείου, με σκοπό να δημιουργηθεί μια «δεξαμενή» γιατρών, η οποία θα τροφοδοτούσε τις νέες Κλινικές, Τμήματα και Μονάδες για την διαχείριση και αντιμετώπιση των περιστατικών αλλά θα προέβλεπε επίσης, την κλιμακωτή ανάπτυξη και ενίσχυση των Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων, βάσει των τριών φάσεων του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης. Προς αυτήν την κατεύθυνση, όπως αναλύθηκε στην προηγούμενη ενότητα, έγινε ανασχεδιασμός στη διαδικασία ροής και κατανομής των περιστατικών νοσηλείας. Έτσι, αποδεσμεύτηκαν οι Πνευμονολόγοι από τα περιστατικά εκείνα τα οποία μπορούσαν να νοσηλεύσουν οι Παθολόγοι, δίνοντας τους την ευκαιρία και την ποιότητα χρόνου προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα ύποπτα και επιβεβαιωμένα περιστατικά SARS Covid – 19.

Αποφασίστηκε επίσης, η χωροταξική σύμπτυξη – συνένωση των δυο χειρουργικών Κλινικών του Νοσοκομείου, της Α' & Β' Χειρουργικής Κλινικής (διατήρησαν την διοικητική και λειτουργική αυτοτέλεια τους) αντίστοιχα, προκειμένου αφενός να δημιουργηθεί η απαραίτητη χωροταξία για την δημιουργία μιας δεύτερης Κλινικής SARS Covid – 19, ως επίσης και για να ελαφρυνθεί κατά το δυνατόν το φορτίο τόσο των ιατρών, όσο κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο κλήθηκε

να στελεχωσει την Α' Κλινική SARS Covid – 19 καθώς και την Β' Κλινική SARS Covid – 19, σύμφωνα με το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης.

Το ίδιο σκεπτικό ακολουθήθηκε στο σύνολο των Ιατρικών Τομέων του Νοσοκομείου, προκειμένου να στελεχωθούν τόσο οι Κλινικές SARS Covid – 19 όσο και για την στελέχωση των υπολοίπων Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων πρώτης γραμμής, για την αντιμετώπιση και διαχείριση των ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων SARS Covid – 19. Με αυτόν τον τρόπο, όλοι οι Τομείς, Παθολογικός, Χειρουργικός και Εργαστηριακός, αντιμετωπίστηκαν κάθετα, ως ενιαίοι, αυτοτελείς Τομείς – με ενοποίηση όλων των Κλινικών, Μονάδων, Τμημάτων του εκάστοτε Τομέα – για να δημιουργηθεί μεγαλύτερη ευελιξία στην κάλυψη των πεδίων ευθύνης τους και παράλληλα να συνεισφέρουν με προσωπικό, Παθολόγους, Χειρουργούς και Εργαστηριακούς αντίστοιχα, προκειμένου να καλυφθεί η ασφαλής εφημέρευση των Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων πρώτης γραμμής αλλά και προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφαλής εφημέρευση του Νοσοκομείου γενικότερα.

Αντίστοιχη διαδικασία ακολουθήθηκε και στην Νοσηλευτική Υπηρεσία, όπου και εκεί η Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με τις Προϊστάμενες Τομέα, ενοποίησαν κάθετα τους Νοσηλευτικούς Τομείς, Χειρουργικό, Παθολογικό κ.ο.κ, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο την δυνατότητα στελέχωσης των νέων Κλινικών, Μονάδων & Τμημάτων πρώτης γραμμής αλλά και για να διασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων.

Παράλληλα, σύμφωνα με τα περιθώρια που έδινε η επικαιροποιημένη απόφαση του Υπουργείου Υγείας και εντός του πλαισίου Διαχείρισης & Αντιμετώπισης της Πανδημίας, όπως αυτό οριζόταν από τον ΕΟΔΥ, το ΕΚΑΒ – ΚΕΠΥ καθώς και τις εβδομαδιαίες ΚΥΑ, εφαρμόστηκε η μικρότερη δυνατή ποσοστιαία περιστολή των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων αλλά και των Χειρουργείων όπως παρουσιάστηκε προηγουμένως. Στο πρώτο σκέλος η μικρή αυτή περιστολή των προγραμματισμένων ραντεβού έδωσε την δυνατότητα για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της Πανδημίας, δημιουργώντας παράλληλα τις απαραίτητες εφεδρείες προσωπικού, Ιατρικού & Νοσηλευτικού, έτοιμες να συνδράμουν είτε στην επόμενη φάση του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων είτε για να αντικαταστήσουν συναδέλφους τους στην εφημέρευση των Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων στην περίπτωση που προέκυπτε υγειονομικό κενό από κάποια επιμόλυνση ή λόγω εξασθένησης του προσωπικού πρώτης γραμμής. Στο σκέλος των χειρουργείων, η μικρή περιστολή βοήθησε στην οικονομία δυνάμεων: α) στο πρώτο σκέλος, όσον αφορά στην πολύτιμη ειδικότητα των Αναισθησιολόγων, οι οποίοι συνέδραμαν το έργο των

συναδέλφων τους στην ΜΕΘ & ΜΕΘ SARS Covid – 19 όσο και για να υπάρχει η απαραίτητη εφεδρεία σε περίπτωση που έπρεπε να ενεργοποιηθεί το τρίτο σκέλος του Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης, το Disaster Case Scenario, β) μείωσε τις ανάγκες για νοσηλεία σε απλές κλίνες ΜΕΘ από βαριά, τρίτου βαθμού χειρουργεία, όπως είναι τα θωρακοχειρουργικά, και γ) δημιούργησε μια μικρή ομάδα χειρουργών σε εφεδρεία, η οποία αποτέλεσε την τρίτη ομάδα ιατρών, αμέσως μετά τους συναδέλφους τους του Παθολογικού Τομέα, οι οποίοι θα μπορούσαν αν συνδράμουν στην ενδεχόμενη εφημέρευση στις Κλινικές SARS Covid – 19, αν υπήρχε επιμόλυνση του προσωπικού ή εξάντληση αυτού, το γνωστό σύνδρομο burn – out.

Αντίστοιχες ενέργειες έλαβαν χώρα και στον Εργαστηριακό Τομέα, ειδικά σε ότι αφορά την δημιουργία του Βιοχημικού Εργαστηρίου το οποίο αφορούσε στην λειτουργία του Μοριακού Αναλυτή, από τον Ιούλιο του 2020 και μετά.

Παράλληλα με τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του Γενικού Νοσοκομείου σε ότι αφορά στην Ανάπτυξη και Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού, με σκοπό την βελτίωση της απόδοσης, της ασφάλειας και της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, και με εμφανές το θέμα της ανεπαρκούς στελέχωσης του Νοσοκομείου, η Διοίκηση επικεντρώθηκε σε έναν ακόμα άξονα ενεργειών, προκειμένου να ενισχύσει αριθμητικά και ποιοτικά το υγειονομικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Αυτός ο άξονας, αφορούσε στις προσλήψεις προσωπικού. Μέσα από το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την λειτουργία και οργάνωση των Νοσοκομείων της χώρας, με τη μορφή των ΝΠΔΔ καθώς και εκμεταλλευόμενη της ευελιξίας και την ταχύτητα που προσέδιδαν οι ΠΝΠ, η Διοίκηση του Νοσοκομείου επικεντρώθηκε με τον ταχύτερο και αποδοτικότερο δυνατό τρόπο στο να προσελκύσει και να προσλάβει στελεχιακό δυναμικό όλων των βαθμίδων και κατηγοριών: ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό, προσωπικό καθαριότητας και φύλαξης κ.ο.κ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό, ότι η πίεση για την εξεύρεση ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της Υγείας, ήταν εξαιρετικά αυξημένη, καθώς λόγω της Πανδημίας, και με δεδομένη την ανεπαρκή στελέχωση του ΕΣΥ, λόγω της υπερδεκαετούς κρίσης, ξαφνικά, 127 Νοσοκομεία από όλη την χώρα, έψαχναν απεγνωσμένα, και πολλές φορές μέσα από έντονα γραφειοκρατικές και χρονοβόρες διαδικασίες, Συμβούλια Κρίσεων Ιατρών ΕΣΥ, να στελεχώσουν τις Μονάδες Υγείας ευθύνης τους, προκειμένου να καταστούν ικανές να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν την Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Το νομοθετικό πλαίσιο μέσω των ΠΝΠ υπήρξε υποστηρικτικό και προς την σωστή κατεύθυνση, αλλά ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος, λίστες επικουρικού προσωπικού κ.ο.κ, ήταν ανελαστικά. Ήταν απαραίτητο να υπάρξει ταχύτητα και

αποτελεσματικότητα σε όλες τις ενέργειες, οι οποίες φυσικά θα ακολουθούσαν έναν καλό και ενδεδειγμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό αναγκών και πόρων. Κατά το χρονικό διάστημα αναφοράς, κατά την πανδημία Covid-19, έγιναν συνολικά τριακόσιες είκοσι τέσσερις (324) εισοδοί – προσλήψεις στο Ανθρώπινο Δυναμικό του ΓΝΧ, νέου προσωπικού, μόνιμου και επικουρικού, όλων των κατηγοριών και ειδικότερα:

Πίνακας 3.9 Διορισμοί/Προσλήψεις Ανθρώπινου Δυναμικού
στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων 2020 - 2022

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Εισροές
Ιατρικό προσωπικό	
Μόνιμοι (Διορισμοί)	42
Επικουρικοί (Προσλήψεις)	57
Νοσηλευτικό προσωπικό	
Μόνιμοι (Διορισμοί)	13
Επικουρικοί (Προσλήψεις)	124
Λοιπό προσωπικό	
Μόνιμοι (Διορισμοί)	15
Επικουρικοί (Προσλήψεις)	73
ΣΥΝΟΛΟ	324
Επιπλέον:	
Διάφοροι κλάδοι και ειδικότητες μέσω συμβάσεων με ΚΟΙΣΠΕ (Διάθεση)	13

3.3.2 Εκπαίδευση – Υγειονομικά Πρωτόκολλα

Σύμφωνα με την ανάλυση και την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης του υγειονομικού χάρτη της χώρας, τόσο από την πλευρά του ΕΣΥ όσο και σε ότι αφορά τον Νοσοκομειακό τομέα, είδαμε ότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα, έχει να κάνει με την διαχείριση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού: η γήρανση του υγειονομικού προσωπικού, οι παρωχημένες δεξιότητες, η ανυπαρξία ουσιαστικής – σύγχρονης, on the spot εκπαίδευσης, η έλλειψη αξιολόγησης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και η παντελής έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού, έχουν συντελέσει στην παροχή χαμηλής ποιότητας και εξειδίκευσης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η υπερδεκαετής οικονομική κρίση, το φαινόμενο brain drain, και οι ραγδαίες δημογραφικές μεταβολές, έχουν διευρύνει το χάσμα μεταξύ της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας του ΕΣΥ και των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού της χώρας. Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι η έλευση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19, επέτεινε

δραματικά τις παθογένειες του ΕΣΥ και ανέδειξε με τον πλέον γλαφυρό τρόπο την πικρή και ωμή αλήθεια: πέρα από την ποσοτική επάρκεια, την υποστελέχωση και την χρόνια κόπωση, τέθηκε πλέον έντονα το θέμα της ποιοτικής επάρκειας του προσωπικού. Τα Δημόσια Νοσοκομεία όμως, αποτέλεσαν τον μοναδικό πυλώνα απέναντι στην Πανδημία SARS Covid – 19. Όλη η ροή ύποπτων ή και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων SARS Covid – 19 κατευθύνθηκε προς τα 127 Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας, τα οποία είχαν επιφορτιστεί με το τιτάνιο έργο της αντιμετώπισης και διαχείρισης της Πανδημίας. Σε αυτό το πλαίσιο και λαμβάνοντας υπόψιν τα νέα – άγνωστα ουσιαστικά – δεδομένα της Πανδημίας SARS Covid – 19, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, όπως προαναφέρθηκε, έπρεπε να αναδιοργανωθεί και να ανασχεδιάσει τις επιχειρησιακές του διαδικασίες, προκειμένου να ανταπεξέλθει στο δύσκολο έργο του.

Ευθύς εξαρχής λοιπόν, κατέστη σαφές, ότι η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού αλλά και του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου, έπρεπε να υλοποιηθεί με τον καλύτερο και πλέον γόνιμο τρόπο, ούτως ώστε να μπορεί να επιτελέσει το έργο του: να στηρίξει το Νομό Χανίων και την Δυτική Κρήτη εν γένει, παρέχοντας υψηλού επιπέδου, και κυρίως ασφαλείς τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ασθενείς και συνοδούς, υπηρεσίες υγείας. Ως οργανισμός εντάσεως εργασίας, το ΓΝΧ δεν μπορεί παρά να αποδώσει την καταλυτική σημασία που έχει στην λειτουργία του αλλά και στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη κατάρτιση. Η εκπαίδευση όλου του προσωπικού για την νόσο αλλά και για όλους τους χειρισμούς ήταν πρωταρχικό μέλημα.

Η προσέγγιση ήταν αρκετά τολμηρή και εδώ και σχεδιάστηκε με γνώμονα την ριζική αναθεώρηση της έννοιας της εκπαίδευσης και της συνεχιζόμενης κατάρτισης. Όλα τέθηκαν υπό αναθεώρηση, με σκοπό την δημιουργία ενός γόνιμου εκπαιδευτικού προγράμματός στον ελάχιστο δυνατό χρόνο, προκειμένου να θωρακιστεί το προσωπικό απέναντι στην Πανδημία SARS Covid – 19. Η Εκπαίδευση απέκτησε ζωτική σημασία. Μεταξύ των άλλων αρμοδιοτήτων όπως αυτές ορίζονται από το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο, η Εκπαίδευση & όλες οι Δράσεις της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης υπάγονται στην αρμοδιότητα του Αναπληρωτή Διοικητή καθώς και η Ποιότητα ως επίσης και θέματα που άπτονται της Επιχειρησιακής Λειτουργίας του Νοσοκομείου. Σε ελάχιστο χρόνο, συγκροτήθηκε μια μικρή και ευέλικτη ομάδα συντονισμού, αποτελούμενη από τον Αναπληρωτή Διοικητή, την Πρόεδρο της Επιτροπής Λοιμώξεων, τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας καθώς και την Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Χωρίς καμία καθυστέρηση, η Πρόεδρος της ΕΝΑ ετέθη επιστημονικά υπεύθυνη αυτής της μεγάλης και ζωτικής σημασίας προσπάθειας, της εκπαίδευσης και ενημέρωσης του συνόλου του προσωπικού του ΓΝΧ. Η αξία της Εκπαίδευσης και της Συνεχιζόμενης Κατάρτισης είναι τόσο μεγάλη, ειδικά στο

μέτωπο της αντιμετώπισης και διαχείρισης της Πανδημίας SARS Covid – 19, ώστε αποτέλεσε ξεχωριστή ενότητα στην αξιολόγηση των Αναπληρωτών Διοικητών των 127 Νοσοκομείων της χώρας. Η ενημέρωση από το Υπουργείο Υγείας και φυσικά τον ΕΟΔΥ ήταν σε καθημερινή βάση, και σε συνεργασία με την Διοίκηση και την Ιατρική και Νοσηλευτική Υπηρεσία, η Πρόεδρος της ΕΝΑ προχώρησε σε οριζόντιες και κάθετες εκπαιδευτικές δράσεις σε όλο το προσωπικό, όλων των βαθμίδων και κατηγοριών. Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου (ενυπόγραφα), παρακολούθησε μαθήματα από την Πρόεδρο της ΕΝΑ σε καθημερινή βάση. Υπήρχαν δυο σταθερές ημέρες σε συγκεκριμένους χώρους για την εκπαίδευση του προσωπικού, κάθε Τρίτη και Πέμπτη, στο αμφιθέατρο και στο χώρο του ΤΕΠ και διενεργήθηκαν πάνω από 150 μαθήματα. Οι πρωταρχικές εκπαιδευτικές δράσεις είχαν επικεντρωθεί στην σωστή χρήση των Μέσων Ατομικής Προστασίας, στην εφαρμογή των μέτρων κατά της Διασποράς του SARS Covid – 19, καθώς και στις οδηγίες καθαρισμού και απολύμανσης των χώρων και επιφανειών. Συμπληρωματικά, και όπου αυτό ήταν εφικτό, ακολουθούσε On the Spot Training για την αποτελεσματικότερη αφομοίωση των βασικών εννοιών και αρχών και δράσεων αντιμετώπισης της Πανδημίας. Τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες της Επιτροπής Λοιμώξεων απευθύνονταν στο σύνολο του προσωπικού του Νοσοκομείου και οι εκπαιδευτικές δράσεις διαπερνούσαν όλα τα επίπεδα της διοικητικής διάρθρωσης και λειτουργίας του Νοσοκομείου όπως οι Ιατροί, οι Νοσηλευτές, το Προσωπικό Καθαριότητας και Σίτισης, η Τεχνική και η Διοικητική Υπηρεσία, οι Τραυματιοφορείς κ.ο.κ. Αναλυτικά, ακολουθήθηκαν οι εξής εκπαιδευτικές διαδικασίες:

- Διαλέξεις για την κατανόηση της νόσου Covid – 19,
- Νεότερες εξελίξεις της πανδημίας,
- Επίδειξη υγιεινής χειρών και τρόπου ένδυσης και απέκδυσης των Μέσων Ατομικής Προστασίας,
- Τρόποι διενέργειας μοριακού ελέγχου (PCR) καθώς και ταχείας αντιγονικής ανίχνευσης (rapid test),
- Διαδικασία λήψης δειγμάτων από θετικούς ασθενείς και ασφαλή μεταφορά τους στο εργαστήριο,
- Ειδική εκπαίδευση των εργαζόμενων ασφαλείας με συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, για τη σωστή διαλογή και ανακατεύθυνση των ασθενών από την πύλη, την κεντρική είσοδο και την είσοδο στο ΤΕΠ ή το ΤΕΠ covid.

Επίσης, από τους Νοσηλευτές Επιτήρησης Λοιμώξεων (ΝΕΛ), διενεργήθηκαν μαθήματα στο προσωπικό επιστάδας, όσον αφορά τον καθαρισμό και την απολύμανση των υγειονομικών χώρων

που έχουν εκτεθεί στον ιό SARS Cov2, καθώς και εκπαιδευτικά μαθήματα υγιεινής χεριών και καθαρισμού και απολύμανσης των χώρων, τα οποία συνεχίζονται από τους ΝΕΛ σε τακτική βάση. Τα πρωτόκολλα, οι οδηγίες και οι εκπαιδευτικές δράσεις ήταν «μοιρασμένα» σε γενικές κατηγορίες, όπως της Ροής και Διαχείρισης Περιστατικών – ύποπτων και επιβεβαιωμένων, της Απολύμανσης και Καθαριότητας χώρων και επιφανειών, των Μέτρων Αποφυγής της Διασποράς του SARS Covid – 19, της Βιοασφάλειας του Εργαστηριακού Τομέα, των Σχεδίων Δράσης και Ταχείας Απόκρισης, των Μέσων Ατομικής Προστασίας, του Ελέγχου του Προσωπικού μετά από Επιστροφή από Άδεια κ.ο.κ. Επί τρεις μήνες, σε καθημερινή βάση, λάμβανε χώρα εκπαιδευτική δράση στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου που αφορούσε στην ορθή χρήση, ένδυση και απέκδυση των Μέσων Ατομικής Προστασίας, καθώς και παρουσίαση νεότερων δεδομένων για την Πανδημία SARS Covid – 19, καθώς και των πρωτοκόλλων της Επιτροπής Λοιμώξεων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι κατά τις πρώτες 40 ημέρες από την έλευση της Πανδημίας, είχαν εκπαιδευτεί πάνω από 683 άτομα από το υγειονομικό προσωπικό του ΓΝΧ, με έμφαση κυρίως στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό. Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι από την έκδοση του πρώτου πρωτοκόλλου σχετικού με την Πανδημία SARS Covid – 19, την 20/1/2020, μέχρι και τις 31/12/2020, είχαν εκδοθεί εξήντα δύο (62) πρωτόκολλα και οδηγίες διαχείρισης και αντιμετώπισης της Πανδημίας SARS Covid – 19, πέρα από τις υπόλοιπες δράσεις και παρεμβάσεις της Επιτροπής Λοιμώξεων του ΓΝΧ. Αυτό το στοιχείο δείχνει τόσο την ανάγκη εκσυγχρονισμού και επικαιροποίησης των Επιχειρησιακών Σχεδίων Δράσης των Νοσοκομείων καθώς και την μεγάλη ανάγκη εκσυγχρονισμού του ίδιου του Υγειονομικού Συστήματος, αν όχι της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης εν γένει, προκειμένου να καταστεί αποτελεσματικότερη και να θωρακιστεί απέναντι στις σύγχρονες καταστάσεις, συνθήκες και προκλήσεις, αλλά και απέναντι στις σύγχρονες υγειονομικές απειλές, όπως είναι οι πανδημίες. Μέχρι τις 12/7/2022, είχαν καταρτιστεί και τεθεί σε εφαρμογή, περισσότερα από 130 πρωτόκολλα, βλ. Παράρτημα Γ, Δράσεις Επιτροπής Λοιμώξεων. Επιπλέον, όλες οι δράσεις και ενέργειες της Επιτροπής Λοιμώξεων, είτε αυτές με μεμονωμένη (ad hoc) εφαρμογή, είτε αυτές που έχουν μια συνεχή και συνεχιζόμενη διεξαγωγή, συνεχίζονται ακόμα και σήμερα και εντάσσονται σε δύο γενικές κατηγορίες: α) εκπαιδευτικές δράσεις και πρωτόκολλα τα οποία διεξάγονται από την ΕΝΛ του ΓΝΧ, είτε β) στην κατηγορία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης από την Επιτροπή Λοιμώξεων σε Συνεργασία με το Αυτοτελές Τμήμα Ποιότητας.

Μια ακόμα καινοτομία που αφορά στην Εκπαίδευση και Συνεχιζόμενη Κατάρτιση εισήχθη στα εσωτερικά προγράμματα εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Στόχος ήταν η απομάκρυνση από την παρωχημένη αντίληψη της παραδοσιακής αντίληψης για την Εκπαίδευση. Για τον λόγο αυτόν, το Γραφείο του Αναπληρωτή Διοικητή, σε συνεργασία με το Επιστημονικό

Συμβούλιο του Νοσοκομείου, ήρθε σε επαφή με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, και αφού ολοκλήρωσε επιτυχώς όλο το διαδικαστικό σκέλος, κατάρτισε ένα διατομεακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, στο οποίο, μετά την επιτυχή παρακολούθηση της κάθε ενότητας, ο ιατρός που έχει παρακολουθήσει επιτυχώς την εκπαίδευση, λαμβάνει τα λεγόμενα CME Credits, τα οποία προσμετρώνται στην εξέλιξη και στον υπηρεσιακό φάκελο και επηρεάζουν θετικά τις προοπτικές εξέλιξης και ανέλιξης, καθώς είναι διεθνώς αναγνωρισμένα. Με αυτόν τον τρόπο, δίνεται το κίνητρο για την κατάρτιση ενός προγράμματος υψηλών προδιαγραφών καθώς και ένα σημαντικό έμμεσο κίνητρο στον γιατρό για την ενεργό και αλληλεπιδραστική παρακολούθηση του μαθήματος.

Στο πλαίσιο του Ψηφιακού Μετασχηματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, πραγματοποιήθηκε μια ακόμα καινοτομία. Δημιουργήθηκε ηλεκτρονική πλατφόρμα ασύγχρονης εκπαίδευσης, ούτως ώστε να δύναται ο κάθε ενδιαφερόμενος, ιατρός, νοσηλευτής, διοικητικός ή άλλο προσωπικό, να μπορεί να παρακολουθήσει στον δικό του χρόνο, με την ευχέρεια του, την αντίστοιχη εκπαιδευτική δράση. Με αυτόν τον τρόπο, δόθηκε η δυνατότητα σε κάθε στέλεχος και υπάλληλο του Νοσοκομείου να μπορεί να παρακολουθήσει σχεδόν κάθε εκπαιδευτική δράση, ανεξαρτήτως κυλιόμενου ωραρίου, εφημερίας και λοιπών άλλων περιοριστικών παραμέτρων.

Επιπλέον, η Διοίκηση επιδιώκοντας να ενισχύσει ουσιαστικά την Εκπαίδευση και Συνεχιζόμενη Κατάρτιση προσωπικού του ΓΝΧ, προχώρησε και στην δημιουργία ενός διαύλου συνεργασίας με το Πολυτεχνείο Κρήτης, το οποίο εδρεύει στα Χανιά. Είναι αδιανόητο για το στενό γεωγραφικό πλαίσιο του Νομού Χανίων, δυο Ιδρύματα, να μην έχουν στενή συνεργασία και επικοινωνία. Προς αυτήν την κατεύθυνση, το καλοκαίρι του 2020, υπεγράφη το πρώτο Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Πολυτεχνείου Κρήτης και του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, από τον Πρότανη του Πολυτεχνείου και τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου αντίστοιχα.

3.4 Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών – Εξοπλισμός & Υποδομές του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Ο παράγοντας Εξοπλισμός, αποτελεί έναν από τους τέσσερεις συντελεστές παραγωγής της οποιασδήποτε οικονομικής δραστηριότητας. Η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Οι συνθήκες που δημιούργησε η έλευση της Παγκόσμιας Επείγουσας Υγειονομικής Κρίσης της Πανδημίας SARS Covid – 19 δημιούργησαν αυξημένες ανάγκες για γενικό και εξειδικευμένο εξοπλισμό, ωθώντας παράλληλα τα Συστήματα Υγείας παγκοσμίως, στα όριά τους.

Από το ξέσπασμα της Πανδημίας SARS Covid – 19, η Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων επέλεξε συνειδητά, να διαχειριστεί την Παγκόσμια Υγειονομική Κρίση ως ευκαιρία. Αυτό αποδείχθηκε περίτρανα και σε ότι αφορούσε στον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών, ειδικά στο σκέλος που αφορά στον Εξοπλισμό και Υποδομές. Ευθύς αμέσως, εκπονήθηκε ένα πρόγραμμα αναβάθμισης του εξοπλισμού και των υποδομών, το οποίο στηριζόταν στους εξής άξονες: α) από ιδίους πόρους του Νοσοκομείου, β) από την έκτακτη επιχορήγηση από το Υπουργείο Υγείας, γ) από ένταξη σε χρηματοδοτικά προγράμματα, άξονας με μεγάλη προοπτική αλλά δυστυχώς αρκετά χρονοβόρος και γραφειοκρατικός, και δ) απόκτηση – αναβάθμιση εξοπλισμού και υποδομών μέσω Δωρεών. Τα υψηλά αντανakλαστικά που επέδειξαν όλες οι αρμόδιες υπηρεσίες, οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι αντίστοιχες της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, αλλά και οι Κεντρικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, έδωσαν την δυνατότητα στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων να είναι αποτελεσματικότερο στην αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Η συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, υπήρξε πολυεπίπεδη και καταλυτικής σημασίας. Σε πραγματικά ελάχιστο χρόνο, και μάλιστα πρωτόγνωρο για τα δεδομένα της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, εκπονήθηκαν Επιχειρησιακά Σχέδια και οργανώθηκαν Άξονες Δράσεων ενώ οποιοδήποτε κώλυμα ή αγκύλωση παραμερίστηκε από τις ΠΝΠ & ΚΥΑ, όλες εκ των οποίων ήταν συγκεντρωμένες σε μια ψηφιακή πύλη, και όλα αυτά, για να μπορέσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας να ανταποκριθεί με ασφάλεια, γρήγορα και ποιοτικά στην αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Οι Νομοθετικές Βελτιώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τόσο κάθετα όσο και οριζόντια, σε προσλήψεις, σε διαδικασίες προμηθειών, κ.ο.κ, έδωσαν την αναγκαία ευελιξία και μείωσαν συνολικά τον χρόνο από την σύλληψη της ιδέας μέχρι τον σχεδιασμό και την τελική υλοποίηση. Είναι βέβαιο ότι χωρίς τον άρτιο σχεδιασμό και συντονισμό καθώς και την επιτάχυνση των απαιτούμενων διαδικασιών, δεν θα είχε επιτευχθεί η ανταπόκριση στην Πανδημία.

Πρώτο μέλημα αναφορικά με την ενότητα Εξοπλισμός – Υποδομές, ήταν η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης του συνόλου του εξοπλισμού: μηχανολογικού, ξενοδοχειακού, βιοιατρικής τεχνολογίας κ.ο.κ. Προς αυτήν την κατεύθυνση, ορίστηκε ένα κλιμάκιο από την Οικονομική, Διοικητική και Τεχνική Υπηρεσία, για την άμεση καταγραφή του εξοπλισμού. Αμέσως έγινε αντιληπτό ότι ζωτικής σημασίας εξοπλισμός του Νοσοκομείου ήταν παρωχημένης τεχνολογίας, ενώ μεγάλο μέρος από τον εξοπλισμό Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων πρώτης γραμμής, ήταν στα όρια της εγκατάλειψης, ή στην καλύτερη περίπτωση, end of life, κάτι που πρακτικά σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος εξοπλισμός έχει υπερβεί κατά πολύ το όριο που αγγίζει η εργοστασιακή εγγύηση αλλά και τα συμβόλαια συντήρησης και είναι πλέον σε σημείο όπου είναι σχεδόν αδύνατο να

συντηρηθεί, καθώς: α) τα εξαρτήματα του είναι πλέον δυσεύρετα καθώς το έτος παραγωγής σε πολλές περιπτώσεις υπερέβαινε τα 15 έτη!, και β) η οποιαδήποτε εργασία συντήρησης από τον προμηθευτή, συνοδευόταν από εγγύηση καλής λειτουργίας του συγκεκριμένου εξαρτήματος και μόνο εάν δεν αφορούσε την συνολική λειτουργία του εξοπλισμού που είχε παρουσιάσει την βλάβη! Αυτή ακριβώς ήταν η κατάσταση τον Ιανουάριο του 2020.

Παράλληλα, θεσπίστηκε μια νέα διαδικασία, της λογιστικής αποτύπωσης των πάγιων στοιχείων του Νοσοκομείου σε εξοπλισμό, τόσο από πλευράς οικονομικής και λογιστικής αποτύπωσης αλλά επίσης και για την παρακολούθηση της παλαιότητας και συντήρησης του εξοπλισμού.

Στη συνέχεια, ορίστηκε μια ακόμα νέα διαδικασία η οποία θεσμοθετήθηκε με Πράξη της Διοίκησης, ο ορισμός της Επιτροπής Παραλαβής Δωρεών του Νοσοκομείου, προκειμένου να υπάρξει απόλυτη διαφάνεια και κεντρικός συντονισμός όλων των επικείμενων Δωρεών.

Κατόπιν ενεργοποιήθηκε η Επιτροπή Ιεράρχησης Εξοπλισμού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Με την συνδρομή του Τμήματος Βιοιατρικής Τεχνολογίας, έγινε ξεκαθάρισμα της λίστας και των εκκρεμών αιτημάτων. Στην συνέχεια, σε συνεργασία με την Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας, την Πρόεδρο της Επιτροπής Λοιμώξεων αλλά και τους Διευθυντές Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων, έγινε καταγραφή και ιεράρχηση των αναγκών του Νοσοκομείου, κατάσταση η οποία απεστάλη τόσο στη Διοίκηση της 7^{ης} ΥΠΕ όσο και στο Υπουργείο Υγείας. Με αυτόν τον τρόπο υπήρχε πλήρης διαφάνεια, η βέλτιστη δυνατή επικοινωνία και οργάνωση και ο καλύτερος δυνατός συντονισμός, ούτως ώστε να μπορεί να γίνει η καλύτερη δυνατή κατανομή εξοπλισμού τόσο στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων όσο και στα υπόλοιπα 126 Νοσοκομεία της χώρας. Η συμβολή και συμμετοχή του Υπουργείου Υγείας υπήρξε ζωτικής και καταλυτικής σημασίας στην προσπάθεια του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων προκειμένου να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί καλύτερα την Πανδημία SARS Covid – 19, τόσο από πλευράς συντονισμού και κατανομής πόρων, όσο και με την έκδοση των απαραίτητων και αναγκαίων Πράξεων Νομοθετικού Περιεχομένου (ΠΝΠ), την εξασφάλιση κονδυλίων, προσλήψεων κ.ο.κ.

Αξίζει όμως στο σημείο αυτό να γίνει αναφορά και στην έννοια της Δωρεάς. Ήδη από την αρχαιότητα, στην αρχαία Αθήνα, ως ελάχιστη ανάληψη της ευθύνης τους, οι ιδιώτες προχωρούσαν σε Δωρεές και Χορηγίες, αναλαμβάνοντας το οικονομικό βάρος μιας δραστηριότητας, ενός κτηρίου, μιας διοργάνωσης κ.ο.κ. Αυτό ακριβώς συνέβη στο ξέσπασμα αλλά και στη διάρκεια της Πανδημίας SARS Covid – 19. Πολλές εταιρείες, κλαδικές ενώσεις, επιμελητήρια, θεσμικοί εκπρόσωποι, Ενώσεις όπως η Ένωση Ελλήνων Εφοπλιστών και ιδιώτες προσέφεραν οικειοθελώς και ανιδιοτελώς, ανταποκρινόμενοι στο κάλεσμα του Νοσοκομείου. Υπήρξαν μεγάλες χρηματικές

χορηγίες από επιχειρηματικές οικογένειες και ομίλους οι οποίοι παρά την μεγάλη συμβολή και συνεισφορά τους, θέλησαν να διατηρήσουν την πλήρη ανωνυμία τους. Αλλά και από απλούς συμπολίτες από την πόλη των Χανίων, οι οποίοι ήθελαν να προβούν σε κάποια δωρεά, συναισθανόμενοι την ανάγκη του Νοσοκομείου αλλά και την ευθύνη που απορρέει από την ιδιότητα τους ως μέλους της ίδιας κοινωνίας. Ήθελαν με αυτόν τον τρόπο, να συνδράμουν και αυτοί από το υστέρημά τους στην αντιμετώπιση της Πανδημίας SARS Covid – 19 και να δείξουν την ευγνωμοσύνη τους είτε βλέποντας τους υγειονομικούς να δίνουν την μάχη στην πρώτη γραμμή της Πανδημίας είτε διότι είχαν νοσηλευτεί οι ίδιοι ή κάποιο δικό τους πρόσωπο στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων κατά τη διάρκεια της Πανδημίας.

Όπως προαναφέρθηκε, οι Δωρεές αποτέλεσαν ένα σημαντικό και ζωτικής σημασίας κομμάτι στην αντιμετώπιση της Πανδημίας, για την αναβάθμιση των υφιστάμενων εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού. Στο σημείο αυτό, θα γίνει επιγραμματική αναφορά στις κυριότερες δωρεές, οι οποίες ήταν καθοριστικής σημασίας στο μέτωπο της αντιμετώπισης και διαχείρισης της Πανδημίας SARS Covid – 19 αλλά διότι μέσα από αυτές, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων είχε την δυνατότητα να αναβαθμίσει τις διαδικασίες, την δομή του και κατά συνέπεια, το επίπεδο και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

3.4.1 Δωρεά Έξι (6) Υπέρ Σύγχρονων Κλινών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος

Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της Πανδημίας, όταν ακόμα υπήρχαν λίγα επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα για την διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας, η πίεση που αναπτύχθηκε στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των Νοσοκομείων όλης της χώρας, ήταν πραγματικά ασφυκτική. Και αυτό διότι οι ΜΕΘ θα έπρεπε να συνεχίσουν να υποδέχονται τα περιστατικά που πληρούν τα κριτήρια και τις προδιαγραφές εισαγωγής και νοσηλείας σε μια κλίνη ΜΕΘ, τροχαίο ατύχημα, εντατική φροντίδα από ένα βαρύ χειρουργείο, διασωλήνωση κ.ο.κ., ενώ παράλληλα θα έπρεπε να νοσηλεύσουν και περιστατικά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων με τον ιό SARS Covid – 19, τα οποία είχαν βαριά συμπτωματολογία και είχαν ανάγκη από διασωλήνωση. Η πίεση γινόταν πολλαπλάσια, καθώς οι κλίνες ΜΕΘ ασθενών με SARS Covid – 19 δεν ήταν δυνατόν να συνυπάρχουν χωροταξικά με μια κλασσική κλίνη ΜΕΘ, καθώς το αερόλυμα θα διαχεόταν και θα επιμόλυνε έναν διασωληνωμένο ασθενή με βαριά συμπτωματολογία, στην διπλανή, μη απομονωμένη κλίνη, με ιδιαίτερα δυσμενείς προοπτικές για το προσδόκιμο ζωής του. Σε αυτό το σημείο λοιπόν, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, ως Νοσοκομείο Αναφοράς για την Δυτική Κρήτη, επιλέχθηκε από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, προκειμένου με χορηγία του Ιδρύματος, να

δημιουργηθούν έξι νέες κλίνες Μ.Ε.Θ., δωρεά που αποτελεί μια μεγάλη παρακαταθήκη στην αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας.

3.4.2 Δωρεά Μοριακού Αναλυτή PCR – Οικίσκοι Αναμονής (Βιοχημικό Εργαστήριο – Κέντρο Προεγχειρητικού Ελέγχου)

Σε προηγούμενη ενότητα έγινε αναφορά στην δημιουργία και ανάπτυξη του Βιοχημικού Εργαστηρίου του ΓΝΧ με την ενσωμάτωση ενός νέου Μοριακού Αναλυτή PCR μέσω ιδιωτικής δωρεάς προς το Υπουργείο Υγείας και στη συνέχεια, διάθεσης του Μοριακού Αναλυτή PCR στο ΓΝΧ. Η εν λόγω προσθήκη εξοπλισμού βοήθησε στον συνολικό ανασχεδιασμό της διαχείρισης ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, μειώνοντας δραστικά τον απαιτούμενο χρόνο μέχρι την εξαγωγή του αποτελέσματος, και δίνοντας την δυνατότητα αποδοτικότερης και ορθολογικής αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού. Αυτό αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία αν αναλογιστούμε ότι το Βιοχημικό Εργαστήριο του ΓΝΧ και συγκεκριμένα ο Μοριακός Αναλυτής PCR, ο οποίος υποστήριζε τόσο την διαχείριση ύποπτων αλλά και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων αλλά και τον προεγχειρητικό έλεγχο, ήταν το εργαστήριο αναφοράς για όλα την Δυτική Κρήτη, καλύπτοντας τις ανάγκες των Νοσοκομείων και όλων των Κέντρων Υγείας των δύο Νομών, Χανίων και Ρεθύμνου, όπως προαναφέρθηκε. Σε όλο αυτό, συνετέλεσε φυσικά η δωρεά του νέου Μοριακού Αναλυτή αλλά και η σημαντική δωρεά εκ μέρους της Περιφέρειας Κρήτης, των οικίσκων αναμονής έξω από το ΤΕΠ & ΤΕΠ Covid του ΓΝΧ.

3.4.3 Φορητός Εξοπλισμός Βιοιατρικής Τεχνολογίας

Στο σημείο θα γίνει αναφορά στην μεγάλη σημασία που είχε η προμήθεια φορητού εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας για το ΓΝΧ. Είτε μέσω δωρεών είτε από ίδιους πόρους, έγινε μια σημαντική αναβάθμιση του φορητού εξοπλισμού βιοιατρικής τεχνολογίας, στοιχείο που ωφέλησε το ΓΝΧ σε δύο επίπεδα: α) στην αποτελεσματικότερη και ταχύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας SARS Covid – 19 και στον περιορισμό της διασποράς του κορονοϊού αλλά και β) στην σημαντική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς και πολίτες του Νομού Χανίων. Τέτοιος εξοπλισμός περιελάμβανε μεταξύ άλλων φορητούς αναπνευστήρες, απινιδωτές, καρδιογράφους, σύγχρονα ακτινοδιαγνωστικά μηχανήματα ακτινογραφίας και υπερήχων κ.ο.κ. Με αυτόν τον τρόπο, καθίστατο εφικτή η λήψη ακτινογραφίας στο ΤΕΠ Covid, χωρίς να χρειαστεί ο θετικός ασθενής να διασχίσει του διαδρόμους του ΓΝΧ και να μεταβεί στο Ακτινολογικό Εργαστήριο και να διασπείρει τον ιό SARS Cov2. Παράλληλα ήταν εφικτή η ακτινογραφία επί κλίνης των ασθενών που νοσηλεύονταν στην κλινική Covid – 19 ή στην ΜΕΘ Covid, για να εκτιμηθεί η πορεία της νόσου, συμβάλλοντας στην ταχύτερη λήψη αποτελέσματος

αλλά και της ελάχιστης δυνατής ταλαιπωρίας του ασθενούς, καθώς η ακτινογραφία γινόταν επί κλίνης. Αντίστοιχα οφέλη είχε και η χρήση των φορητών μηχανημάτων για υπέρηχο, καρδιογράφων και απινιδωτών, καθώς η προσθήκη του νέου, σύγχρονου, φορητού εξοπλισμού, μείωνε δραστικά τον απαιτούμενο χρόνο καθώς και τις μετακινήσεις, τόσο του προσωπικού, όσο και των ασθενών. Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και η δωρεά των Φορητών Αναπνευστήρων υψηλών προδιαγραφών, μέσω των οποίων υποστηρίχτηκαν τα βαριά αναπνευστικά περιστατικά τα οποία έχριζαν υποστήριξης αλλά εξίσου σημαντική, ήταν πλέον και η αποτελεσματική και ασφαλής αναπνευστική υποστήριξη ενός ασθενούς στην περίπτωση μιας διακομιδής με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ σε άλλο νομό, ή στο αεροδρόμιο, χωρίς απαιτείται αναγόμωση ή προμήθεια φιάλης οξυγόνου για την διακομιδή, κερδίζοντας ωφέλιμο, για την ζωή του ασθενούς, χρόνο ζωτικής σημασίας.

3.4.4 Δίκτυα Οξυγόνου – Εναλλακτικές Μορφές Παροχής Οξυγόνου & Λοιπών Ιατρικών Αερίων

Μια ακόμα σημαντική προσθήκη εξοπλισμού η οποία ωφέλησε το ΓΝΧ στη διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας SARS Covid – 19, ήταν και η προσθήκη τριών, διαφορετικών μεταξύ τους, πηγών παροχής ιατρικού οξυγόνου. Καθώς αναφερόμαστε στην αντιμετώπιση μιας βαριάς νόσησης η οποία πλήττει το αναπνευστικό σύστημα, γίνεται εύκολα αντιληπτή η ανάγκη για ασφαλή, συνεχή και αδιάλειπτη παροχή ιατρικού οξυγόνου. Αυτό κατέστη εφικτό με την ενεργοποίηση των τριών, διαφορετικών μεταξύ τους, όπως ορίζει η σχετική νομοθεσία, πηγών παροχής οξυγόνου: α) δεξαμενή οξυγόνου, β) την ενεργοποίηση της Μονάδας Παραγωγής Οξυγόνου, και γ) προμήθεια φορητών φιαλών ιατρικού οξυγόνου. Αυτό που δεν ήταν αδύνατο να προβλεφθεί όμως, ήταν ο τεχνικός περιορισμός των δικτύων μεταφοράς οξυγόνου και λοιπών ιατρικών αερίων. Στην καμπή των απαντών πανδημικών κυμάτων, ήταν αναγκαία η ταυτόχρονη αναπνευστική υποστήριξη δεκάδων ασθενών με αναπνευστήρες και συσκευές παροχής οξυγόνου υψηλής ροής, τα λεγόμενα High Flow. Υπήρξε περίοδος που υπήρχαν κατειλημμένες και οι 74 κλίνες των δυο Κλινικών Covid – 19 του ΓΝΧ. Όπως επίσης ήταν κατειλημμένες όλες οι κλίνες της ΜΕΘ & της ΜΕΘ Covid και επίσης ήταν σε υψηλό βαθμό λειτουργίας τα χειρουργεία του ΓΝΧ. Με σχεδιασμό προ 30 ετών, ήταν αδύνατο να υποστηριχθεί τόσο υψηλή ροή οξυγόνου, συνεπώς πραγματοποιήθηκε αναβάθμιση του δικτύου οξυγόνου και των λοιπών ιατρικών αερίων, κάτι που επέτρεψε την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των νοσηλευόμενων ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο έγινε εξοικονόμηση κρίσιμων πόρων, όπως είναι οι κλίνες ΜΕΘ Covid, καθώς η ασφαλής λειτουργία συσκευών High Flow στις δυο κλινικές Covid επέτρεπε καλύτερη διαχείριση των περιστατικών και μεταφορά και νοσηλεία στη ΜΕΘ μόνο των ασθενών που έχριζαν επείγουσας διασωλήνωσης ή λοιπών οξέων παραγόντων που επιβάρυναν την υγεία τους, κάτι που είχε θετικό αποτέλεσμα και συνέβαλλε στην καλύτερη, ασφαλέστερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών

υγείας σε όλη την ροή λειτουργίας του ΓΝΧ: από το ΤΕΠ και τα Χειρουργεία, μέχρι την Θωρακοχειρουργική Κλινική και την ΜΕΘ & ΜΕΘ Covid.

3.4.5 Δωρεά Τριών Νέων Κλινών στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας της Καρδιολογικής Κλινικής

Εξίσου σημαντική είναι η προσθήκη τριών σύγχρονων πλήρως εξοπλισμένων κλινών στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) του ΓΝΧ. Η εν λόγω δωρεά αφορούσε σε τρεις ολοκαίνουργιες κλίνες υψηλών προδιαγραφών και απαιτήσεων (ΜΑΦ – ΜΕΘ), τεσσάρων monitor παρακολούθησης καθώς και της κονσόλας – κεντρικού σταθμού παρακολούθησης. Η προσθήκη του εν λόγω εξοπλισμού προς την Καρδιολογική Κλινική και συγκεκριμένα προς την Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, ήταν ζωτικής σημασίας για το ΓΝΧ καθώς ως γνωστόν, ο ιός SARS Cov2, επιφέρει επιπλοκές τόσο στο αναπνευστικό όσο και στο καρδιαγγειακό σύστημα του ανθρώπου. Με την προσθήκη τριών υπεσύγχρονων κλινών ΜΑΦ στο ΓΝΧ, δόθηκε το περιθώριο να αλλάξει εντελώς η διαχείριση των βαρέως πασχόντων καρδιολογικών περιστατικών, καθώς υποστηρίχθηκε η απαραίτητη, εντατική φροντίδα και με αυτόν τον τρόπο μειώθηκε η ανάγκη για επεμβατική αντιμετώπιση των περιστατικών και διακομιδή σε τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα.

3.4.6 Εξοπλισμός Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών

Στο πλαίσιο του Ψηφιακού Μετασχηματισμού όπως παρουσιάστηκε νωρίτερα, το ΓΝΧ προχώρησε σε σημαντικές επενδύσεις προκειμένου να αναβαθμίσει τις υποδομές και τον εξοπλισμό Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, με απώτερο σκοπό τον ψηφιακό μετασχηματισμό των εργασιών και διεργασιών του, καθώς και να συμβάλλει έμμεσα στην αποφυγή της διασποράς του ιού SARS Cov2 τόσο στους υγειονομικούς όσο και στους ασθενείς και τους συνοδούς αυτών. Προς αυτήν την κατεύθυνση, αναβαθμίστηκαν πλήρως οι υποδομές, το δίκτυο οπτικών ινών, δημιουργήθηκε νέο computer room & υλοποιείται ένα Recovery Site, έγινε προμήθεια άνω των 400 Η/Υ καθώς και 20 φορητών Η/Υ, για να καλυφθούν οι ανάγκες τους Ψηφιακού Μετασχηματισμού του ΓΝΧ, όπως είναι η υλοποίηση των ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου, τα ηλεκτρονικά ραντεβού και τα ηλεκτρονικά αποτελέσματα, το Ηλεκτρονικό Πρωτόκολλο κλπ. Συνολικά, κατά τα τρία τελευταία έτη της Πανδημίας SARS Covid – 19, για τις ανάγκες του Ψηφιακού Μετασχηματισμού στο πλαίσιο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών του ΓΝΧ, διατέθηκαν πάνω από 390.000 Ευρώ, χωρίς να συμπεριληφθούν συμβάσεις με εξωτερικούς συνεργάτες, ποσό που αντιστοιχεί σε προϋπολογισμό άνω των 11 ετών υπό κανονικές συνθήκες σύμφωνα με την εκτέλεση του προϋπολογισμού του ΓΝΧ παρελθόντων οικονομικών ετών.

3.5 Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης και Κλινική Διακυβέρνηση στο ΓΝΧ

Σύμφωνα με τα όσα εξετάσαμε στο πρώτο κεφάλαιο, ο χώρος της υγείας υπήρξε ένα προνομιακό πεδίο πολιτικής διαχείρισης και εκμετάλλευσης. Συν τοις άλλοις, τα συντεχνιακά συμφέροντα, ένθεν και ένθεν, δεν συνέβαλλαν προς την σωστή κατεύθυνση, με αποτέλεσμα πολλά – ψηφισμένα – νομοσχέδια να χαθούν στον Καιάδα των συντεχνιών και του συνδικαλισμού φτάνοντας στο σημείο της παραιτήσης υπουργών. Όλα αυτά στέρησαν το πολύτιμο οξυγόνο που θα έδινε στο ΕΣΥ οι διορθωτικές ενέργειες που είχαν σχεδιαστεί κατά καιρούς, με αποτέλεσμα μεταξύ άλλων την αναδιάρθρωση του κλάδου της Υγείας στην Ελλάδα. Η έλλειψη πολιτικής βούλησης και φυσικά η ασφάλεια της αδράνειας, μόνιμες παθογένειες που ταλανίζουν το ΕΣΥ από την σύστασή του, το οδήγησαν σε νέα αδιέξοδα. Κατά περιόδους, έχουν καταγραφεί προσπάθειες εξυγίανσης, αλλά όλες είχαν περιορισμένο, αποσπασματικό χαρακτήρα ή μηδενική παρεμβατική ισχύ καθώς αναστέλλονταν από την ψήφισή του.

Σε αυτό το πλαίσιο, εντάσσεται και η προδιαγεγραμμένη «μοίρα» του ΚΠΑ το οποίο αναλύσαμε λεπτομερώς στο δεύτερο κεφάλαιο. Ένα αναμφισβήτητο χρήσιμο εργαλείο που θα έδινε τον απαραίτητο οδικό χάρτη στην πολιτική ηγεσία και στις Διοικήσεις των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις χρόνιες παθογένειες του ΕΣΥ, με ομοιογένεια και με ταυτότητα στην προσπάθειά τους, με φορά στην εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Ποιότητας, στην εκπαίδευση και κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού, στην βελτίωση της ασφάλειας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, κ.ο.κ., με αποτέλεσμα ασύντακτες προσπάθειες, οι οποίες έχουν ως απόρροια ένα ΕΣΥ πολλαπλών ταχυτήτων, με πανσπερμία νομοθετημάτων και πρακτικών άσκησης της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Οι προσπάθειες μοιάζουν να είναι ανθρωποκεντρικές, προσωποπαγείς. Κινούνται σε ένα καθεστώς αυξημένης εντροπίας χωρίς σημείο ισορροπίας και χωρίς συνοχή. Το καθετί, κινείται γύρω από μεμονωμένα πρόσωπα και όχι μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο οργάνωσης, λειτουργίας ή και διαδικασιών. Έτσι, όταν αυτά τα πρόσωπα αλλάζουν ή μετακινούνται, εξαφανίζονται οι όποιες πρωτοβουλίες τους και τα θετικά αποτελέσματα των ενεργειών τους. Κάπως έτσι φαίνεται να λειτουργεί μέχρι τώρα η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση, χωρίς το συνεκτικό κρίκο της τόσο απαραίτητης συνέχειας στη Δημόσια Διοίκηση. Ασύντακτα, αποσπασματικά και εκτός πλαισίου. Συνεπώς, καθίσταται προφανής η ανάγκη για ένα νέο, ενιαίο και ομοιογενές πλαίσιο λειτουργίας του χώρου της υγείας, το οποίο θα υπερνικήσει τις δυνάμεις της αδράνειας, τις δυνάμεις των συντεχνιών και των συμφερόντων, θα πλαισιωθεί από την απαραίτητη πολιτική βούληση, η οποία θα προσδώσει συνοχή, δύναμη και προοπτική σε αυτό το δύσκολο εγχείρημα.

3.5.1 Κλινική Διακυβέρνηση στις Υπηρεσίες Υγείας

Με τον όρο Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ), περιγράφουμε το πλαίσιο μέσω του οποίου τα συστήματα υγείας είναι υπεύθυνα για τη διατήρηση και τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών τους, καθώς επίσης και για τη διασφάλιση υψηλών προτύπων περίθαλψης, δημιουργώντας ένα περιβάλλον, όπου η κλινική φροντίδα πρέπει να είναι άριστη», Scully and Donaldson, 1998. Στην πράξη, με τον όρο Κλινική Διακυβέρνηση, αναφερόμαστε στην υιοθέτηση μίας κουλτούρας ποιότητας στην παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα υγείας, μέσα από το πρίσμα της ποιότητας & της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, με σκοπό την παροχή των βέλτιστων υπηρεσιών υγείας, καθιστώντας τους επαγγελματίες υγείας υπεύθυνους για να αυξηθεί η κλινική αποτελεσματικότητα, η τήρηση & η εφαρμογή των απαραίτητων (απαιτούμενων) διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας όπως αυτή ορίζεται στα σύγχρονα ΣΔΠ, καθώς και της ασφάλειας αλλά και της ικανοποίησης των ληπτών των υπηρεσιών υγείας από την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα.

3.6 Βαρύτητα – Σημασία της Κλινικής Διακυβέρνησης

Οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας διατηρούν έως και σήμερα, ακόμη και στα προηγμένα Συστήματα Υγείας, πολλά από τα χαρακτηριστικά που παραπέμπουν σε παρωχημένα, εσωστρεφή μοντέλα, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στα σύγχρονα πρότυπα διοίκησης του 21ου αιώνα. Το ίδιο το Νομικό Πλαίσιο που διέπει την Κλινική Διακυβέρνηση στις Υπηρεσίες Υγείας, είναι αρκετά ευρύ, σχετικά ασαφές και διακρίνουμε μια πανσπερμία Νομοθετικών Ρυθμίσεων, βλ. Παράρτημα Δ. Σε πολλές περιπτώσεις, είναι εμφανής η έλλειψη τυποποιημένων μετρήσεων και ελέγχου, απουσιάζει ουσιαστικά η βάση της επιστημονικής παρατήρησης και εξέλιξης, η καταγραφή, η υιοθέτηση της οποίας θα είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διαδικασιών ασφάλειας και ποιότητας μέσα από την υιοθέτηση μιας αντίστοιχης κουλτούρας εντός του οργανισμού.

Ουσιαστικά, με την υιοθέτηση μιας νέας κουλτούρας και αντίληψης, καλούμαστε να ορίσουμε ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας, βασισμένο στην ποιότητα και την ασφάλεια. Ως Ποιότητα Υπηρεσιών στο χώρο της υγείας ορίζεται «το είδος φροντίδας που αναμένεται να ωφελήσει στο μέγιστο βαθμό, το καλώς έχειν του ασθενούς, δεδομένων όλων των επιπτώσεων, θετικών και αρνητικών, που απορρέουν από τη διαδικασία φροντίδας υγείας του σε ‘όλα τα στάδια της», Avedis Donabedian, 1980.

Η Κλινική Διακυβέρνηση αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο διαδικασιών βελτίωσης της ποιότητας, το οποίο μέσα από την εφαρμογή σύγχρονων ΣΔΠ, έχει μεταξύ άλλων, τους παρακάτω κύριους άξονες:

1. Τον κλινικό έλεγχο,

2. Τη βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας,
3. Την διαχείριση των κινδύνων,
4. Την διαχείριση της ροής και του όγκου της πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας, και την
5. Έρευνα και ανάπτυξη, την συνεχή εκπαίδευση, κατάρτιση & επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού, την θέσπιση υγειονομικών πρωτοκόλλων, καθώς και την ιατρική και νοσηλευτική τεκμηρίωση, κάτι που θα εξετάσουμε στη συνέχεια, μέσω της αναφορά μας στον ηλεκτρονικό ιατρονοσηλευτικό φάκελο, «Πανάκεια».

3.6.1 Κλινική Διακυβέρνηση & Covid – 19

Όπως προαναφέρθηκε, η ΚΔ αφορά στη λήψη και εφαρμογή συλλογικών αποφάσεων, οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για τις πολιτικές υγείας ενός υγειονομικού οργανισμού. Η υιοθέτηση της ΚΔ αποτελεί το κλειδί για την ηγεσία ενός συστήματος υγείας σε περιόδους έκτακτης ανάγκης, όπως αυτές που επέβαλε η Παγκόσμια Επείγουσα Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19, αποτρέποντας ουσιαστικά την κλιμάκωση και τις συνέπειες της κρίσης. Προς αυτήν την κατεύθυνση κινήθηκε και το ΓΝΧ, ακολουθώντας τα στάδια ανάπτυξης των μηχανισμών ΚΔ όπως αυτά παρουσιάζονται παρακάτω:

3.6.2 Στάδια Ανάπτυξης Μηχανισμών Κλινικής Διακυβέρνησης στα Σύγχρονα Συστήματα Υγείας

Συγκεκριμένα στο ΓΝΧ, ακολουθήθηκε η εξής μεθοδολογία.

Φάση 0

Έλλειψη τυποποιημένων μετρήσεων και ελέγχων. Αυτό είναι το στάδιο στο οποίο βρισκόταν το ΓΝΧ προ της Προδιαγνωστικής Μελέτης Αποτύπωσης της Υφιστάμενης Κατάστασης από τον ΟΔΠΥ ΑΕ. Απουσίαζε η νοοτροπία της μέτρησης και ελέγχου καθώς φυσικά και η έλεγχος και η μέτρηση στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Φάση 1

Ανάπτυξη και εγκαθίδρυση κουλτούρας και στρατηγικής όπου η ποιότητα και η ασφάλεια αποκτούν μεγαλύτερη σημασία και σταδιακά καθιερώνονται ως εσωτερικοί λειτουργικοί στόχοι. Αυτό είναι το στάδιο που ακολούθησε τα αποτελέσματα της Προδιαγνωστικής Μελέτης του ΟΔΠΥ ΑΕ. Διενεργήθηκαν αρκετές συναντήσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και όλων των τομέων, χειρουργικού, παθολογικού και εργαστηριακού. Δόθηκε το όραμα και οι στόχοι της Διοίκησης για τα νέα δεδομένα της ΚΔ και καταστρώθηκε οδικός χάρτης για την επίτευξή τους, με συγκεκριμένη στοχοθεσία,

χρονοπρογραμματισμό, ρόλους, καθήκοντα και αρμοδιότητες.

Φάση 2

Τα βασικά αποτελέσματα μετρούνται και αναφέρονται συστηματικά, όπου επικρατεί κλίμα μηδενικής ανοχής στο έλλειμμα εσωτερικών ελέγχων, με σαφή ευθύνη για τα αποτελέσματα. Αμέσως μετά τις συναντήσεις συντονισμού και ενημέρωσης, ακολούθησε το επόμενο στάδιο. Καθιερώθηκαν ημερήσιες μετρήσεις και έλεγχοι της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και καθιερώθηκε η ημερήσια αναφορά της νοσηλευτικής υπηρεσίας προς τη Διοίκηση από το σύνολο των Κλινικών, Μονάδων και Τμημάτων, σύμφωνα με την εγκύκλιο της Αναπληρώτριας Υπουργού υπ. αρ. Γ2αγ/οικ 14741/11-03-2022.

Φάση 3

Εδώ έχουμε πλέον σημαντική ενίσχυση της πρόληψης των αστοχιών και την διαρκή βελτίωση της περίθαλψης, καθώς διενεργούνται συναντήσεις μετά το συμβάν, με σκοπό την ανατροφοδότηση των εσωτερικών διαδικασιών ελέγχου και καταγραφής, όπως η τεχνική της Θερμής Απενημέρωσης – Hot Debrief που προαναφέρθηκε. Στόχος είναι να δημιουργηθεί η νοοτροπία της αλλαγής και της συνεχούς βελτίωσης εντός του ΓΝΧ, κάτι που αναμένεται να έχει ένα ιδιαίτερα θετικό αποτέλεσμα στην ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Η Διοίκηση του ΓΝΧ έχει πλέον έναν σταθερό προσανατολισμό στην Ποιότητα και προσπαθεί να εμφυσήσει την νοοτροπία αυτήν, την νέα κουλτούρα, διαπερνώντας κάθε στάδιο της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Είναι σαφές ότι αυτό απαιτεί βάθος χρόνου, συλλογική προσπάθεια, κοινούς στόχους και πάνω από όλα, επιμονή στη νέα νοοτροπία. Η Διοίκηση καλείται να διαδραματίσει έναν καθοριστικό ρόλο και να ολοκληρώσει επιτυχώς την υπέρβαση των παραδοσιακών και παρωχημένων οργανωτικών δομών. Η Διοίκηση πρέπει να υπερνικήσει την αδράνεια και τα αναχρονιστικά μοντέλα και να δώσει ένα σταθερό προσανατολισμό στη μέτρηση των παραμέτρων της ποιότητας και της ασφάλειας σε όλα τα επίπεδα του ΓΝΧ και να δράσει δημιουργικά πάνω στο λάθος, με σκοπό να ευαισθητοποιήσει και τελικώς, να το περιορίσει. Ουσιαστικά, η Διοίκηση οφείλει να αντιστρέψει το παραδοσιακό μοντέλο top down και να μεταβεί σε ένα πιο ανοιχτό, bottom up μοντέλο διοίκησης.

Για να επιτευχθεί αυτό, χρειάζεται η ανάπτυξη διαδικασιών, η ανάθεση ρόλων καθώς και ένας σαφής προσδιορισμός και διάκριση αρμοδιοτήτων με απώτερο σκοπό την ανάπτυξη υπευθυνότητας και λογοδοσίας εντός του Νοσοκομείου. Πρέπει να ενδυναμωθεί ο ρόλος του Υπεύθυνου – Συντονιστή Εφημερίας / Βάρδιας, όπως συμβαίνει στο ΤΕΠ για παράδειγμα. Πρέπει να καταστεί

σαφές ότι όλοι λογοδοτούν για τις ενέργειες καθώς και για τις επιδόσεις τους, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον ασθενή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την ανάπτυξη συγκεκριμένων τυποποιημένων διαδικασιών εποπτείας και ελέγχου όπως έχουμε προαναφέρει. Ο στόχος εδώ είναι η ουσιαστική αναδιοργάνωση και ο ανασχεδιασμός των διαδικασιών λειτουργίας με σκοπό να μειωθεί η πολυπλοκότητα του παρεχόμενου έργου και να διευκολυνθεί η επικοινωνία, οριζόντια και κάθετα, με σκοπό να αυξηθεί η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων τμημάτων και του προσωπικού του Νοσοκομείου. Στόχος είναι η αύξηση της ευελιξίας και της αποτελεσματικότητας με σκοπό τον περιορισμό του λάθους και την βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας.

Μαζί με τις εσωτερικές αναφορές και όλα τα συστήματα εσωτερικού ελέγχου και καταγραφής, πρέπει να γίνει σαφές ότι ο ασθενής θα κληθεί να διαδραματίσει έναν κεντρικό ρόλο, καθώς η ενεργός συμμετοχή του θα προσδώσει εγκυρότητα και αξιοπιστία στις μετρήσεις ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία και στην αποτίμησή της θα δώσει την απαραίτητη διαφάνεια και αξιοπιστία στο σύστημα και την πολυπόθητη συμμετοχή των πολιτών και των ειδικών ομάδων κοινού, στο ίδιο το Σύστημα Υγείας

3.7 ΟΔΠΥ ΑΕ – η Χρυσή Ευκαιρία

Η πανσπερμία νομοθετημάτων, αποσπασματικών και ασύνδετων μεταξύ τους, καθώς και η πληθώρα ανεπιτυχών εγχειρημάτων του παρελθόντος, για έναν φορέα καθολικής διαχείρισης και εφαρμογής των σύγχρονων Συστημάτων Διοίκησης Ποιότητας στον χώρο της Υγείας, έκανε επιτακτική τη δημιουργία ενός μοναδικού φορέα, αντικείμενο του οποίου θα ήταν η διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από το σύνολο των φορέων υγείας της χώρας μας. Ως απόρροια αυτής της ανάγκης, υλοποιήθηκε ένας μεγαλόπνοος και φιλόδοξος σχεδιασμός, ο οποίος έλαβε σάρκα και οστά με την δημιουργία του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία.

3.7.1 Θεσμικό πλαίσιο - Όραμα

Ο «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ» διέπεται από τους ν.4548/2018 (Α' 104) και 3429/2005 (Α' 314) και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Αποστολή του ΟΔΠΥ ΑΕ είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και η στενή συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς ώστε να προκύψει τεκμηριωμένος στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα της υγείας για την

αναδιοργάνωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας με στόχο την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, <https://odipy.gov.gr/organismos/odipy/> .

Ο ΟΔΙΠΥ ΑΕ έχει τέσσερεις άξονες δράσεων, και συγκεκριμένα:

- Τα Συγχρηματοδοτούμενα Έργα
- Δράσεις στα Νοσοκομεία της Χώρας
- Ερευνητικά Προγράμματα
- Συνέδρια

Ο δεύτερος άξονας, οι Δράσεις στα Νοσοκομεία της Χώρας, είναι εν προκειμένω ο άξονας που επηρεάζει άμεσα και έμμεσα την οργάνωση και λειτουργία του ΓΝΧ. Ειδικότερα, ο ΟΔΙΠΥ ΑΕ, αποστέλλει σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, κλιμάκιο εμπειρογνομόνων, διεθνώς διαπιστευμένων, προκειμένου να διενεργήσουν μια **προδιαγνωστική μελέτη και αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης**, ως προς την εφαρμογή βασικών αρχών διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα. Ειδικά για το ΓΝΧ, ο προδιαγνωστικός έλεγχος και η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης έλαβε χώρα στις 14 & 15 Μαρτίου 2022 από το κλιμάκιο των εμπειρογνομόνων του ΟΔΙΠΥ ΑΕ. Στο πλαίσιο αυτό, έγινε μια ενδελεχής αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης σε πολλά τμήματα, γραφεία, κλινικές και μονάδες τα οποία αξιολογήθηκαν με την μεθοδολογία, τα κριτήρια και τις κλίμακες των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας και των Διεθνών Προτύπων που εφαρμόζει ο ΟΔΙΠΥ ΑΕ και τα ευρήματα εστάλησαν με εμπιστευτικό πρωτόκολλο στη Διοίκηση του ΓΝΧ προκειμένου να προβεί στις απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες και βελτιώσεις.

3.7.2 Προδιαγνωστική Μελέτη Υφιστάμενης Κατάστασης

Η προδιαγνωστική μελέτη υφιστάμενης κατάστασης των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων φορέων του ΕΣΥ από τον ΟΔΙΠΥ ΑΕ ως προς την εφαρμογή βασικών αρχών διασφάλισης Ποιότητας και Ασφάλειας Ασθενών στην παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη, αποτελεί ένα βασικό μέρος του Σχεδίου Δράσης του Οργανισμού και του Υπουργείου Υγείας για τη Βελτίωση της παρεχόμενης Υγειονομικής Περίθαλψης. Η εν λόγω αποτύπωση υφιστάμενης κατάστασης (ή χαρτογράφηση – mapping) και αξιολόγηση της συμμόρφωσης των υπηρεσιών ως προς την εφαρμογή των ελάχιστων διαδικασιών/ μηχανισμών ασφάλειας ασθενών, διασφάλισης ποιότητας και αποτελεσματικότητας των λειτουργιών επιδιώκει τη συλλογή, με αντικειμενικό, αξιόπιστο, διαφανή και δομημένο τρόπο, όλων των δεδομένων της υφιστάμενης λειτουργίας των φορέων του ΕΣΥ που θα οδηγήσουν στην αποτύπωση και τεκμηρίωση των πραγματικών συνθηκών προκειμένου για την άμεση προτεραιοποίηση των απαιτούμενων διορθωτικών/ βελτιωτικών παρεμβάσεων, μέσα στο

δαιδαλώδες πλαίσιο των νομοθετικών πρωτοβουλιών που αφορούν την Ποιότητα στο χώρο της Υγείας, βλ. Παράρτημα Ε.

3.8 Εφαρμογή Σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας (ΣΔΠ) στο ΓΝΧ

Βάσει των ευρημάτων, το ΓΝΧ κινήθηκε άμεσα προς την εφαρμογή σύγχρονων ΣΔΠ, λαμβάνοντας υπόψιν τις ιδιαίτερες ανάγκες του Κλάδου της Υγείας, βλ. Παράρτημα ΣΤ. Η Διοίκηση του ΓΝΧ, κινήθηκε σε δυο άξονες: τον άξονα Γενικών Ενεργειών και τον άξονα Ειδικών Ενεργειών.

Άξονας Γενικών Ενεργειών – Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας

Είναι κοινώς αποδεκτό, ότι η εφαρμογή ενός Συστήματος Διασφάλισης της Ποιότητας συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργίας του οργανισμού μέσα από διάφορες παρεμβάσεις όπως:

- τον καθορισμό και την περιγραφή των διαδικασιών, πρωτοκόλλων, οδηγιών εργασίας σε όλο το φάσμα παροχής υπηρεσιών, ενώ παράλληλα προσδιορίζονται και αποτυπώνονται οι αρμοδιότητες των εργαζομένων σε κάθε θέση εργασίας
- τη βελτίωση της εσωτερικής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού της μονάδας αλλά και με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου
- την τεκμηρίωση των ενεργειών και τη δυνατότητα πρόσβασης σε παλιότερα δεδομένα μέσω της βελτίωσης της διαχείρισης των αρχείων με συνέπεια την βελτίωση της ιχνηλασιμότητας ενεργειών, υλικών και προσωπικού που σχετίζονται με την παρεχόμενη υπηρεσία
- τη διαθεσιμότητα των πραγματικών δεδομένων τα οποία διευκολύνουν και κάνουν αποτελεσματικότερη τη διοίκηση του νοσοκομείου
- τη θέσπιση στόχων οι οποίοι διαχέονται σε όλη την έκταση του οργανισμού εξασφαλίζοντας έτσι ότι όλοι εργάζονται προς την επίτευξη τους
- την εξασφάλιση και διαρκή διατήρηση της επάρκειας του προσωπικού για τα καθήκοντα που αναλαμβάνει, μέσα από πληθώρα δράσεων και κατά κύριο λόγο τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση.

Ειδικότερα για το ΓΝΧ, η αναγνώριση της αξίας του πελάτη, ο οποίος στην περίπτωση των νοσοκομείων έχει τη θέση του ασθενούς/εξεταζόμενου, και του αγαθού που διακυβεύεται και αφορά την ανθρώπινη υγεία, βοηθά στη συνειδητοποίηση της σημασίας και της κρισιμότητας να παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες αλλά και στην ευαισθητοποίηση όλου του εμπλεκόμενου προσωπικού για το σκοπό αυτό. Για τον λόγο αυτό, αμέσως μετά την υποχώρηση του πανδημικού κύματος του Αυγούστου του 2021, η Διοίκηση του ΓΝΧ έθεσε ως στρατηγικό στόχο την διαπίστευση Κλινικών, Μονάδων & Τμημάτων πρώτης γραμμής, με σκοπό να ελέγξει την εισροή –

είσοδο ασθενών στο Νοσοκομείο εφαρμόζοντας υψηλών προδιαγραφών ΣΔΠ, αρχής γενομένης από το ΤΕΠ του ΓΝΧ.

Πιο συγκεκριμένα:

3.8.1 Πιστοποιήσεις με Διεθνή Πρότυπα

Πρότυπο 9001:2015

Το πρότυπο ISO 9001:2015 είναι ένα μοντέλο ποιότητας το οποίο δύναται να εφαρμοστεί στην υπάρχουσα παραγωγική διαδικασία ενός οργανισμού – φορέα επιχείρησης, είτε αυτό αφορά στην παραγωγή προϊόντων είτε υπηρεσιών, σε ένα αρκετά ευρύ φάσμα επιχειρήσεων, είτε αυτές ανήκουν στην μεταποίηση, στην παροχή υπηρεσιών, στον τουριστικό κλάδο, στο ελεύθερο επάγγελμα κ.ο.κ. Το εν λόγω πρότυπο δύναται να βρει πρακτική εφαρμογή σχεδόν σε κάθε οικονομική δραστηριότητα, ανεξαρτήτως του μεγέθους της επιχείρησης, του αριθμού των εργαζομένων της, των προϊόντων ή υπηρεσιών που παράγει ή το αν ανήκει στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα. Έχει πρακτική εφαρμογή σε όλες τις επιχειρήσεις, όπως μεταποιητικές, τεχνικές, παροχής υπηρεσιών, τουριστικές, ελεύθερους επαγγελματίες κλπ.

Το ΤΕΠ αποτελεί την κύρια είσοδο ασθενών στο Νοσοκομείο. Ειδικά στην περίπτωση του ΓΝΧ, όπου εξυπηρετούνται κατά μέσο όρο, πάνω από 65.000 πολίτες, αντιλαμβανόμαστε την σημασία της εφαρμογής σύγχρονων ΣΔΠ. Αντίστοιχης σημασίας ήταν και η διαπίστευση των ΤΕΙ με ένα σύγχρονο και απαιτητικό ΣΔΠ. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι τα ΤΕΙ του ΓΝΧ εξυπηρετούν πάνω από 74.000 άτομα στα πρωινά ιατρεία και πάνω από 19.000 στα απογευματινά, καθίσταται ζωτικής σημασίας η εφαρμογή ΣΔΠ. Η πρώτη ομάδα πιστοποίησης, περιλάμβανε το ΤΕΠ, τα ΤΕΙ, την Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN), το Αιματολογικό Εργαστήριο καθώς και το Τμήμα Αιμοδοσίας. Σύμφωνα με την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης των εν λόγω Τμημάτων, επικρατούσε μια πανσπερμία ΣΔΠ, από διαφορετικούς οργανισμούς / συμβούλους με διαφορετική μεθοδολογία και προσέγγιση μεταξύ τους. Για τον λόγο αυτό, αποφασίστηκε η ενοποίηση των 5 παραπάνω Τμημάτων κάτω από ένα πρότυπο, το 9001:2015, θεωρώντας ότι αυτό αποτελεί βέλτιστη πρακτική καθώς εξασφάλισε στο ΓΝΧ, μεταξύ άλλων, τα παρακάτω οφέλη:

Αναφορικά με το πιστοποιητικό:

Ένα κοινό πιστοποιητικό για όλο το Νοσοκομείο, το πεδίο εφαρμογής του οποίου καλύπτει πλέον όλες τις πιστοποιημένες δραστηριότητες, με κοινό χρόνο επιτήρησης ή επαναπιστοποίησης, μειώνοντας δραστικά την απαιτούμενη διοικητική μέριμνα.

Αναφορικά με το ενοποιημένο ΣΔΠ:

Η εφαρμογή μιας κοινής δομής, ενός ΣΔΠ, κοινού για όλα τα πέντε Τμήματα του ΓΝΧ, αποτέλεσε ένα σπουδαίο εργαλείο:

- στη γενικότερη οργάνωσή τους μιας και οι διαχειριστικές διαδικασίες θα είναι σταθερές με κοινά έντυπα και φόρμες,
- στην υλοποίηση της καθημερινής τους λειτουργίας
- στην εξασφάλιση της παροχής υψηλού επιπέδου υπηρεσιών
- στην εφαρμογή μηχανισμών με οριζόντια εφαρμογή σε όλα τα τμήματα και επομένως στην περαιτέρω βελτίωσή τους αφενός αλλά και στην αφομοίωση των διαδικασιών σε όλο το προσωπικό που τυχόν μεταφέρεται μεταξύ των τμημάτων
- στην ευκολότερη παρακολούθηση και εποπτεία εφαρμογής των συστημάτων από το Γραφείο Ποιότητας
- στον οριζόντιο σχεδιασμό εκπαιδεύσεων προς το προσωπικό των εμπλεκόμενων τμημάτων

Επιπλέον στο συγκεκριμένο σύστημα θα ενσωματώνονται μελλοντικά και όλα τα νέα τμήματα του Νοσοκομείου που αναπτύσσουν Σύστημα Ποιότητας κατά ISO 9001.

Πρότυπο 15224:2017

Το Πρότυπο 15224:2017 αποτελεί ένα ειδικό πρότυπο ποιότητας για τον ευαίσθητο κλάδο της υγείας, το οποίο έχει στηριχτεί στη μήτρα του ISO 9001, με τις απαραίτητες προσαρμογές στις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις του κλάδου της υγείας. Το συγκεκριμένο πρότυπο είναι το απαραίτητο εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις Μονάδες Υγείας, καθώς δρα ως καταλύτης, προσδιορίζοντας και συνδέοντας επακριβώς και με σαφήνεια την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας με την έννοια της ποιότητας. Περιληπτικά, οι σημαντικότερες απαιτήσεις του Προτύπου 15224:2017, συνοψίζονται ως εξής:

- Η συστηματική ανάλυση του κινδύνου και η πρόβλεψη – λήψη των απαιτούμενων διορθωτικών ενεργειών σε όλο το φάσμα & εύρος της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας.
- Η ΚΔ, με την εφαρμογή ιατρικών και νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, η οποία διασφαλίζει την ποιότητα αλλά και την ασφάλεια των ασθενών από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας.
- Η λήψη μέτρων, θέσπιση στόχων και παρακολούθηση επιδόσεων σε 11 περιοχές όπως ορθότητα θεραπείας, διαθεσιμότητα, συνέχεια φροντίδας, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα κ.α.
- Η συστηματική καταγραφή, αντιμετώπιση και αξιολόγηση συμβάντων που επηρεάζουν άμεσα τον ασθενή: περιστατικά, ανεπιθύμητα συμβάντα, παρ' ολίγον συμβάντα.
- Η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού και η επιβεβαίωση των ικανοτήτων του.
- Η συνεχιζόμενη κατάρτιση & εκπαίδευση του προσωπικού.
- Η ιχνηλασιμότητα πράξεων, υλικών, προσώπων.

Με βάση τα παραπάνω κριτήρια εφαρμογής, για το πρότυπο 15224:2017 επιλέχθηκαν Μονάδες σχετικά περιχαρακωμένες με συγκεκριμένες προδιαγραφές λειτουργίας και σε σημαντικό βαθμό τυποποιημένη παροχή υπηρεσιών, και συγκεκριμένα για την Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής καθώς και για την Μονάδα Λιθοτριψίας.

Η **MENN** του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων η οποία λειτουργεί ως MENN επιπέδου II είναι στελεχωμένη για να έχει τη δυνατότητα νοσηλείας 7+1 νεογνών και κατά μέσο όρο την τελευταία τριετία νοσηλεύει περίπου 220 περιστατικά ετησίως.

Η **Μονάδα Εξωσωματικής Λιθοτριψίας** η οποία υπάγεται στην Ουρολογική Κλινική του ΓΝΧ, λειτουργεί από τις 15 Ιουνίου του 2020 και αποτελεί μία αναίμακτη, μη επεμβατική μέθοδο κατακερματισμού των λίθων του νεφρού, του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστεως, κατά την οποία, κρουστικά κύματα υψηλής ενέργειας διοχετεύονται στο ανθρώπινο σώμα και διασπούν τους λίθους σε μικρά σωματίδια τα οποία αποβάλλονται εν συνεχεία μέσω των ούρων, χωρίς την ανάγκη χειρουργείου ή αναισθησίας.

Η **Πυρηνική Ιατρική** είναι ένας κλάδος, κυρίως της ιατρικής απεικόνισης που χρησιμεύει στη διάγνωση και τον προσδιορισμό της σοβαρότητας ή/και τη στοχευμένη θεραπεία ποικίλων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων πολλών τύπων καρκίνων, καρδιακών παθήσεων, ενδοκρινικών, νευρολογικών διαταραχών και άλλων. Από την αρχή της λειτουργίας του τον Οκτώβριο του 2018 έως την 31^η Μαΐου 2022, είχε διενεργήσει πάνω από 4200 εξειδικευμένες, υψηλού επιπέδου εξετάσεις.

Και οι τρεις προαναφερθείσες Μονάδες πιστοποιήθηκαν επιτυχώς.

Πρότυπο 22000:2018

Το συγκεκριμένο Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας των Τροφίμων δίνει έμφαση στην υγιεινή των τροφίμων και σε όλα τα στάδια της παραγωγικής προετοιμασίας και διάθεσής τους ενώ είναι σχεδιασμένο, ώστε να ελέγχει τους κρίσιμους παράγοντες για την ασφάλεια των τροφίμων, στο σημείο προετοιμασίας, παραγωγής και διάθεσης αυτών και να προλαμβάνει πιθανούς κινδύνους για την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας.

Το Πρότυπο 22000:2018 αποτελεί πλεονέκτημα στρατηγικής σημασίας για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών του Τμήματος Κλινικής Διατροφής ΓΝΧ, λόγω της τεράστιας σημασίας της σίτισης στη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών, κάτι που επετεύχθη με την πιστοποίηση του Τμήματος τον Ιούνιο του 2022. Παράλληλα, στο πλαίσιο της συνεχούς επιμόρφωσης του προσωπικού του Τμήματος, πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση από την ΕΝΑ καθώς και σεμινάρια

«Υγιεινής & Ασφάλειας Τροφίμων», από πιστοποιημένη εκπαιδευτρια του Εθνικού Φορέα Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ).

3.9 Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών – International Patient Safety Standards (IPSG)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Ασφάλεια των Ασθενών δεν είναι μια ασαφής, αόριστη, μη μετρήσιμη έννοια. Αντιθέτως, είναι ένας επιστημονικός κλάδος με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και δείκτες μέτρησης, η μη εφαρμογή και τήρηση των οποίων έχει πολλές και πολλαπλές αρνητικές συνέπειες στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο σύγχρονο υγειονομικό σύστημα. Η Ασφάλεια των Ασθενών είναι ένα εξειδικευμένο επιστημονικό πεδίο, το οποίο προέκυψε ως απόρροια της διαρκώς μεταβαλλόμενης πολυπλοκότητας των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων, παράμετρος η οποία είχε με τη σειρά της ως αποτέλεσμα την αύξηση των ιατρονοσηλευτικών σφαλμάτων και βλαπτικών συνεπειών αυτών, που συμβαίνουν στις υγειονομικές εγκαταστάσεις και δομές. Η Ασφάλεια των Ασθενών ως πεδίο εφαρμογής στοχεύει στην αποτροπή και μείωση του ρίσκου, των σφαλμάτων και των ιατρονοσηλευτικών λαθών, τα οποία έχουν βλαπτικές συνέπειες στους ασθενείς κατά την παροχή της απαιτούμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Στον πυρήνα της Ασφάλειας των Ασθενών βρίσκεται η έννοια της διαρκούς βελτίωσης των δεικτών, πρακτική βασισμένη στην εκμάθηση από τα προγενέστερα λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα.

Ένα ώριμο υγειονομικό σύστημα λαμβάνει υπόψιν την αυξανόμενη πολυπλοκότητα στα υγειονομικά περιβάλλοντα που κάνουν τους ανθρώπους πιο επιρρεπείς σε λάθη. Για παράδειγμα, ένας ασθενής στο νοσοκομείο μπορεί να λάβει λάθος φαρμακευτική αγωγή λόγω σύγχυσης που οφείλεται σε παρόμοιες συσκευασίες φαρμάκων. Σ' αυτήν την περίπτωση, η συνταγή περνάει από διάφορα επίπεδα φροντίδας ξεκινώντας από τον ιατρό θαλάμου, έπειτα από το φαρμακείο για διανομή, και τέλος από την νοσηλεύτρια που θα χορηγήσει το λάθος φάρμακο στον ασθενή. Εάν υπήρχαν διαδικασίες προστασίας στα διάφορα επίπεδα, αυτό το λάθος θα μπορούσε γρήγορα να εντοπιστεί και να διορθωθεί. Σε αυτήν την περίπτωση, η έλλειψη προτύπων διαδικασιών για την αποθήκευση φαρμάκων που μοιάζουν μεταξύ τους, η κακή επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων παρόχων, η έλλειψη εξακρίβωσης του φαρμάκου πριν από τη χορήγηση του, και η έλλειψη συμμετοχής των ασθενών στη δική τους περίθαλψη είναι όλοι υποκείμενοι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην πρόκληση λαθών. Παραδοσιακά, ο μεμονωμένος πάροχος που έκανε ενεργά το λάθος (ενεργό λάθος) θα αναλάμβανε την ευθύνη για ένα τέτοιο περιστατικό και συνεπώς θα μπορούσε επίσης να

τιμωρηθεί. Δυστυχώς, αυτό θα γινόταν χωρίς να ληφθούν υπόψιν οι άνω περιγραφόμενοι παράγοντες του συστήματος που οδήγησαν στην εμφάνιση σφαλμάτων (λανθάνοντα λάθη). Όταν ευθυγραμμίζονται πολλά λανθάνοντα λάθη, το ενεργό λάθος φτάνει στον ασθενή.

3.9.1 Η επιβάρυνση της βλάβης

Κάθε χρόνο εκατομμύρια ασθενείς τραυματίζονται ή πεθαίνουν λόγω μη ασφαλούς και κακής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Πολλές ιατρικές πρακτικές και πολλοί κίνδυνοι που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη αναδεικνύονται ως μείζονες προκλήσεις για την ασφάλεια των ασθενών και συμβάλλουν σημαντικά στην επιβάρυνση της βλάβης λόγω μη ασφαλούς φροντίδας. Παρακάτω είναι μερικές από τις συνθήκες ασφάλειας των ασθενών που προκαλούν την μεγαλύτερη ανησυχία :

- Τα λάθη φαρμακευτικής αγωγής.
- Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.
- Οι μη ασφαλείς διαδικασίες χειρουργικής περίθαλψης.
- Οι μη ασφαλείς πρακτικές χορήγησης ενέσεων.
- Τα διαγνωστικά λάθη.
- Οι μη ασφαλείς πρακτικές μετάγγισης.
- Στα λάθη έκθεσης σε ακτινοβολία.
- Η σήψη.
- Η φλεβική θρομβοεμβολή (θρόμβοι αίματος).

Καθίσταται λοιπόν προφανές η ανάγκη υιοθέτησης και εφαρμογής, ενός πλαισίου αρχών και ενεργειών, το οποίο θα προσεγγίζει ολιστικά, συνολικά, κάθετα και οριζόντια, την Ασφάλεια των Ασθενών.

Οι Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μετά από αξιολόγηση του του Συστήματος του Διεθνούς Κέντρου Αναφοράς Ανεπιθύμητων Συμβάντων στα Νοσοκομεία – Critical Incident Reporting System (CIRS), έχει υιοθετήσει ένα φάσμα εξαιρετικά κρίσιμων θεμάτων κατά την υγειονομική φροντίδα, τα οποία ονομάζει Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών – International Patient Safety Goals – (IPSG). Όλες οι χώρες συγκεντρώνουν και αναφέρουν τα Κρίσιμα Συμβάντα – Critical Events στο CIRS, και τα ιεραρχούν ακολουθώντας το διεθνές σύστημα ταξινόμησης, σε περιστατικά που οδηγούν στο θάνατο ή σε μόνιμο/προσωρινό σοβαρό τραυματισμό (sentinel events), σε σοβαρά/σημαντικά περιστατικά (significant events), και σε μικρότερης σημασίας, «παρ'ολίγο» περιστατικά (near miss events) που δεν έχουν επίπτωση στον ασθενή αλλά θα

μπορούσαν να έχουν αν δεν είχαν αποτραπεί ή προβλεφθεί. Μέσα από αυτήν την αυστηρά τυποποιημένη, διεθνή διαδικασία προκύπτουν τα IPSG και σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αν ένα νοσοκομείο πληροί αυτούς τους Στόχους, τα IPSG, τότε μειώνει δραστικά και αποτελεσματικά τα λάθη του.

Οι Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών (IPSG), αποτελούν μια χρήσιμη εργαλειοθήκη η οποία βοηθά τους διαπιστευμένους οργανισμούς να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένους τομείς ανησυχίας σε μερικούς από τους πιο προβληματικούς τομείς της Ασφάλειας των Ασθενών, <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>. Ο

Οργανισμός Joint Commission International (JCI) είναι ένας ανεξάρτητος, μη κερδοσκοπικός οργανισμός, ο οποίος πιστοποιεί και διαπιστεύει οργανισμούς υγείας και προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλον τον κόσμο, εντοπίζοντας, καταγράφοντας και μετρώντας καλές πρακτικές στην ποιότητα και την Ασφάλεια των Ασθενών, τις οποίες ενσωματώνει σε αυστηρά Διεθνή Πρότυπα, μέσα από μια πρακτική προσέγγιση και ασθενοκεντρικές λύσεις. Τα πρότυπα JCI θέτουν σαφείς προσδοκίες για τους οργανισμούς, οι οποίες είναι λογικές, εφικτές και μετρήσιμες. Τα πρότυπα αναπτύσσονται και οργανώνονται γύρω από σημαντικές λειτουργίες κοινές σε όλους τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ωθώντας τους Υγειονομικούς Οργανισμούς ανά τον κόσμο στην συλλογή δεδομένων και στοιχείων, ως μέρος του συστήματος βελτίωσης της ποιότητας τους. Μια σύνοψη – σχηματική αναπαράστασή των Διεθνών Στόχων για την Ασφάλεια των Ασθενών, ακολουθεί στο Σχήμα 3.1: Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>.

Διεθνείς Στόχοι Για Την Ασφάλεια Των Ασθενών



Ειδικά για το ΓΝΧ

Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων και η Εφαρμογή των Διεθνών Στόχων Ασφάλειας των Ασθενών (IPSG)

Για να εξασφαλιστεί η επιτυχής εφαρμογή των στρατηγικών για την Ασφάλεια των Ασθενών, χρειάζονται σαφείς πολιτικές, ηγετική ικανότητα, δεδομένα προς τη βελτίωση της ασφάλειας, εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας και αποτελεσματική συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα και περίθαλψή τους. Το ΓΝΧ δεν θα μπορούσε να αγνοήσει αυτές τις εξελίξεις, καθώς η δέσμευση της Διοίκησης για παροχή υψηλού επιπέδου ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών με ποιότητα και ασφάλεια

είναι απόλυτη. Στόχος του ΓΝΧ είναι η βελτίωση της Ποιότητας και της Ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζοντας ότι οι πρακτικές του στοχεύουν στην βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του, με βάση τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα, μέσα από:

- την εφαρμογή υψηλών προτύπων ποιότητας και σύγχρονων ΣΔΠ,
- την εφαρμογή διεθνώς πιστοποιημένων διαδικασιών όπως είναι τα IPSG, και
- την θέσπιση αυστηρών υγειονομικών πρωτοκόλλων και διαδικασιών νοσηλευτικής τεκμηρίωσης, με σκοπό την διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Προς αυτήν την κατεύθυνση δόθηκε άμεση προτεραιότητα στο Νοσηλευτικό Τομέα, και την συμμόρφωση με τις παρατηρήσεις που περιέχονται στο υπ' αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ σε συνέχεια της Προδιαγνωστικής Μελέτης Αποτύπωσης που ακολούθησε την επίσκεψη του κλιμακίου των διεθνών εμπειρογνομόνων του Οργανισμού, καθώς και της Εγκυκλίου υπ' αριθμ. Γ2αγ/οικ 14736/11-03-2022 & της αντίστοιχης Εγκυκλίου Γ2αγ/οικ 14741/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας όπως αυτές εστάλησαν από την Αναπληρώτρια Υπουργό Υγείας, οι οποίες εισάγουν την φιλοσοφία των Διεθνών Στόχων Ασφάλειας των Ασθενών, γνωστών ως IPSG.

3.9.2 Πρώτος Στόχος: Ταυτοποιήστε τον Ασθενή σας Σωστά

{Εγκύκλιος Γ2α, γ /οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Γιατί είναι σημαντικό;

Η ασφαλής και αποτελεσματική φροντίδα ξεκινάει από την ορθή ταυτοποίηση, <https://odipy.gov.gr/deiktes-asfaleias-kai-apotelesmatikotitas/>. Η εσφαλμένη ή ελλιπής ταυτοποίηση είναι παγκοσμίως η κύρια αιτία λαθών, όπως πχ. κατά τη χορήγηση φαρμάκων, τη μετάγγιση αίματος, τη διενέργεια εξετάσεων και χειρουργικών επεμβάσεων, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>. Ο σκοπός του στόχου είναι διττός : αφενός να ταυτοποιηθεί αξιόπιστα το άτομο ως το πρόσωπο για το οποίο προορίζεται η υπηρεσία ή η θεραπεία, και αφετέρου να ταυτοποιηθεί η υπηρεσία ή η θεραπεία που θα προσφερθεί στον ασθενή (πχ. σωστό φάρμακο στο σωστό ασθενή, σήμανση δειγμάτων κ.α.).

Διεθνώς έχει βρεθεί μεθοδολογία υλοποίησης ορθής ταυτοποίησης των ασθενών, ακόμα και στις περιπτώσεις ξεσπάσματος πανδημίας, σεισμού κλπ., δηλ. σε καταστάσεις μαζικών απωλειών, προκειμένου να είναι ασφαλείς οι ασθενείς που προσέρχονται σε νοσοκομεία. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο, έχει καθιερωθεί υποχρεωτικά η ταυτοποίηση, για ασθενείς με παρακείμενη παραμονή στους χώρους του νοσοκομείου για διάστημα μεγαλύτερο των 2 ωρών.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός:

- Σε κάθε χρήστη υπηρεσιών υγείας τοποθετείται βραχιόλι ταυτοποίησης με την εισαγωγή του στη Μονάδα Υγείας. Στο βραχιόλι ταυτοποίησης αναγράφεται: Όνομα ασθενή, Πατρώνυμο, Επώνυμο, Αριθμό Μητρώου, Ημερομηνία Γέννησης.
- Η Ταυτοποίηση πραγματοποιείται με την χρήση δυο στοιχείων ταυτοποίησης: (ονοματεπώνυμο ασθενή και όνομα πατρός). Δεν χρησιμοποιείται ως στοιχείο ταυτοποίησης το δωμάτιο νοσηλείας, ο αριθμός κλίνης ή το τμήμα/κλινική νοσηλείας.
- Διενεργείται ταυτοποίηση πριν από οποιαδήποτε πράξη ή επαφή με τον χρήστη υπηρεσιών υγείας.
- Τοποθετούνται δυο (2) βραχιόλια ταυτοποίησης (χέρι και πόδι) στο νεογνό, παρουσία της μητέρας του. Στο βραχιόλι ταυτοποίησης αναγράφεται: Επίθετο νεογνού, Φύλο, Ονοματεπώνυμο Μητέρας, Ημερομηνία, Ώρα γέννησης και ο Αριθμός Μητρώου Μητέρας.
- Τοποθετείται βραχιόλι ταυτοποίησης ως: “Άγνωστος 1”, την Ημερομηνία Προσέλευσης και τον Αριθμό Μητρώου σε ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο μετά από βαρύ τραυματισμό, χωρίς επικοινωνία με το περιβάλλον, συγχυτικοί ή χωρίς συνοδούς.
- Τοποθετείται βραχιόλι ταυτοποίησης στον αστράγαλο σε περίπτωση που η κατάσταση του ασθενή δεν επιτρέπει την ενδεδειγμένη τοποθέτηση του βραχιολιού ταυτοποίησης στον καρπό. Εάν είναι πρακτικά αδύνατη η τοποθέτηση του βραχιολιού ταυτοποίησης στα ενδεδειγμένα σημεία του σώματος, τοποθετείται το βραχιόλι ταυτοποίησης στο κεφάλари ή στα κάγκελα του κρεβατιού. Αφαιρείται το βραχιόλι ταυτοποίησης από τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας ως τελευταία διαδικασία του εξιτηρίου. Στα νεογνά που φέρουν δυο (2) βραχιόλια ταυτοποίησης αφαιρείται το ένα (1) και δίνεται οδηγία στους γονείς να αφαιρέσουν το δεύτερο βραχιόλι κατά την άφιξη τους στο σπίτι.
- Να καθιερωθεί συστηματικός έλεγχος αν οι ασθενείς φέρουν Βραχιόλι Ταυτοποίησης (B.T) σύμφωνα με αρ. πρωτ. Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας.

Βαθμός Συμμόρφωσης (3^ο τρίμηνο του 2022, 30/9/2022) του ΓΝΧ ως προς την Εφαρμογή του Πρώτου Στόχου: Ταυτοποιήστε τον Ασθενή σας Σωστά

{ Κατ’ εφαρμογή της Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 Εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με την Εγκύκλιο Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας, με το υπ’ αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ και στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου, αναπτύχθηκαν διαδικασίες ώστε το ΓΝΧ να

πληροί τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών και συγκεκριμένα για τον Πρώτο Στόχο, ως εξής:

- Σε όλες τις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα, οι ασθενείς φέρουν Βραχιόλι Ταυτοποίησης με την εισαγωγή τους.
- Στο Βραχιόλι Ταυτοποίησης αναγράφεται: το όνομα τους ασθενούς, το πατρώνυμο του, ο αριθμός μητρώου του και η ημερομηνία γέννησής του. Στα νεογνά τοποθετούνται δύο Βραχιόλια Ταυτοποίησης (χέρι & πόδι), παρουσία της μητέρας τους. Στο Βραχιόλι Ταυτοποίησης αναγράφεται: το επίθετο του νεογνού, το φύλο, το ονοματεπώνυμο της μητέρας, η ημερομηνία και η ώρα γέννησης του νεογνού και ο αριθμός μητρώου της μητέρας.
- Σε ασθενείς, η κατάσταση των οποίων δεν επιτρέπει την ενδεδειγμένη τοποθέτηση του Βραχιολιού Ταυτοποίησης στον καρπό, τοποθετείται Βραχιόλι Ταυτοποίησης στον αστράγαλο. Ένα είναι πρακτικά αδύνατη η τοποθέτηση του Βραχιολιού Ταυτοποίησης στα ενδεδειγμένα σημεία του σώματος, το Βραχιόλι Ταυτοποίησης τοποθετείται στην κεφαλή ή στα κάγκελα της κλίνης.

Βαθμός Συμμόρφωσης του ΓΝΧ: το ΓΝΧ δείχνει Συμμόρφωση ως προς τον Πρώτο Στόχο, «Ορθή Ταυτοποίηση Ασθενούς», καθώς υπάρχουν συγκεκριμένες, σχετικές αρμοδιότητες, το υγειονομικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο σε αυτές τις διαδικασίες και τις πολιτικές και επίσης, έχουν αναπτυχθεί οι διαδικασίες, για τον έλεγχο και την τεκμηρίωση της διαδικασιών. Η μέτρηση της συμμόρφωσης του ΓΝΧ ως προς τον Πρώτο Στόχο, γίνεται με το «Έντυπο Συλλογής Δεδομένων για την Ορθή Ταυτοποίηση των Ασθενών», σε μηνιαία βάση, με φυσική αυτοψία σε ασθενείς. Τα δειγματοληπτικά στοιχεία λαμβάνονται στο σύνολο του δείγματος από διαφορετικές Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα και από διαφορετικούς υπεύθυνους συλλογής δεδομένων από την Διεύθυνση Τομέα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, με σκοπό να θωρακιστεί θεσμικά και με αδιάβλητο τρόπο η διαδικασία ελέγχου και συμμόρφωσης. Ως εκ τούτου, ικανοποιείται το κριτήριο εφαρμογής & συμμόρφωσης.

3.9.3 Δεύτερος Στόχος: Εξασφαλίστε την Ασφαλή & Αποτελεσματική Επικοινωνία

{Εγκύκλιος Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Γιατί είναι σημαντικό;

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μειώνει την πιθανότητα λαθών και συμβάλλει στην ενίσχυση της ασφαλούς παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Προφορικές ή τηλεφωνικές οδηγίες, η παραλαβή – παράδοση ασθενών, η παραλαβή – παράδοση τμήματος ή η αναφορά κρίσιμων εργαστηριακών αποτελεσμάτων που αφορούν τον ασθενή έχουν

αποτελέσει διεθνώς συμβάντα με σημαντικές βλάβες στους ασθενείς. Η Ασφαλής & Αποτελεσματική Επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του επαγγελματία υγείας, είναι επιτακτική. Άλλωστε για αυτόν ακριβώς το λόγο, σε προηγμένα Συστήματα Υγείας, έχει προβλεφθεί λίστα με μεταφραστές ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες επικοινωνίας ξενόγλωσσων ασθενών, όπως και λίστα με άτομα διαφορετικών θρησκευτικών δογμάτων και, προκειμένου να εξασφαλιστεί αυτή η ασφαλής και αποτελεσματική επικοινωνία, δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευόμενο ασθενή να αρνηθεί τη συνεργασία με συγκεκριμένο λειτουργό υγείας, γιατρό, νοσηλεύτη, φυσικοθεραπευτή κ.ο.κ.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός:

- Η διαδικασία παράδοσης και παραλαβής των ασθενών γίνεται μόνο με φυσική παράδοση και γραπτή τεκμηρίωση. Η μεταβίβαση των κλινικών πληροφοριών του ασθενούς, όπως η διάγνωση, η παρούσα κατάσταση, το κλινικό υπόβαθρο, η τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, η θεραπεία καθώς και συστάσεις με θέματα που πρέπει να επισημανθούν το επόμενο διάστημα, μεταβιβάζονται με αποτελεσματική επικοινωνία, η οποία είναι έγκαιρη, ακριβής, πλήρης, ξεκάθαρη και κατανοητή από τον αποδέκτη, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>.
- Δεν εκτελούνται προφορικές ιατρικές οδηγίες για την χορήγηση φαρμάκων παρά μόνο σε επείγουσες καταστάσεις που απειλείται η ανθρώπινη ζωή (π.χ. καρδιακή ανακοπή) ή εάν ο εντολών βρίσκεται σε αποστειωμένη ζώνη. Μετά το πέρας της κρίσης ο ιατρός τεκμηριώνει την οδηγία στον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο «Πανάκεια» και συγκεκριμένα στο «Έντυπο ΚΩΔ. Μ001: Ιατρικές Οδηγίες» και σε τμήματα που δεν έχει εγκατασταθεί η εφαρμογή «Πανάκεια», στον Ατομικό Φάκελο Ασθενή, σύμφωνα με τις Εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας Γ2α,γ/οικ.14736 & Γ2α,γ/οικ.14741 της 11-03-2022.
- Γίνεται λήψη τηλεφωνικών οδηγιών για την χορήγηση φαρμάκων μόνο σε έκτακτες ανάγκες όπου ο ιατρός δεν παρίσταται με φυσική παρουσία και υπάρχει επείγουσα ανάγκη παρέμβασης (π.χ. οξύς πόνος, κολικός, έμετος κ.α.). Λαμβάνονται οι τηλεφωνικές οδηγίες με παρουσία συναδέλφου νοσηλεύτη σε ανοιχτή ακρόαση της τηλεφωνικής γραμμής αν υπάρχει δυνατότητα και επαναλαμβάνεται η τηλεφωνική οδηγία που λήφθηκε (read back) στον εντελών. Ακολουθεί υποχρεωτική καταχώρηση της τηλεφωνικής οδηγίας εντός 24 ωρών μέσω του προγράμματος «Πανάκεια» από το θεράποντα ιατρό. Στα τμήματα στα οποία δεν έχει εγκατασταθεί η εφαρμογή «Πανάκεια», ο θεράπων ιατρός οφείλει να καταχωρήσει, υπογράψει και σφραγίσει την δοθείσα τηλεφωνική οδηγία εντός 24 ωρών.
- Χρήση μόνο επιστημονικά τεκμηριωμένων εργαλείων για την παράδοση και παραλαβή των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Βαθμός Συμμόρφωσης (3^ο τρίμηνο του 2022, 30/9/2022) του ΓΝΧ ως προς την Εφαρμογή του Δεύτερου Στόχου: Εξασφαλίστε την Ασφαλή & Αποτελεσματική Επικοινωνία

{Κατ' εφαρμογή της Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 Εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με την Εγκύκλιο Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας, με το υπ' αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ και στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου, αναπτύχθηκαν διαδικασίες ώστε το ΓΝΧ να πληροί τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών και συγκεκριμένα για τον Δεύτερο Στόχο, ως εξής:

- Όπως είδαμε στην ενότητα Ψηφιακός Μετασχηματισμός προηγουμένως, το ΓΝΧ πρωτοπορεί στην υιοθέτηση και ενσωμάτωση του ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου «Πανάκεια». Σχεδόν σε όλες τις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα, πλην της Ψυχιατρικής Κλινικής και του ΤΕΠ, έχει εγκατασταθεί ο ηλεκτρονικός ιατρονοσηλευτικός φάκελος ασθενούς «Πανάκεια». Όλες οι οδηγίες & εντολές καταγράφονται στο ηλεκτρονικό σύστημα με αποτέλεσμα να μην εκτελούνται προφορικές ιατρικές οδηγίες.
- Η μεταβίβαση των κλινικών πληροφοριών του ασθενούς όπως η διάγνωση, η παρούσα κατάσταση, το κλινικό υπόβαθρο, η τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, η θεραπεία καθώς και συστάσεις με θέματα που πρέπει να επισημανθούν το επόμενο διάστημα, μεταβιβάζονται με αποτελεσματικό και ασφαλή τρόπο, μέσω του ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενούς «Πανάκεια», και ως εκ τούτου, η διαδικασία είναι έγκαιρη, ακριβής, πλήρης, ξεκάθαρη και κατανοητή, μειώνοντας την πιθανότητα λαθών και συμβάλλοντας στην ενίσχυση της ασφάλειας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Βαθμός Συμμόρφωσης του ΓΝΧ: το ΓΝΧ δείχνει Συμμόρφωση ως προς τον Δεύτερο Στόχο, «Εξασφαλίστε την Ασφαλή & Αποτελεσματική Επικοινωνία», καθώς υπάρχουν συγκεκριμένες, προδιαγεγραμμένες διαδικασίες, το υγειονομικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο σε αυτές τις – ηλεκτρονικές κυρίως – διαδικασίες και μέσω του ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενούς έχουν αναπτυχθεί οι διαδικασίες, για τον έλεγχο και την τεκμηρίωση της διαδικασιών. Ως εκ τούτου, ικανοποιείται το κριτήριο εφαρμογής & συμμόρφωσης.

3.9.4 Τρίτος Στόχος: Εξασφαλίστε την Ασφαλή Χορήγηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου
{Εγκύκλιος Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Γιατί είναι σημαντικό;

Τα Φάρμακα Υψηλού Κινδύνου είναι η κατηγορία των φαρμάκων που η χορήγηση τους, ακόμα και στις σωστές δόσεις, ενέχει σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης. Παρότι τα λάθη που σχετίζονται με τα φάρμακα υψηλού κινδύνου (**HAM** – High Alert Medication) είναι σπανιότερα, οι συνέπειες του λάθους είναι ξεκάθαρα πιο επιβλαβείς για τον ασθενή, όπως παραδείγματος χάριν με τα ακόλουθα φάρμακα που διεθνώς εμπλέκονται σε υψηλό ποσοστό σφαλμάτων: η ινσουλίνη, η ηπαρίνη, οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>, κ.ο.κ.

Εκτός όμως από τα φάρμακα υψηλού κινδύνου, μια ακόμα κατηγορία που επίσης απασχολεί λόγω του αυξημένου κινδύνου φαρμακευτικών λαθών είναι τα φάρμακα **LASA** (Look Alike / Sound Alike). Στην κατηγορία αυτή βρίσκουμε φάρμακα των οποίων η ονομασία, η συσκευασία και η επισήμανση μοιάζουν μεταξύ τους (Look Alike) ή / και ακούγονται το ίδιο (Sound Alike), φάρμακα δηλαδή, των οποίων η ονομασία, η συσκευασία και η επισήμανση μοιάζουν μεταξύ τους ή / και ακούγονται το ίδιο, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>, όπως πχ. Xanax και Zantac.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός:

- Πρέπει να δημιουργηθεί Λίστα Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου (HAM) στο ΓΝΧ με θέσπιση τακτικής αναθεώρησης στο πρώτο τρίμηνο κάθε έτους ή όποτε κρίνεται αναγκαίο.
- Η συνταγογράφηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου να γίνεται από τους ιατρούς με αυστηρή τεκμηρίωση: στην δόση, την συχνότητα, την οδό και την ακριβή ροή. Στην συνταγογράφηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συντομογραφίες.
- Τα Φάρμακα Υψηλού Κινδύνου των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων, πρέπει να τοποθετούνται σε ξεχωριστό ερμάριο στο φαρμακείο του τμήματος το οποίο κλειδώνει και επικολλάται ειδική σήμανση με ένδειξη και σύσταση διπλού ελέγχου πριν την χορήγηση – High Alert, Double Check.
- Η χορήγηση των διαλυμάτων πυκνών ηλεκτρολυτών να γίνεται μόνο μέσω αντλιών ελεγχόμενης ροής και να γίνεται ταυτόχρονα παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή.
- Να γίνει σωστή οργάνωση των τροχήλατων νοσηλείας και απομάκρυνση των διαλυμάτων πυκνών ηλεκτρολυτών ή Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου από αυτά.
- Να τεκμηριώνεται η αυξημένη παρακολούθηση του ασθενή κατά την χορήγηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου.

Βαθμός Συμμόρφωσης (3^ο τρίμηνο του 2022, 30/9/2022) του ΓΝΧ ως προς την Εφαρμογή του Τρίτου Στόχου: Εξασφαλίστε την Ασφαλή Χορήγηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου

{ Κατ' εφαρμογή της Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 Εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με την Εγκύκλιο Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας, με το υπ' αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ και στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου, αναπτύχθηκαν διαδικασίες ώστε το ΓΝΧ να πληροί τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών και συγκεκριμένα για τον Τρίτο Στόχο, ως εξής:

- Βάσει των παρατηρήσεων από την μεικτή επιτροπή (ΕΝΛ & Τμήμα Ποιότητας) των εσωτερικών επιθεωρήσεων των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων, και βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, έχει γίνει ο διαχωρισμός των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου σχεδόν στο σύνολο των Νοσηλευτικών Τμημάτων των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων του ΓΝΧ.
- Παρατηρείται μια μικρή υστέρηση στην ασφαλή αποθήκευση καθώς εκκρεμεί η προμήθεια του σχετικού εξοπλισμού των νοσηλευτικών τμημάτων, όπως αυτός έχει καταγραφεί από το μεικτό κλιμάκιο – ΕΝΛ, Τεχνική Υπηρεσία & Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας, καθώς δεν ήταν εφικτό να πραγματοποιηθεί η προμήθεια λόγω του υψηλού κόστους, >150.000 στο τέλος του οικονομικού έτους του 2022, διάστημα κατά το οποίο ήρθε το οικονομικό αίτημα. Ωστόσο η δαπάνη εγκρίθηκε και θα υλοποιηθεί σταδιακά καθώς ήδη εγκρίθηκε σε μια από τις πρώτες συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝΧ το 2023.
- Εκκρεμεί η σύσταση Ειδικής Επιτροπής για τα Φάρμακα Υψηλού Κινδύνου από τον Διοικητή.

Βαθμός Συμμόρφωσης του ΓΝΧ: το ΓΝΧ δείχνει μερική Συμμόρφωση ως προς τον Τρίτο Στόχο, «Εξασφαλίστε την Ασφαλή Χορήγηση των Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου», καθώς αν και έχουν υλοποιηθεί οι παρατηρήσεις και οι προτάσεις βελτίωσης του ΟΔΙΠΥ, εκκρεμεί η προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού όπως αυτή έχει προταθεί από την μεικτή επιτροπή προκειμένου να εξοπλιστούν πλήρως όλα τα νοσηλευτικά τμήματα και ο ορισμός της επιτροπής Φαρμάκων Υψηλού Κινδύνου. Το σημαντικό είναι ότι έχουν καθιερωθεί διαδικασίες για να αυξηθεί η ασφάλεια αναφορικά με τα φαρμακευτικά σκευάσματα, το υγειονομικό και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πλέον εκπαιδευμένο στις νέες διαδικασίες και υψηλής ασφάλειας προδιαγραφές λειτουργίας

και υπάρχει τεκμηρίωση για τον έλεγχο και την διασφάλιση του εν λόγω Στόχου Ασφαλείας. Ως εκ τούτου, ικανοποιείται μερικώς το κριτήριο εφαρμογής & συμμόρφωσης.

3.9.5 Τέταρτος Στόχος: Διασφαλίστε τη Σωστή Θέση, τη Σωστή Επεμβατική Διαδικασία, στο Σωστό Ασθενή

{Εγκύκλιος Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Γιατί είναι σημαντικό;

Όλες οι παρεμβατικές πράξεις που σχετίζονται με την ανθρώπινη ζωή χρήζουν ασφαλούς και διπλά ελεγχόμενης διαδικασίας. Αυτό οδήγησε τον ΠΟΥ στη θεσμοθέτηση λίστας ελέγχου ασφαλούς χειρουργικής πράξης, προκειμένου να μειωθούν τα καταστροφικά αποτελέσματα ενός τέτοιου συμβάντος, όπως είναι η διασφάλιση του σωστού σημείου, της σωστής επέμβασης στο σωστό ασθενή. Η χειρουργική επέμβαση σε λάθος σημείο, με λάθος πράξη σε λάθος ασθενή είναι ένα ανησυχητικά συχνό φαινόμενο στα νοσοκομεία. Παράγοντες που συμβάλλουν σε τέτοια λάθη είναι η ελλιπής επικοινωνία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας, η έλλειψη διαδικασιών για την επαλήθευση των στοιχείων της επέμβασης, η ανεπαρκής εκτίμηση του ασθενούς και η ανεπαρκής ανασκόπηση του ιατρικού ιστορικού, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>.

Σημαντική παράμετρος στην εξασφάλιση αυτού του στόχου είναι η ενυπόγραφη συναίνεση του ασθενούς για κάθε παρεμβατική (συμπεριλαμβάνει και την χειρουργική) πράξη. Διεθνώς δεν εισάγεται ασθενής χωρίς συναίνεση ασθενών. Η συναίνεση πρέπει να είναι ξεχωριστή για κάθε παρεμβατική πράξη που λαμβάνει χώρα στον άρρωστο ή για κάθε δραστηριότητα που είναι δραστηριότητα υψηλού κινδύνου (βλ. μετάγγιση). Σε όλες τις προηγμένες χώρες, ο ασθενής με την εισαγωγή του, πρέπει να συναινέσει. Επίσης, αναλυτική πολιτική διέπει όλα τα σύγχρονα νοσοκομεία για αρρώστους που έχουν μειωμένο βαθμό επικοινωνίας. Φυσικά, δεν αποτελούν εξαίρεση ούτε τα περιστατικά που χρήζουν άμεσης διάσωσης (life-saving), όπου ο τραυματίας/ασθενής είναι αναίσθητος/λιπόθυμος (πχ. τροχαίο: το θύμα δεν έχει τις αισθήσεις του και είναι σε επαπειλούμενη για τη ζωή του κατάσταση). Η διεθνής – καλή – πρακτική, απαιτεί τον ορισμό τριών (3) συμβούλων, (consultants), συνήθως έναν νευροχειρουργό, και δυο ακόμα από αλλότριες ειδικότητες, προκειμένου να γνωμοδοτήσουν και να εγκρίνουν την παρεμβατική – χειρουργική – ιατρική πράξη.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός:

- Όλες οι παρεμβατικές ιατρικές πράξεις, συμπεριλαμβανομένων και των χειρουργικών, που σχετίζονται με την ανθρώπινη ζωή χρήζουν ασφαλούς και διπλά ελεγχόμενης διαδικασίας ταυτοποίησης ασθενούς. Ως εκ τούτου, απαιτείται η εξασφάλιση ενυπόγραφης συναίνεσης

από τον ασθενή ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του για την διενέργεια της παρεμβατικής – χειρουργικής – πράξης και τη χορήγηση αναισθησίας από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας.

- Πρέπει να υιοθετηθεί η λίστα του ΠΟΥ πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση (ανεξαρτήτως βαρύτητας).

Βαθμός Συμμόρφωσης (3^ο τρίμηνο του 2022, 30/9/2022) του ΓΝΧ ως προς την Εφαρμογή του Τέταρτου Στόχου: Διασφαλίστε τη Σωστή Θέση, τη Σωστή Επεμβατική Διαδικασία, στο Σωστό Ασθενή

{Κατ’ εφαρμογή της Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 Εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με την Εγκύκλιο Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας, με το υπ’ αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ και στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου, αναπτύχθηκαν διαδικασίες ώστε το ΓΝΧ να πληροί τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών και συγκεκριμένα για τον Τέταρτο Στόχο, ως εξής:

- Πέρα από την καταλυτική συμβολή του ηλεκτρονικού ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενούς «Πανάκεια» στην βελτίωση της κάθετης και οριζόντιας επικοινωνίας στο ΓΝΧ, είναι πλέον σε πλήρη εφαρμογή ο Νέος Κανονισμός των Χειρουργείων, ο οποίος εκπονήθηκε από την Επιτροπή Χειρουργείων, την Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας και την ΕΝΛ το καλοκαίρι του 2021. Ο Νέος Κανονισμός των Χειρουργείων δημιουργεί ασφαλιστικής δικλείδες στην διατμηματική επικοινωνία και λειτουργία των Χειρουργείων, έναν ιδιαίτερα κρίσιμο και ευαίσθητο τομέα του ΓΝΧ, καθώς όπως έχουμε προαναφέρει, ο Χειρουργικός Τομέας του ΓΝΧ αποτελείται από δέκα (10) Χειρουργικές Κλινικές & Τμήματα τα οποία διενεργούν πάνω από 5.000 χειρουργεία τον χρόνο.
- Έχουν γίνει ενέργειες ως προς την συμμόρφωση και έχει δημιουργηθεί έγγραφο ενυπόγραφης συναίνεσης από τον ασθενή ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του για τη διενέργεια μιας παρεμβατικής – χειρουργικής ιατρικής πράξης καθώς και για την χορήγηση αναισθησίας. Είναι όμως σαφές ότι το ΓΝΧ υπολείπεται στην συγκεκριμένη υποχρέωση, στην ενυπόγραφη συναίνεση, όχι μόνο ως Νοσοκομείο, αλλά συνολικά ως υγειονομικός κλάδος καθώς μεταξύ άλλων, απουσιάζει το νομοθετικό πλαίσιο για την καθολική υιοθέτηση και εφαρμογή αντίστοιχων διεθνών στόχων και προτύπων ασφαλείας στο πλαίσιο των νέων δεδομένων της Κλινικής Διακυβέρνησης.

- Δημιουργήθηκε κοινό πρόγραμμα χειρουργείων, όλων των χειρουργικών κλινικών, με συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων μερών: Χειρουργών, Αναισθησιολόγων, και των Νοσηλευτών του Χειρουργείου, του Αναισθησιολογικού και της Αίθουσας Χειρουργείου.
- Εκκρεμεί η υιοθέτηση της λίστας του ΠΟΥ πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση, καθώς βρίσκεται σε στάδιο επεξεργασίας από την Επιτροπή Χειρουργείων.

Βαθμός Συμμόρφωσης του ΓΝΧ: το ΓΝΧ δείχνει μερική Συμμόρφωση ως προς τον Τέταρτο Στόχο, «Διασφαλίστε τη Σωστή Θέση, τη Σωστή Επεμβατική Διαδικασία, στο Σωστό Ασθενή», καθώς εκκρεμεί περεταίρω εξειδίκευση και εμπλουτισμός των εντύπων γραπτής συγκατάθεσης των ασθενών. Εκκρεμεί επίσης η προσαρμογή & υιοθέτηση της λίστας συγκατάθεσης των χειρουργικών πράξεων του ΠΟΥ. Ωστόσο, όλα τα παραπάνω βρίσκονται σε εξέλιξη και σε φάση υλοποίησης ενώ παράλληλα έχουν καθιερωθεί οι απαραίτητες διαδικασίες και λαμβάνει χώρα η εκπαίδευση του προσωπικού των χειρουργικών κλινικών και ως εκ τούτου, το ΓΝΧ δείχνει μερική συμμόρφωση.

3.9.6 Πέμπτος Στόχος: Μειώστε τον Κίνδυνο Εκδηλώσεων Λοιμώξεων που Σχετίζονται με την Παρεχόμενη Φροντίδα

{Εγκύκλιος Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Γιατί είναι σημαντικό;

Οι Νοσοκομειακές Λοιμώξεις αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η υγιεινή των χεριών προστατεύει τόσο τους ασθενείς, όσο και τους επαγγελματίες υγείας από αποικισμό και λοίμωξη από παθογόνα που βρίσκονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας αποτελούν μέσο μεταφοράς παθογόνων μικροοργανισμών από ασθενή σε ασθενή, από το περιβάλλον στον ασθενή και αντίστροφα, αλλά και από το νοσοκομειακό περιβάλλον στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και στους οικείους τους, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/> . Πολλά από τα περιστατικά νοσοκομειακών λοιμώξεων μπορούν να προληφθούν. Σύμφωνα με μελέτες, η εφαρμογή μέτρων πρόληψης νοσοκομειακών λοιμώξεων μπορεί να οδηγήσει σε έως και 70 % μείωση αυτών. Ο σημαντικότερος παράγοντας πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων σε ένα Νοσοκομείο είναι η **Υγιεινή των Χεριών**, και επιτυγχάνεται με:

- το πλύσιμο των χεριών με νερό και σαπούνι
- τη χρήση αλκοολούχων αντισηπτικών διαλυμάτων
- τη χρήση των γαντιών

Παράλληλα, χρειάζεται να μπει ένα φρένο στη μάστιγα της υπερβολικής χρήσης αντιβιοτικών και λοιπών φαρμακευτικών σκευασμάτων τα οποία αυξάνουν την ανθεκτικότητα των μικροβίων τόσο σε ανοικτές Κλινικές – Μονάδες όσο και σε κλειστά Τμήματα, όπως είναι η ΜΕΘ και η ΜΑΦ.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός:

- Πρέπει να υπάρχει συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη της εκδήλωσης και της διασποράς των λοιμώξεων στο χώρο του ΓΝΧ.
- Πρέπει να υπάρχει συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην υγιεινή των χεριών στο χώρο του ΓΝΧ.
- Πρέπει να υπάρχει επιτήρηση της υγιεινής των χεριών από τους νοσηλευτές επιτήρησης λοιμώξεων της ΕΝΛ.
- Να γίνεται χρήση κλινοσκεπασμάτων αποκλειστικά του ΓΝΧ (αρ. πρωτ. 21782/03-09-22 έγγραφό της ΕΝΛ).
- Να καθιερωθούν διαδικασίες καθαρισμού, απολύμανσης και χρήσης των συσκευών οξυγόνου και αναρροφήσεων σύμφωνα με τις οδηγίες της ΕΝΛ (αρ. πρωτ. 113332/10-05-22 έγγραφο της ΕΝΛ)

Βαθμός Συμμόρφωσης (3^ο τρίμηνο του 2022, 30/9/2022) του ΓΝΧ ως προς την Εφαρμογή του Πέμπτου Στόχου: Μειώστε τον Κίνδυνο Εκδηλώσεων Λοιμώξεων που Σχετίζονται με την Παρεχόμενη Φροντίδα

{Κατ' εφαρμογή της Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 Εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με την Εγκύκλιο Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας, με το υπ' αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ και στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου, αναπτύχθηκαν διαδικασίες ώστε το ΓΝΧ να πληροί τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών και συγκεκριμένα για τον Πέμπτο Στόχο, ως εξής:

- Σε συνεργασία με την Πρόεδρο της ΕΝΛ βρίσκεται σε εξέλιξη ένα συνεχές πρόγραμμα ενημέρωσης και εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας του ΓΝΧ & έχει αποστείλει εγγράφως υγειονομικά πρωτόκολλα σε όλες τις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα του ΓΝΧ με κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη της διασποράς των νοσοκομειακών λοιμώξεων., πχ: διαχείριση κρουσμάτων πολύ ανθεκτικών μικροοργανισμών, οδηγίες καθαρισμού και απολύμανσης χώρων κ.ο.κ.
- Η ΕΝΛ έχει καθιερώσει διαδικασίες καθαρισμού, απολύμανσης και χρήσης των συσκευών οξυγόνου και αναρροφήσεων μέσα από αυστηρά υγειονομικά πρωτόκολλα – αρ. πρωτ. 113332/10-05-22 έγγραφο της ΕΝΛ.

- Έχει καθιερωθεί ένα συνεχές πρόγραμμα Υγιεινής των Χεριών – Wash Your Hands – βασισμένο στις οδηγίες και τα πρωτόκολλα των ΠΟΥ & CDC, με σήμανση σε όλους τους χώρους του ΓΝΧ.
- Η ΕΝΛ έχει καθιερώσει τακτικούς ελέγχους – εσωτερικές επιθεωρήσεις για να διαπιστώνει στο πεδίο την τήρηση των υγειονομικών πρωτοκόλλων που βρίσκονται σε ισχύ στο ΓΝΧ.
- Έχει ενεργοποιηθεί η ΟΕΚΟΧΑ με συνεχείς εκπαιδευτικές δράσεις, ενημερώσεις και συνεδριάσεις με σκοπό την ορθολογική χρήση αντιβιοτικών.

Βαθμός Συμμόρφωσης του ΓΝΧ: το ΓΝΧ δείχνει Συμμόρφωση ως προς τον Πέμπτο Στόχο, «Μειώστε τον Κίνδυνο Εκδηλώσεων Λοιμώξεων που Σχετίζονται με την Παρεχόμενη Φροντίδα», καθώς υπάρχουν νέες, συγκεκριμένες, προδιαγεγραμμένες διαδικασίες & υγειονομικά πρωτόκολλα σε ισχύ, και το υγειονομικό προσωπικό του ΓΝΧ είναι εκπαιδευμένο σε αυτές τις νέες διαδικασίες και υγειονομικά πρωτόκολλα. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένες διαδικασίες, για τον έλεγχο και την τεκμηρίωση της διαδικασιών περιορισμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων στο ΓΝΧ. Ως εκ τούτου, ικανοποιείται επαρκώς το κριτήριο εφαρμογής & συμμόρφωσης.

3.9.7 Έκτος Στόχος: Ελαχιστοποιήστε τον Κίνδυνο Πρόκλησης Πτώσης για τον Ασθενή σας {Εγκύκλιος Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Γιατί είναι σημαντικό;

Στα νοσοκομεία οι πτώσεις των ασθενών αποτελούν τη συχνότερη κατηγορία ανεπιθύμητων συμβάντων / ατυχημάτων που μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμό, επιπλοκές ή/και παράταση νοσηλείας, επηρεάζοντας την κινητικότητα, τη λειτουργικότητα και, συνεπώς, την ποιότητα ζωής του ασθενούς, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/> . Ο κίνδυνος πτώσης σχετίζεται με την γενική κατάσταση του ασθενή, την τρέχουσα συνθήκη ή και την τοποθεσία. Πρωταρχικός στόχος είναι η μείωση του κινδύνου πτώσης και, σε περίπτωση πτώσεως, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου τραυματισμού τους ασθενούς. Δυστυχώς οι πτώσεις συμβαίνουν και στα πιο προηγμένα και σύγχρονα νοσοκομεία και συστήματα υγείας, καθώς ο εν λόγω παράγοντας κινδύνου σχετίζεται με τον άνθρωπο, και όχι με τις διαδικασίες. Οι ασθενείς πολλές φορές αντιμετωπίζουν κίνδυνο πτώσης λόγω πόνου, αστάθειας, χρήσης φαρμάκων, διαταραχών όρασης, παρατεταμένης παραμονής σε κλίνη, κλπ.

Σε όλες τις προηγμένες χώρες η εκτίμηση του κινδύνου πτώσης του ασθενούς γίνεται με την άφιξη του ασθενούς σε οποιοδήποτε τμήμα, όπου η ακριβής αξιολόγηση του γίνεται με διεθνείς κλίμακες, χωρίς αυτό να καταφέρνει να εξαλείφει τον κίνδυνο πτώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο. Στόχος πρέπει

να αποτελεί η ελαχιστοποίηση των πτώσεων όσο και της συνεπακόλουθης βλάβης που συνοδεύει μια πτώση.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός:

- Πρέπει να γίνεται αξιολόγηση όλων των εσωτερικών ασθενών, ταυτόχρονα με την εισαγωγή τους στην Κλινική – Μονάδα – Τμήμα, ως προς τον κίνδυνο πτώσης, χρησιμοποιώντας εργαλεία αξιολόγησης κατάλληλα για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και αναλόγως της βαθμολογίας, να καθορίζεται το επίπεδο κινδύνου και να σχεδιάζεται εξατομικευμένο πλάνο πρόληψης πτώσεων (πχ. Κλίμακα Πτώσης Morse).
- Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς, να διενεργείται επανεκτίμηση του κινδύνου πτώσεως, ενώ ταυτόχρονα, όταν κάποιος από τους παράγοντες κινδύνου μεταβληθεί (για παράδειγμα αλλαγή κλινικής εικόνας, χορήγηση αναισθησίας, αλλαγή επιπέδου κινητικότητας), να επαναπροσδιορίζονται τα μέτρα πρόληψης, <https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/> .

Βαθμός Συμμόρφωσης (3^ο τρίμηνο του 2022, 30/9/2022) του ΓΝΧ ως προς την Εφαρμογή του Έκτου Στόχου: Ελαχιστοποιήστε τον Κίνδυνο Πρόκλησης Πτώσης για τον Ασθενή σας

{Κατ’ εφαρμογή της Γ2α,γ/οικ.14736/11-03-2022 Εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΜΠΖ465ΦΥΟ-ΕΝΜ)}

Στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με την Εγκύκλιο Γ2α, γ/οικ.14736/11-03-2022 του Υπουργείου Υγείας, με το υπ’ αριθμ. Πρωτ: 286/01 – 05 – 22 έγγραφο του ΟΔΙΠΥ ΑΕ και στο πλαίσιο της ενίσχυσης της ασφαλούς λειτουργίας του Νοσοκομείου, αναπτύχθηκαν διαδικασίες ώστε το ΓΝΧ να πληροί τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών και συγκεκριμένα για τον Έκτο Στόχο, ως εξής:

- Το ΓΝΧ ξεκίνησε την εφαρμογή συγκεκριμένης πολιτικής συμμόρφωσης με τον εν λόγω στόχο, σύμφωνα με την οποία κατά τη διάρκεια εισαγωγής τους ασθενούς στην αντίστοιχη Κλινική – Μονάδα – Τμήμα, γίνεται η αξιολόγηση (με την Κλίμακα Πτώσης Morse) και καθορίζεται το επίπεδο κινδύνου πτώσης & κατόπιν καταρτίζεται ένα εξατομικευμένο πλάνο πρόληψης & αποτροπής πτώσεων.
- Έχουν ξεκινήσει εκπαιδευτικές δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του υγειονομικού προσωπικού από την Νοσηλευτική Υπηρεσία.
- Παράλληλα, κάθε πρωί, δημιουργείται μια αναφορά από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία και βρίσκεται στα γραφεία της Διοίκησης του ΓΝΧ, η οποία αναφέρει τις πτώσεις και όλα τα σχετικά συμβάντα τα οποία έλαβαν χώρα το τελευταίο 24ωρο στο ΓΝΧ

- Βρίσκεται σε φάση σχεδιασμού ένα σύνολο δράσεων εκπαιδευτικού χαρακτήρα και ευαισθητοποίησης με αρκετές δράσεις, μεταξύ των οποίων: ένα εξειδικευμένο Πρόγραμμα Πρόληψης Πτώσεων – Fall Prevention Programs, την καθιέρωση μιας ειδικής ημέρας ευαισθητοποίησης εντός του ΓΝΧ, τον σχεδιασμό και την διανομή φυλλαδίων στους ασθενείς καθώς και ενός προγράμματος εκπαίδευσης το οποίο θα διενεργείται σε μόνιμη και τακτική βάση.

Βαθμός Συμμόρφωσης του ΓΝΧ: το ΓΝΧ δείχνει επαρκή Συμμόρφωση ως προς τον Έκτο Στόχο, «Ελαχιστοποιήστε τον Κίνδυνο Πρόκλησης Πτώσης για τον Ασθενή σας», καθώς έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες και συγκεκριμένες πολιτικές για την αποτροπή του φαινομένου και παράλληλα, το υγειονομικό προσωπικό του ΓΝΧ είναι εκπαιδευμένο σε αυτές τις διαδικασίες και πολιτικές. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες ελέγχου και τεκμηρίωσης των νέων αυτών διαδικασιών, ενώ υπάρχει ένα πλήρες σύστημα αναφοράς προς την Διοίκηση και την Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ως εκ τούτου, ικανοποιείται το κριτήριο εφαρμογής & συμμόρφωσης του Έκτου Στόχου.

3.9.8 Συμπληρωματικές Ενέργειες Θεραπείας για την Βελτίωση της Ποιότητας & της Ασφάλειας

Παράλληλα με την υιοθέτηση και εφαρμογή των Διεθνών Στόχων για την Ασφάλεια των Ασθενών, η Διοίκηση του ΓΝΧ σε συνεργασία με την Πρόεδρο της Επιτροπής Λοιμώξεων, την Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας και την Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, έχουν προχωρήσει σε πολυάριθμες άλλες ενέργειες και δράσεις προκειμένου να θεραπεύσουν ατέλειες και σφάλματα καθώς και για να βελτιώσουν το επίπεδο ασφάλειας και ποιότητας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας εντός του ΓΝΧ, οι οποίες μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνουν τις ακόλουθες ενέργειες:

- Τακτοποιήθηκε το υγειονομικό υλικό εντός του ΤΕΠ.
- Οι Προϊστάμενες των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων έχουν προβεί σε κατανομή καθηκόντων στο προσωπικό ευθύνης τους, τα οποία καθήκοντα καταγράφονται στο βιβλίο καταγραφής βάρδιας, ελέγχου καθαρισμού μηχανημάτων και υλικού.
- Η κάθε Προϊσταμένη πραγματοποιεί συναντήσεις με το προσωπικό ευθύνης της για την βελτίωση του παρεχόμενου έργου και σύμφωνα με τις απαιτήσεις των ΣΔΠ, όπου αυτά είναι εγκατεστημένα.
- Τηρείται βιβλίο καθαριότητας σε όλες τις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα του ΓΝΧ.
- Τακτοποιήθηκαν οι νοσηλευτικοί θάλαμοι και οι στάσεις νοσηλευτών σε όλες τις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα του ΓΝΧ.

- Μειώθηκε και τακτοποιήθηκε το υγειονομικό υλικό εντός των Κλινικών – Μονάδων – Τμημάτων του ΓΝΧ.
- Τα φάρμακα είναι πλέον τοποθετημένα σε κλειστά ντουλάπια και ερμάρια και αυτά (τα φάρμακα) που είναι τοποθετημένα σε ντουλάπια με τζάμια, με αποτέλεσμα να είναι ορατά, καλύφθηκαν ώστε να είναι απροσπέλαστα από ασθενείς και συγγενείς – συνοδούς.
- Στις ανοιγμένες συσκευασίες φαρμάκων αναγράφεται η ημερομηνία ανοίγματος.
- Στα ντουλάπια και στα ερμάρια που χρησιμοποιούνται ως φαρμακεία, τοποθετήθηκαν κλειδαριές.
- Αντικαταστάθηκε ο ακατάλληλος ιματισμός με καινούργιο.
- Καθιερώθηκαν εσωτερικές επιθεωρήσεις από μεικτό κλιμάκιο, ΕΝΛ – Τμήμα Ποιότητας & Νοσηλευτική Υπηρεσία σε όλες τις Κλινικές – Μονάδες – Τμήματα του ΓΝΧ, με σκοπό την διαρκή βελτίωση μέσα από τις παραγόμενες αναφορές, οι οποίες εντοπίζουν δυνατά και αδύνατα σημεία, με τις απαραίτητες συστάσεις και παρατηρήσεις για διορθωτικές ενέργειες, όπου χρειάζεται.
- Στις περιφερειακές γραμμές των ασθενών αναγράφεται πλέον η ημερομηνία τοποθέτησης της γραμμής, ενώ υπάρχει πλέον συγκεκριμένη εκπαιδευτική δράση «Έλεγχος & φροντίδα φλεβοκαθετήρα και κεντρικών γραμμών» με ειδικό έντυπο ηλεκτρονικής αναφοράς & ελέγχου.
- Δημιουργήθηκε αρχείο λογοδοσίας από την Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εφαρμόζεται συγκεκριμένη διαδικασία παράδοσης – παραλαβής, ενώ διενεργείται εποπτεία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο ΓΝΧ 24/7/365.
- Τακτοποιήθηκε και καθημερινά καθαρίζεται χώρος του νεκροθαλάμου του ΓΝΧ, ενώ τηρείται σχολαστικά πρωτόκολλο για τις διεργασίες στο νεκροθάλαμο και συντάσσονται ημερήσιες αναφορές από τις επισκέψεις που διενεργεί η Νοσηλευτική Υπηρεσία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αντικείμενο της διπλωματικής εργασίας ήταν ο εντοπισμός και η ανάλυση των καθοριστικών παραγόντων που συνέβαλλαν στην ανταπόκριση ενός Γενικού Νοσοκομείου στην διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας SARS Covid – 19, με την μελέτη περίπτωσης να εστιάζει στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, το μοναδικό δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο του Νομού Χανίων και Νοσοκομείο Αναφοράς για την Δυτική Κρήτη.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύθηκε η υφιστάμενη κατάσταση που επικρατεί στο ΕΣΥ καθώς και ο Νοσοκομειακός χάρτης της χώρας, καθώς όπως διαπιστώθηκε και κατά τα χρόνια της Πανδημίας, τα Συστήματα Υγείας τείνουν να είναι νοσοκομειοκεντρικά. Ως μέρος της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από χρόνιες παθογένειες: ένα δαιδαλώδες και ασαφές πολλές φορές νομοθετικό πλαίσιο, από την (υπό)χρηματοδότηση ή την μη ύπαρξη μιας μοναδικής (ενιαίας) αρχής κοστολόγησης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών του, από τις παλιές και μη ορθολογικά κατανομημένες υποδομές του, από το γερασμένο, ανεκπαίδευτο και σχεδόν αποκομμένο από τις ανάγκες του πληθυσμού ανθρώπινο δυναμικό, από την χαμηλή διείσδυση των ΤΠΕ, και από την παροχή χαμηλής ποιότητας – και ασφάλειας – υγειονομικές υπηρεσίες με διακοσμητικά τις περισσότερες φορές Γραφεία Ποιότητας. Ένα Σύστημα Υγείας εγκαταλειμμένο στο έλεος άτολμων πολιτικών πρωτοβουλιών, στο έλεος των συμφερόντων και των συντεχνιών καθώς και του κακώς εννοούμενου συνδικαλισμού, ένα ΕΣΥ γεμάτο αγκυλώσεις, ακαμψία και στεγανά, το οποίο έχει αποτελέσει λαμπρό πεδίο πολιτικής εκμετάλλευσης και επικοινωνιακής διαχείρισης. Ουδείς τόλμησε να ασχοληθεί με το υγειονομικό προσωπικό, με θέματα εκπαίδευσης και κατάρτισης με σκοπό να αναβαθμίσει τις δεξιότητες και τις ικανότητές του. Επίσης, ουδείς τόλμησε να εφαρμόσει σύγχρονες, αδιάβλητες και αξιοκρατικές μεθόδους διοίκησης του τόσο ευαίσθητου κλάδου της υγείας, διαιωνίζοντας πρακτικές και κατάλοιπα περασμένων δεκαετιών. Το ΕΣΥ έχει από καιρό απωλέσει την επαφή του με τις δημογραφικές ανάγκες του πληθυσμού. Δεν διέπετε από ένα σύγχρονο πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης, και ως εκ τούτου, η όποια προσπάθεια προς ένα ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας το οποίο θα εγγυάται την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, είναι αποσπασματικό και καταδικασμένο να αποτύχει. Ένα ΕΣΥ χωρίς αντανakλαστικά, με Επιχειρησιακά Σχέδια αποτυπωμένα όπως όπως στα – ανενεργά – Γραφεία ΠΣΕΑ, το οποίο κλήθηκε να αντιμετωπίσει την μεγαλύτερη υγειονομική κρίση των τελευταίων 100 ετών, αποδεκατισμένο, αποδυναμωμένο και υπό – στελεχωμένο, μετά από 40 χρόνια από την ίδρυση του και μετά από μια υπερ – δεκαετή οικονομική και κοινωνική κρίση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο έγινε αναφορά στα προβλήματα της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, μέρος της οποίας αποτελεί και το ΕΣΥ. Αναφέρθηκαν θέματα κακοδιαχείρισης και μη χρηστής διοίκησης. Έγινε αναφορά στο δαιδαλώδες και ασαφές νομικό πλαίσιο της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, παρά την πανσπερμία νόμων, εγκυκλίων και διατάξεων. Έγινε τεκμηρίωση για την έλλειψη ποιότητας στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση και στις πολλαπλές αρνητικές συνέπειες και επιπτώσεις που έχει αυτή η έλλειψη ποιότητας στον πολίτη. Αναφέρθηκαν επίσης οι αρνητικές επιπτώσεις από την πελατειακή και πολιτική διαχείριση της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, καθώς και του αδιεξόδου που δημιουργείται από την μη εφαρμογή σύγχρονων διοικητικών πρακτικών, όπως είναι η αξιολόγηση, οι εφαρμογή δεικτών λειτουργικής, διοικητικής και ποιοτικής επάρκειας και του κενού που παρατηρείται μεταξύ προσδοκίας και πραγματικότητας. Κατόπιν έγινε εκτενής βιβλιογραφική αναφορά στην ποιότητα και στις βασικές παραμέτρους της ποιότητας μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία σε μια προσπάθεια να οριστεί ένα σαφές πλαίσιο και ειδικότερα η ανάγκη για ποιότητα στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε έναν οργανισμό εντάσεως εργασίας, όπως είναι τα Νοσοκομεία.

Στη συνέχεια, έγινε ευρεία αναφορά στο Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, ένα πολύτιμο εργαλείο – πλαίσιο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, το οποίο δυστυχώς δεν εφαρμόστηκε καθολικά στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση λόγω πολιτικής ατολμίας, μυωπικής αντίληψης αλλά και λόγω των εσωτερικών αντιστάσεων και των δυνάμεων αδράνειας της Ελληνικής πραγματικότητας. Αναφέρθηκαν, επίσης, οι βασικές αρχές και το πλαίσιο για την υλοποίησή του, με παράδειγμα Νοσοκομείου που το εφάρμοσε επιτυχώς, από τον διεθνή χώρο.

Ακολουθεί η ανάλυση των νέων δεδομένων που πρεσβεύει η Κλινική Διακυβέρνηση, με συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές, με αυξημένη συμμετοχή και λογοδοσία όλων των εμπλεκόμενων μελών στην παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, βάζοντας στο επίκεντρο την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενούς, μέσα από ένα πλαίσιο αρχών λειτουργίας, όπως αυτό εκφράζεται και από τον επίσημο φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία, τον ΟΔΠΥ ΑΕ.

Ακολούθησε βιβλιογραφική αναφορά για τον Ανασχεδιασμό Επιχειρησιακών Διαδικασιών, τις βασικές αρχές, το πλαίσιο εφαρμογής, καθώς και η ανάλυση του εν λόγω διοικητικού εργαλείου σε αντιδιαστολή με την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και την Καινοτομία. Στη συνέχεια τεκμηριώθηκε η καταλληλότητα και η χρήση του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, ως καθοριστικού παράγοντα για την αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας στο περιβάλλον ενός Νοσοκομείου διότι (α) ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, μέσα από έναν

θεμελιώδη και ριζικό Ανασχεδιασμό, έφερε δραστικές αλλαγές σε ελάχιστο χρονικό διάστημα με τους ελάχιστους ή ανύπαρκτους πόρους που υπήρχαν και (β) διότι στο επίκεντρο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών υπήρχε ένας και μόνο, κοινός στόχος, η καλύτερη δυνατή ανταπόκριση ενός Νοσοκομείου στην αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας, θέτοντας στον ασθενή στο επίκεντρο. Ακολούθησαν τα στάδια, η μεθοδολογία υλοποίησης και ένας "οδικός χάρτης" εφαρμογής σε δημόσιους οργανισμούς και φορείς.

Στο τρίτο κεφάλαιο, αναλύθηκε ως μία μελέτη περίπτωσης το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, ξεκινώντας από την εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών. Η βέλτιστη δυνατή ανταπόκριση του ΓΝΧ στη διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας ορίζει το πλαίσιο εφαρμογής, ενώ στο επίκεντρο βρίσκονται έννοιες όπως ταχύτητα, αποδοτικότητα, ποιότητα και ασφάλεια. Η μελέτη περίπτωσης και η εφαρμογή του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών στο ΓΝΧ εντάσσεται σε τρεις άξονες: (α) ο πρώτος αφορά στον Ανασχεδιασμό των Διαδικασιών και της Χωροταξίας, και δίνει έμφαση στην δημιουργία ενός πυρήνα χώρων και διαδικασιών για την αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας μέσα από τη σύμπτυξη κλινικών και την ριζική αλλαγή της ροής εξυπηρέτησης και νοσηλείας ασθενών από την Πανδημία, (β) ο δεύτερος αφορά στο υγειονομικό προσωπικό, στο ανθρώπινο δυναμικό του ΓΝΧ και εστιάζει στην εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη κατάρτιση, στην εφαρμογή αυστηρών πρωτοκόλλων και στην ενεργοποίηση και λογοδοσία & αυξημένη ευθύνη όλων των θεσμικών προσώπων και οργάνων του Νοσοκομείου σύμφωνα με τα πρότυπα των αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης, και (γ) ο τρίτος αφορά στο σκέλος της υλικοτεχνικής υποδομής και του εξοπλισμού, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η καλύτερη ανταπόκριση του ΓΝΧ στη διαχείριση και αντιμετώπιση της Πανδημίας, στο πλαίσιο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, τόσο με τη δημιουργία νέων τμημάτων και διαδικασιών όσο και με την αποδοτικότερη λειτουργία των υφιστάμενων, μέσα από τον πλήρη ανασχεδιασμό τους, όπως στην περίπτωση της λειτουργίας των ΤΕΙ με την χρήση των Ηλεκτρονικών Ραντεβού, με την αποδοτικότερη και ταχύτερη διαχείριση των ασθενών μέσα από το νέο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.ο.κ. Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας, ως καταλυτικής σημασίας ενέργειες, για τη διαχείριση της Πανδημίας, δράσεις οι οποίες αυξάνουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, μέσα από την αποδοτικότερη, ποιοτικότερη και ασφαλέστερη διαχείριση των ασθενών. Είναι κοινός τόπος ότι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως, οφείλει να είναι αποτελεσματική, ασφαλής και να έχει στο επίκεντρο τον άνθρωπο – ασθενή. Το τρίτο κεφάλαιο κλείνει εξετάζοντας την τελευταία δράση του ΓΝΧ, δηλαδή την εφαρμογή των Διεθνών Στόχων για την Ασφάλεια των Ασθενών. Έξι δράσεις ενταγμένες σε ένα

πρότυπο ποιότητας από τον ΠΟΥ & τον Οργανισμό JCI, το οποίο έρχεται ως ομπρέλα και αγκαλιάζει τον ασθενή, δημιουργώντας στεγανά και δικλίδες ασφαλείας σε κάθε στάδιο παραμονής ενός ασθενή στο Νοσοκομείο, από την εισαγωγή του, ως την νοσηλεία και την ενδεχόμενη επέμβασή του μέχρι την έξοδό του από το Νοσοκομείο. Οι Διεθνείς Στόχοι για την Ασφάλεια των Ασθενών έχουν καταλυτική επίδραση στην ποιότητα και την ασφάλεια, τόσο των ασθενών όσο και των υγειονομικών, και ως εκ τούτου είναι ένας καθοριστικός παράγοντας που είχε άμεση επίδραση στην ανταπόκριση του ΓΝΧ στην αντιμετώπιση και διαχείριση της Πανδημίας SARS Covid – 19. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ο αντίκτυπος της ασφάλειας των ασθενών στη μείωση του κόστους που σχετίζεται με τη βλάβη των ασθενών και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των Συστημάτων Υγείας. Η ασφάλεια των ασθενών είναι θεμελιώδης για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η παροχή ασφαλούς ιατρονοσηλευτικής φροντίδας συμβάλλει καθοριστικά στον καθισχυασμό και την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των κοινοτήτων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψής τους.

Είναι γνωστό ότι το ΕΣΥ αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρύθμιση στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση μεταπολιτευτικά, με το μεγαλύτερο και βαθύτερο κοινωνικό πρόσημο και αποτύπωμα. Συνετέλεσε καθοριστικά προς την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου Συστήματος Υγείας για πρώτη φορά σε μια χώρα με άκρως ανεπαρκείς – ή και ανύπαρκτες – υπηρεσίες υγείας, με τεράστιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, σε χρηματοδότηση, κλίνες και παροχές υγείας. Σαράντα χρόνια μετά, όπως ήδη παρουσιάστηκε, το ΕΣΥ αποτελεί τον βασικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα, παρά το γεγονός ότι έχει ενσωματώσει προβλήματα και παθογένειες με την έννοια ότι αποτελεί προνομιακό πεδίο πολιτικής εκμετάλλευσης και γόνιμο έδαφος για να ανθούν ισχυρά πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και συντεχνιακά συμφέροντα, τα οποία ακυρώνουν στην πράξη ή περιορίζουν σημαντικά, πολλά στοιχεία από τον μεγάλοπνοο σχεδιασμό και την έμπνευση του αρχικού του σχεδιασμού. Έτσι το ΕΣΥ αποκομμένο από τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, και παρά την αδιαμφισβήτητη και καταλυτικής σημασίας συμβολή του στην προστασία και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού όλα αυτά τα χρόνια, κατέληξε σε ένα ανολοκλήρωτο, προβληματικό και γραμμικό Σύστημα Υγείας. Σε αυτό ακριβώς το σημείο ήρθε να προστεθεί και η Παγκόσμια Υγειονομική Κρίση, της πανδημίας του SARS Covid – 19.

Αδιαμφισβήτητα, η υπέρ-δεκαετής οικονομική και κοινωνική κρίση, συσσώρευσε επιπλέον προβλήματα στο γερασμένο και υποστελεχωμένο ΕΣΥ, όπως αναφέρουν για τον δημόσιο τομέα οι Μακρυδυμήτρης & Μιχαλόπουλος (2000) σε σχέση με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και όπως επισημαίνουν ευρύτερα για την αναποτελεσματικότητα του δημοσίου τομέα οι εκθέσεις του

ΟΟΣΑ, της ΕΕ, ο Μακρυδουμήτρης (1996), οι Μακρυδουμήτρης & Μιχαλόπουλος (1998), ο Κέφης (1998), οι Αλεξιάδης & Περιστερά (2000) κ.ά.

Ειδικότερα, το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, όπως αυτό έχει διατυπωθεί από την 1^η έως την 3^η του αναθεώρησης, θέτει ως άξονες ζητήματα ηγεσίας και προγραμματισμού, διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού και εξωτερικών συνεργασιών/πόρων, διοίκηση αλλαγών και αποτελεσμάτων προσανατολισμένων στον πολίτη, αποτελεσμάτων για το ανθρώπινο δυναμικό και για την κοινωνία κ.ά., τα οποία όπως ήδη παρουσιάστηκαν για την προ-πανδημίας εποχή δεν αποτελούσαν αντικείμενα ενδιαφέροντος του ΕΣΥ. Τα θέματα αυτά ήλθαν στο προσκήνιο και αποτέλεσαν αντικείμενο αναγκαστικής εφαρμογής κατά την περίοδο της πανδημίας στο νοσοκομείο που μελετήθηκε, ως μία ανάγκη και επιταγή. Δηλαδή, αποδείχτηκε ότι η Πανδημία SARS Covid – 19, αποτέλεσε τον μοχλό πίεσης για την υιοθέτηση των αρχών ποιότητας με στόχο την αύξηση και την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των Υπηρεσιών Υγείας, θέτοντας στο επίκεντρο τον άνθρωπο. Ο άνθρωπος παράγοντας διαμόρφωσε την νέα στρατηγική προσέγγιση λειτουργίας του ΓΝΧ, είτε με την ιδιότητα του υγειονομικού στελέχους που έχει άποψη, λόγο, δικαιώματα και ευθύνη είτε με την ιδιότητα του πολίτη που αναζητά σύγχρονες, άμεσες και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας και υπό την καθοδήγηση της υφιστάμενης ηγεσίας. Η ηγεσία του ΓΝΧ, συνεπικουρούμενη από τις ανώτερες υπηρεσίες υγείας σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, κλήθηκε και εφάρμοσε ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας και έδειξε ότι μπορεί να μαθαίνει και να εκσυγχρονίζεται, να αναπροσδιορίζει στόχους και να προχωρά, σύμφωνα με τις αρχές της Κλινικής Διακυβέρνησης, μέσα από τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών και μέσα από την εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης της Ποιότητας.

Ο Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αποτελεί επί χρόνια το ενδιαφέρον οργανισμών και επιχειρήσεων που επιδιώκουν τον εκσυγχρονισμό και επανασχεδιασμό των διαδικασιών τους, αλλά ο Ανασχεδιασμός δεν είχε συνδεθεί με την λειτουργία του ΕΣΥ. Η έλευση της Πανδημίας και οι πιεστικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν αποτέλεσαν το έναυσμα για τον Ανασχεδιασμό των Επιχειρησιακών Διαδικασιών, όπως παρουσιάστηκε στο Νοσοκομείο μελέτης της παρούσας εργασίας. Το θεωρητικό υπόβαθρο του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών αποτέλεσε τη βάση για μια σειρά ριζικών αλλαγών σε σχέση με τη χωροταξία και τον ψηφιακό μετασχηματισμό, το ανθρώπινο δυναμικό και την εκπαίδευσή του, τον εξοπλισμό και τις υποδομές, την Κλινική Διακυβέρνηση κ.ά. Μόνο μέσα από την υιοθέτηση και την εφαρμογή των αρχών του Ανασχεδιασμού των Επιχειρησιακών Διαδικασιών κατέστη δυνατή η αντιμετώπιση και διαχείριση

των συνθηκών που δημιούργησε η Παγκόσμια Υγειονομική Κρίση της Πανδημίας SARS Covid – 19.

Ταυτόχρονα, ο ανθρωποκεντρικός Ανασχεδιασμός των Επιχειρησιακών Διαδικασιών έφερε στο προσκήνιο, σε όρους ασφάλειας, την εφαρμογή σύγχρονων Συστημάτων Διασφάλισης της Ποιότητας, όπως ορίζει η διεθνής βιβλιογραφία και πρακτική. Ειδικότερα, όπως παρουσιάστηκε στο 3^ο Κεφάλαιο, στο ΓΝΧ εφαρμόστηκε το πρότυπο 9001:2015 για το ΤΕΠ, τα ΤΕΙ, την Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, το Αιματολογικό Εργαστήριο καθώς και το Τμήμα Αιμοδοσίας. Επίσης, εφαρμόστηκε το εξειδικευμένο πρότυπο 15224:2017 για τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και τη Μονάδα Λιθοτριψίας. Επιπλέον, για τη Διασφάλιση της Ποιότητας της προετοιμασίας και διανομής των τροφίμων εφαρμόστηκε το πρότυπο 22000:2018. Τέλος, στο πλαίσιο συμμόρφωσης του ΓΝΧ με τα διεθνή πρότυπα International Patient Safety Goals, εφαρμόστηκαν οι οδηγίες της σχετικής εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας για την σωστή ταυτοποίηση του ασθενή, την αποτελεσματική επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας, την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων υψηλού κινδύνου, τη σωστή επεμβατική διαδικασία στο σωστό ασθενή, τη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης λοιμώξεων που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα, την ελαχιστοποίηση του κινδύνου πτώσης του ασθενή κ.ά.

Συμπερασματικά, η πανδημία έφερε ριζικές αλλαγές και οι ενέργειες που έγιναν έδειξαν ότι πολλά που δεν είχαν γίνει στο παρελθόν εφαρμόστηκαν εντός του ασφυκτικού πλαισίου που λειτούργησε το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Το Νοσοκομείο μελέτης της παρούσας εργασίας ανταποκρίθηκε θετικά, αν και με πολύ κόπο όλων των εμπλεκομένων μερών, ηγεσίας, υγειονομικού προσωπικού και προσωπικού κάθε μιας ειδικότητας που συνεισφέρει στο έργο του. Ωστόσο, δεν θα χρειαζόταν να καταβληθεί τόση προσπάθεια, στα όρια της εξουθένωσης του προσωπικού, εάν υπήρχε εκ των προτέρων εκσυγχρονισμός, ανασχεδιασμός, εφαρμογή καλών διεθνών πρακτικών και προτύπων σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική πριν την έλευση της Πανδημίας. Επομένως, η εξαγωγή καθολικών συμπερασμάτων από την συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης στο ΓΝΧ μάλλον είναι δύσκολη διότι πρόκειται για ένα νομαρχιακό Νοσοκομείο με ό,τι σημαίνει αυτό σε στελεχιακό και ανθρώπινο δυναμικό καθώς και σε υλικοτεχνικές υποδομές. Ωστόσο, η εμπειρία που αποκτήθηκε κρίνεται ως σημαντική και τα αποτελέσματα ως θετικά, επίσης.

Για την παρούσα εργασία θα μπορούσαν να αναφερθούν ορισμένοι περιορισμοί. Από τη μία πλευρά διαπιστώθηκαν αλλαγές προς το θετικότερο από την εφαρμογή των αλλαγών και διεθνών πρακτικών στο ΓΝΧ ενώ από την άλλη πλευρά ως ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα το ίδιο το Νοσοκομείο, δεν

διασφαλίζει ότι ανάλογες αλλαγές σε ένα άλλο ίδρυμα αφενός θα μπορούσαν να εφαρμοστούν και αφετέρου θα είχαν τα ίδια αποτελέσματα. Κυρίαρχο ρόλο σε κάθε αλλαγή έχει ο άνθρωπος, είτε ως παράγοντας της ηγεσίας ή της εργασίας για το διάστημα του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης αλλά και για την περαιτέρω υιοθέτησή της. Η συμβολή όλων είναι αναγκαία για να επέλθει μια επιτυχής καινοτομία, αναδιάρθρωση, αναδιάταξη, κλπ, και αυτή να συνεχιστεί σε μελλοντικό χρόνο. Αυτό αναδεικνύει ότι η παρούσα εργασία αποτελεί μία μελέτη περίπτωσης στο συγκεκριμένο ίδρυμα, υπό τις διοικητικές, υγειονομικές και άλλες δυνατότητες του ανθρώπινου δυναμικού του. Ένας επιπλέον περιορισμός της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης στο ΓΝΧ αποτελεί η προϋπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή του, η οποία διασφάλισε τις συγκεκριμένες αλλαγές που έγιναν. Σε ένα ίδρυμα με διαφορετικές υποδομές, ενδεχομένως η εφαρμογή θα ήταν διαφορετική, ο σχεδιασμός θα διέφερε και οι δυνατότητες, για παράδειγμα, των αλλαγών χωροθέτησης θα ήταν ποικίλες. Αυτό υποδεικνύει ότι η Διοίκηση των Αλλαγών γίνεται με ένα δυναμικό τρόπο, όπου κάθε φορά αξιολογούνται οι υπάρχουσες δυνατότητες για την υιοθέτηση ενεργειών προσαρμογής, ανασχεδιασμού, κ.λπ. Τέλος, στους περιορισμούς της παρούσας εργασίας περιλαμβάνεται μια σειρά άλλων βελτιώσεων και προσαρμογών που δεν έγιναν υπό την πίεση της πανδημίας ή στη μετα-πανδημική εποχή ή ακόμα στους περιορισμούς της εργασίας περιλαμβάνεται και η συνέχιση και ολοκλήρωση των υφιστάμενων αλλαγών και η υιοθέτηση νέων.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ακριβοπούλου, Χρ., Ανθόπουλος, Αν., (2015). *Εισαγωγή στο Διοικητικό Δίκαιο*. ΣΕΑΒ.

Αλεξιάδη, Α., Περιστερά, Β. (2000). «Η αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα στη Δημόσια Διοίκηση». *Διοικητική Ενημέρωση*. Τεύχος 18.

Γέροντας, Α., Λύτρας, Σ., Παυλόπουλος, Π., Σιούτη, Γ, Φλογαΐτης, Σ. (2010). *Διοικητικό δίκαιο*, Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.

Γεωργόπουλος Α., (2004). *Αναδιοργάνωση Επιχειρήσεων*, εκδ . Παπαζήση, Αθήνα.

Chandler J. A. (2003), *Δημόσια Διοίκηση Συγκριτική Ανάλυση*, Παπαζήσης.

Δαγτόγλου, Π. Δ. (2004). *Γενικό Διοικητικό Δίκαιο*, (5η έκδοση ενημερωμένη από τον Π. - Μ. Ευστρατίου), Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.

διαΝΕΟσις: «Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Σεπτέμβριος 2020

ΔΙΠΑ/Φ.1/οικ.6305/12.3.2007, «Αποστολή Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης και Οδηγού Εφαρμογής του Κ.Π.Α.», Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης.

ΔΙΠΑ/Φ.1/οικ.9537/12.4.2007, «Οδηγίες για τη Σύσταση και Λειτουργία της Ομάδας Αυτοαξιολόγησης και το ρόλο του Προέδρου», Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης.

ΕΛΣΤΑΤ (2016). *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*. Αθήνα: Πειραιάς. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE22/->

ΕΣΔΥ (2012). *Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Ανακτήθηκε από http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Hammer M., Champy J., (1997). *Ανασχεδιάζοντας τις λειτουργίες της επιχείρησης*, εκδ. Γαλαίος, Αθήνα.

ΙΚΠΙ (2010 – 2013 – 2015). *Πανελλαδική Έρευνα Υγείας Hellas Health IV*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας (2017 – 2018). *Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία*. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2017. Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας.

Καρωτάκης Κ. (2014), «*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Διαχείριση Αλλαγής στους Δημόσιους Οργανισμούς*».

Κέφης Β. (1998). «*Το Μανατζμεντ των Δημόσιων επιχειρήσεων και Οργανισμών*», Interbooks, Αθήνα.

Κέφης, Β. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: Θεωρία και Πρότυπα*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ), Δ' Έκδοση, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Δ/νση Ποιότητας και Αποδοτικότητας, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 2009.

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

Λέκκας, Ε., (2011). *Επιχειρησιακή Οργάνωση των Δήμων του ΑΣΔΑ για την Πολιτική Προστασία και την Αντιμετώπιση φυσικών και περιβαλλοντικών κινδύνων*. Επιχειρησιακά Σχέδια Έκτακτων Αναγκών.

Μακρυδημήτρης, Ε. (1996). *Η Διοίκηση σε κρίση*, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.

Μακρυδημήτρης, Α., Μιχαλόπουλος, Ν. (1998). «Εκθέσεις εμπειρογνομόνων για τη Δημόσια Διοίκηση 1950-1998». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Μιχαλόπουλος, Ν. (2003). *Από τη Δημόσια Γραφειοκρατία στο Δημόσιο Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Παπαζήση.

Μπολώτης Ε., (2021). *Ο Επιχειρησιακός Σχεδιασμός , Οργάνωση & Λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων εν όψει της πανδημίας SARS Covid – 19, Εργασία Μεταπτυχιακού Μαθήματος Διοίκηση Εφοδιαστικής Αλυσίδας, Πολυτεχνείο Κρήτης.*

Μπολώτης Ε., (2020). *Ποιότητα και Διαφάνεια στη Δημόσια Διοίκηση: Πως η Διαφάνεια Μπορεί να Οδηγήσει στην Βελτίωση της Ποιότητας, Εργασία Μεταπτυχιακού Μαθήματος Συστήματα Διοίκησης Ποιότητας στη Δημόσια Διοίκηση, Πολυτεχνείο Κρήτης.*

Πασσάς Π. (2009), *Δομές και Εργαλεία Δημόσιου Μάνατζμεντ, Σημειώσεις εισήγησης*, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.

Πραστάκος Γ., (2005). *Διοικητική Επιστήμη: Λήψη επιχειρησιακών αποφάσεων στη κοινωνία της πληροφορίας*, εκδ. Σταμούλη, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Σπηλιωτόπουλος Επ. (2001). *Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου*, 11η έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

Συνήγορος του Πολίτη (2012). *Οδηγός Ορθής Διοικητικής Συμπεριφοράς*.

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

Τσιότρας, Γ., (2002). *Βελτίωση Ποιότητας*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Τσιότρας, Γ. (2016). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Broken Hill Publishers, Nicosia, Cyprus.

ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α. (2009). *Οδηγός Εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης*, Δ' Έκδοση, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Berry, L.L. (1980). "Services Marketing is different", *Business*, Vol 30 No 3, pp.24-28.
- Bhutta, K.S. and Huq, F. (1999). "Benchmarking - Best Practices: An Integrated Approach", *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 6 No. 3, pp. 254-68., *European Management Journal*, Vol 11 No 3, pp.271-281.
- Bitran, G.R. and Lojo, M. (1993). "A framework for analyzing service operations", *European Management Journal*, Volume 11, Issue 3, September 1993, Pages 271-282.
- Camp, R. (1989). *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*, Quality Press.
- Camp, R. (1995). *Business Process Benchmarking. Finding and Implementing Best Practices*, ASQC Quality Press.
- Crosby B. Ph. (1979). *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*, 1979, McGraw-Hill.
- Dale, B.E. and Plunkett, J.J. (1990). *Managing Total Quality*, BPCC Whetons.
- Dale, B.G., Boardewin, R.J. and Lascelles, D.M. (1994a) "Total Quality Management: an overview", in Dale, B.G. (Ed.), *Managing Quality*, Prentice- Hall, N.Y., pp.3-37
- Davenport, T.H. and Short, J.E. (1990). The New Industrial Engineering: Information Technology and Business Process Redesign. *Sloan Management Review*, 31, 11-27.
- Deming, W.E. (1982). *Quality, Productivity and Competitive Position*, MIT Press, MA.
- Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press, Cambridge.
- Deming, W.E. (2000) *Out of the Crisis*. MIT Press, Cambridge, Reprint Edition.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolas, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), 1-192.
- Edvardsson, B., Thomasson, B. and Ovreteit, J. (1994). *Quality of Service: Making It Really Work*, McGraw-Hill, Inc., New York.
- Engel, C. & Fitzpatrick, S. (2003), *Study on the use of the Common Assessment Framework in European Public Administrations*. European Institute of Public Administration.
- European Semester Thematic Factsheet (2016). *Quality of Public Administration*.
- Eurostat. (2017a). *European Union Statistics on Income and Living Condition*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>
- Feigenbaum, A.V. (1991), *Quality Control: Principles, Practice and Administration*, McGraw-Hill, Inc., New York.
- Future Proofing Healthcare. (2018). The Sustainability Index. Retrieved from <https://futureproofinghealthcare.com/sustainability-index>

- Garvin, D.A. (1988), *Managing Quality: The strategic and competitive edge*, New York: The Free Press.
- Grönroos, C. (1984). " A Service Quality Model and its Marketing Implications ", *European Journal of Marketing*, 18 4, pp. 36-44.
- Gronroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, John Wiley & Sons, UK.
- Gulden, G. K. and Ewers, D. E. (1989). Is Your ESS Meeting the Need? *Computerworld*, July 10, 1989, pp. 85-91.
- Gummesson, E. (1994), "Service Management: An Evaluation and the Future", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 5 No. 1, pp. 77-96.
- Hammer M., Champy J., (2001). *Reengineering the Corporation: A manifesto for Business Revolution*, Harper Business Publishing.
- Harvey J. (1998). Service quality: a tutorial, *Journal of Operations Management*, Vol. 16, Issue 5, pp. 583-597.
- HEICS (1998). The Hospital Emergency Incident Command System, Third Edition June, 1998 Volume I, <https://emacintl.com/docs/HEICS98a.pdf>
- Ishikawa, K. (1985), *What is Total Quality Control? The Japanese Way*, Translated by Lu, D.J., Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Imai, M. (1986), *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*. McGraw-Hill Education, New York.
- Juran, J. M. (1951). *Juran's Quality Control Handbook*. New York: McGraw Hill.
- Juran, J. (1988). *Planning for Quality*, The Free Press, NY.
- Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., & Benow, A. (2011). Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Services Research*, 11, 234
- Murdick R, Render B, Russell R. (1994). *Service Operations Management*. Allyn & Bacon Publishing.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L. (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol 49 (Fall), pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry (1990). Five Imperatives for Improving Service Quality, *Sloan Management Review*, Vol 31 No 4, pp.29-38.
- Petersen B. P. (1999). Total quality management and the Deming approach to quality management, *Journal of Management History*, Vol 5 No 8, pp. 468-488.
- Rathmell, J.M. (1966). "What is meant by service?", *Journal of Marketing*, Vol 30 No 4, (Oct., 1966), pp.32-36, Published By: Sage Publications, Inc.
- Reeves, C. and Bednar, D.(1994). "Defining quality: alternatives and implications", *Academy of Management Review*, Vol 19 No 3, pp.419-445.
- Scally, G. and Donaldson, L. (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medicine Journal*, 4, 61-65.
- Shingo, S. (1986). *Zero Quality Control: Source Inspection and the Poka-Yoke System*, Productivity Press, Stanford, CT.

Souliotis, K., Papageorgiou, M., Politi A., Ioakeimidis, D., & Sidiropoulos, P. (2014). Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis-the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatol Int*, 34, 25-33.

Taguchi, G. (1981). *On Line Quality Control during Productivity*, Tokyo: Japanese Standards Association.

Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16, 309. doi:10.1186/s12913-016-1557-5.

Smith, P., & Goddard, M. (2009). *The English National Health Service: An Economic Health Check*. OECD Economics Department Working Papers, No. 716. Paris: OECD Publishing.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

<https://www.un.org/en/academic-impact/sdgsinacademia-goal-3>

<https://emacintl.com/docs/HEICS98a.pdf>

<https://chaniahospital.gr/istoria/>

<http://www.sgi-network.org/2017/Governance>

<http://apografi.gov.gr/2010>

<http://topotami.gr/dimosia-diikisi-prov1irnata-ke-drasis/>

<https://www.nist.gov/baldrige>

<https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award>

<https://efqm.org/>

www.eoq.org

<http://www.iso.org>

<http://www.elot.gr/>

www.esyd.gr

https://issuu.com/kdz_austria/docs/cafworke_n/s/11739365

https://www.eipa.eu/?_gl=1%2A1t68ozk%2A_up%2AMQ..%2A_ga%2AOTQ4MTgzMDEwLjE2Nzc5NTMzMjE.%2A_ga_M0271KCS2J%2AMTY3Nzk1MzMyMC4xLjEuMTY3Nzk1MzMzMCAwLjAuMA..

<https://chaniahospital.gr/epitropi-loimoxeon/>

<https://eody.gov.gr/neos-koronaios-covid-19/>

<https://odipy.gov.gr/organismos/odipy/>

<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>

<https://odipy.gov.gr/deiktes-asfaleias-kai-apotelesmatikotitas/>

<https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Νομοθεσία που διέπει το ΕΣΥ

Έτος	Τίτλος / Περιεχόμενο	Νόμος / Παρέμβαση	Υπουργός	Πρωθυπουργός
1983	Ιδρυτικός Νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	Νόμος 1397 (ΦΕΚ 143, 13.10.1983)	Παρασκευάς Αυγερινός	Ανδρέας Παπανδρέου
1985	Βελτιώσεις στο Ε.Σ.Υ.	Νόμος 1579 (ΦΕΚ 217, 23.12.1985)	Γιώργος Γεννηματάς	Ανδρέας Παπανδρέου
1992	Εκσυγχρονισμός Ε.Σ.Υ.	Νόμος 2071 (ΦΕΚ 123, 15.07.1992)	Γιώργος Σούρλας	Κωνσταντίνος Μητσοτάκης
1994	Αποκατάσταση του Ε.Σ.Υ.	Νόμος 2194 (ΦΕΚ 34, 16.03.1994)	Δημήτρης Κρεμαστινός	Ανδρέας Παπανδρέου
1997	<ul style="list-style-type: none"> Εισαγωγή του θεσμού των γιατρών και αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας Θεσμός νοσοκομειακών γενικών διευθυντών Δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας 	Νόμος 2519 (ΦΕΚ 165, 21.08.1997)	Κώστας Γείτονας	Κώστας Σημίτης
2001	<ul style="list-style-type: none"> Αποκέντρωση του συστήματος υγείας και δημιουργία των περιφερειακών υγειονομικών υπηρεσιών (ΠεΣΥ) Μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ Συγκρότηση ενιαίου φορέα χρηματοδότησης 	Νόμος 2889 (ΦΕΚ 37, 2.03.2001)	Αλέκος Παπαδόπουλος	Κώστας Σημίτης
2003	Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας	Νόμος 3172 (ΦΕΚ 197, 6.08.2003)	Κώστας Στεφανής	Κώστας Σημίτης
2004	Εκσυγχρονισμός του πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Νόμος 3235 (ΦΕΚ 53, 18.02.2004)	Κώστας Στεφανής	Κώστας Σημίτης
2005	<ul style="list-style-type: none"> Ανανέωση και εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας Πλαίσιο βιοηθικής και 	Νόμος 3370 (ΦΕΚ 176, 11.04.2005)	Νικήτας Κακλαμάνης	Κώστας Καραμανλής

Έτος	Τίτλος / Περιεχόμενο	Νόμος / Παρέμβαση	Υπουργός	Πρωθυπουργός
	δεοντολογίας			
2011	Ενοποίηση κλάδου ασφάλισης υγείας και ιδρυματικός νόμος ΕΟΠΠΥ	Νόμος 3918 (ΦΕΚ 31, 2.03.2011)	Ανδρέας Λοβέρδος	Κώστας Καραμανλής
2014	Δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ)	Νόμος 4238 (ΦΕΚ 381, 7.02.2014)	Αδωνις Γεωργιάδης	Αντώνης Σαμαράς
2014	Ρυθμίσεις για την κάλυψη της περίθαλψης των ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων	Νόμος 4368 (ΦΕΚ 381, 28.06.2014)	Αδωνις Γεωργιάδης	Αντώνης Σαμαράς
2016	Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων	Νόμος 4368 (ΦΕΚ 21, 21.02.2016)	Ανδρέας Ξανθός	Αλέξης Τσίπρας
2017	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Νόμος 4486 (ΦΕΚ 115, 7.08.2017)	Ανδρέας Ξανθός	Αλέξης Τσίπρας
2019	Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)	Νόμος 4633 (ΦΕΚ 161/Α, 16.10.2019)	Βασίλης Κικίλιας	Κυριάκος Μητσοτάκης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Νομοθεσία που διέπει την λειτουργία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ

Νομοθεσία	Περιγραφή	ΦΕΚ
Υπουργική απόφαση με αριθμ. Γ2α/73800/17 ΦΕΚ Β 6166 2018	Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	<u>6166/Β/31-12-2018</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 3230/2004	Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας	<u>44/Α/11-2-2004</u>
Προεδρικό Διάταγμα με αριθμ. 118/2007	Κανονισμός Προμηθειών Δημοσίου	<u>150/Α/10-7-2007</u>
Προεδρικό Διάταγμα με αριθμ. 60/2007	Συντονισμός των διαδικασιών σύναψης δημοσίων συμβάσεων έργων, προμηθειών και υπηρεσιών	<u>64/Α/16-3-2007</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 3868/2010	Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	<u>129/Α/03-8-2010</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 4057/2012	Πειθαρχικό Δίκαιο Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων ΝΠΔΔ	<u>54/Α/14-3-2012</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 2362/1995	Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του Κράτους	<u>247/Α/27-11-1995</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 4354/2015	Μισθολογικές ρυθμίσεις των υπαλλήλων του Δημοσίου, των ΟΤΑ, των ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, καθώς και των ΔΕΚΟ	<u>176/Α/16-12-2015</u>

Εγκύκλιος ΔΙΔΑΔ/Φ.32.14/753/οικ.7513/2017 Υπ. Διοικητικής Ανασυγκρότησης	Ν. 4369/2016 (ΦΕΚ Α' /33) – ΜΕΡΟΣ Β' ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ- Αξιολόγηση, Στοχοθεσία, Κοινωνική λογοδοσία και συμμετοχή	<u>ΑΔΑ: ΨΩ5Κ465ΧΘΨ-ΠΥΒ</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 4368/2016	Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις	<u>21/Α/21-02-2016</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 2071/1992	Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας	<u>123/Α/15-07-1992</u>
Εγκύκλιος ΔΙΔΑΔ/Φ.32.14/770/οικ.23065/2017 Υπ. Διοικητικής Ανασυγκρότησης	Ολοκλήρωση διαδικασίας αξιολόγησης σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 4369/2016	<u>ΑΔΑ: 7ΖΖΞ465ΧΘΨ-ΥΘΘ</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 4412/2016	Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών	<u>ΦΕΚ 147/Α/8-8-2016</u>
Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679	Ενιαίο νομικό πλαίσιο για την προστασία των προσωπικών δεδομένων σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ (που αντικαθιστά την οδηγία 95/46/ΕΚ)	<u>(ΕΕ) 2016/679</u>
Οδηγία (ΕΕ) 2016/680 δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ	Οδηγία προστασίας των δεδομένων στον τομέα της επιβολής του νόμου (που αντικαθιστά την απόφαση- πλαίσιο του 2008 για την προστασία των δεδομένων)	<u>Οδηγία (ΕΕ) 2016/680</u>
Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας για τη συμμόρφωση με τον ΓΚΠΔ (GDPR)	Συμμόρφωση των δημόσιων και ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον ΓΚΠΔ (GDPR) και το πλαίσιο εφαρμογής του στον τομέα της υγείας	<u>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ GDPR v2.2</u>
Προεδρικό Διάταγμα με αριθμ. 150/2001	Προσαρμογή στην Οδηγία 99/93/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με το Κοινοτικό Πλαίσιο για Ηλεκτρονικές Υπογραφές	<u>125/Α/25-06-2001</u>

Νόμος υπ' αριθμ. 3979/2011	Ηλεκτρονική διακυβέρνηση και λοιπές διατάξεις	<u>138/A/16-06-2011</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 4624/2019	Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού GDPR	<u>137/A/29-8-2019</u>
Υπουργική απόφαση με αριθμ. Υ1.Γ.Π.114971	Μέτρα, όροι και διαδικασίες για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων που συνδέονται με τη νοσηλεία των ασθενών στους Χώρους Παροχής Υγείας	<u>388/B/14</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 2889/2001	Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις	<u>37/A/2001</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 2194/1994	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις	<u>34/A/94</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 1397/1983	Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις	<u>143/A/83</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 3329/2005	Περιφερειακό Σύστημα ΕΣΥ και Κοιν. Αλληλεγγύης ΔΥΠΕ-Νοσοκομείο, κλπ	<u>34/A/94</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 3754/2009	Ρύθμιση των όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το πδ 76/2005 και άλλες διατάξεις	<u>43/A/2009</u>
Νόμος υπ' αριθμ. 3418/2005	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κλπ	<u>287/A/05</u>
ΥΑ Γ3β/ΓΠοικ 40569	Τροποποίηση ΥΑ 2000 περί οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	<u>2044/B/2019</u>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Δράσεις Επιτροπής Λοιμώξεων – Δημιουργία Ειδικών Υγειονομικών Πρωτοκόλλων & Οδηγιών προς το Προσωπικό του ΓΝΧ, βασισμένα στις κατευθυντήριες οδηγίες του ΕΟΔΥ)

- Οδηγίες για εξοπλισμό θαλάμων μόνωσης-εξέτασης ύποπτων/θετικών περιστατικών
- Ορισμός κρούσματος και οδηγίες διαχείρισης ύποπτου περιστατικού
- Σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση πιθανού κρούσματος/ σχεδιάγραμμα κατανόησης χώρου και μεταφοράς ασθενούς
- Οδηγίες για τη χρήση ΜΑΠ
- Οδηγίες για την ορθή λήψη ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος
- Οδηγίες για καθαρισμό, απολύμανση και αερισμό, χώρων που έχουν εκτεθεί στον ιό sars cov2
- Οδηγίες για τη μεταφορά δειγμάτων θετικών ασθενών στο εργαστήριο
- Επαναλαμβανόμενες οδηγίες για μέτρα πρόληψης και ελέγχου διασποράς της νόσου
- Οδηγίες για θεραπεία θετικών covid ασθενών στην κοινότητα, αλλά και των νοσηλευόμενων ασθενών, καθώς και διαχείριση της υποξαιμικής αναπνευστικής ανεπάρκειας
- Έκδοση οδηγιών για τη χρήση των αντιικών φαρμάκων στην κοινότητα, αλλά και στους νοσηλευόμενους ασθενείς
- Αποστολή οδηγιών για την βιοασφάλεια των εργαστηρίων
- Οδηγίες για την εκτίμηση κινδύνου και διαχείριση του προσωπικού του νοσοκομείου που έχει εκτεθεί σε θετικό covid περιστατικό
- Αποστολή οδηγιών με θέμα εγκυμοσύνη και covid λοίμωξη
- Οδηγίες για τη διαχείριση ανεξήγητου εμπυρέτου νοσηλευόμενου ασθενούς
- Οδηγίες για τη διαλογή ασθενών στην πύλη/είσοδο του νοσοκομείου
- Πρωτόκολλο διαχείρισης θετικού ασθενούς σε non covid κλινική.
- Πρωτόκολλο για την μετακίνηση ασθενών covid θετικών από το ΤΕΠ ή άλλες κλινικές προς τις κλινικές covid
- Οδηγίες για τη «διαχείριση νεκρών σωμάτων με λοίμωξη covid»
- Πρωτόκολλο επείγοντος χειρουργείου ασθενούς covid θετικού

- Οδηγίες για προαπαιτούμενο μοριακό έλεγχο ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική ή ενδοσκοπική επέμβαση.
- Πρωτόκολλο διαχείρισης covid θετικού ασθενούς στο αιμοδυναμικό εργαστήριο.
- Πρωτόκολλο διαχείρισης αεραγωγού σε covid θετικό ασθενή.
- Πρωτόκολλο διαχείρισης νεογνού/επιτόκου covid θετικού.
- Κατ' επανάληψη συστάσεις για καθολική χρήση μάσκας από το προσωπικό και τήρηση ατομικού διαλείμματος.
- Οδηγίες προς συνοδούς με ειδικό έντυπο για απαγόρευση επισκεπτηρίου, καθολική χρήση μάσκας, τήρηση αποστάσεων
- Έκδοση οδηγιών για υποχρεωτική καταγραφή των θετικών ασθενών στο εθνικό μητρώο covid
- Οδηγίες για τον υποχρεωτικό μοριακό έλεγχο για sars cov2, του προσωπικού που επιστρέφει από άδεια
- Αποστολή οδηγιών με μέτρα πρόληψης διασποράς του ιού sars cov2 στις δομές φιλοξενίας ασθενών (ψυχιατρικές δομές) του νοσοκομείου μας
- Κριτήρια λήξης απομόνωσης νοσηλευόμενων θετικών covid ασθενών .
- Οδηγίες παρακολούθησης covid θετικών ασθενών στις ψυχιατρικές δομές που ανήκουν στο νοσοκομείο μας.
- Εντατικοποίηση του διαγνωστικού ελέγχου του προσωπικού του νοσοκομείου μας ανά τακτά χρονικά διαστήματα
- Οδηγία για έλεγχο με rapid test αλλά και μοριακό έλεγχο σε κάθε ασθενή που εισάγεται στο νοσοκομείο
- Γραπτή ενημέρωση του προσωπικού για τον εμβολιασμό covid 19
- Οδηγίες για τακτικό περιοδικό έλεγχο των αποκλειστικών συνοδών για covid 19
- Επικαιροποίηση οδηγιών για τη διαχείριση και αντιμετώπιση νεογνών με covid 19
- Πρωτόκολλο εισόδου εξωτερικών συνεργατών του νοσοκομείου με μοριακό έλεγχο
- Έγγραφες οδηγίες για την επιστροφή στην εργασία υγειονομικών που νόσησαν από covid 19
- Αποστολή θεραπευτικού αλγόριθμου (Νοέμβριος 2021), ενηλίκων μη νοσηλευόμενων ασθενών με covid 19, στον οποίο θέση έχουν και τα μονοκλωνικά αντισώματα
- Δημιουργία ειδικού εντύπου στο ΤΕΠ Covid με πληροφορίες για τους εμπύρετους και covid θετικούς ασθενείς.
- Οδηγίες για τη διαχείριση μολυσματικού ιματισμού

- Ενημέρωση του προσωπικού για εφαρμογή του υποχρεωτικού μέτρου ελέγχου νόσησης με self test.
- Γραπτές οδηγίες και συστάσεις για την εφαρμογή της ΚΥΑ με θέμα «το επισκεπτήριο των νοσηλευόμενων ασθενών και μέτρα πρόληψης και ελέγχου διασποράς του ιού covid 19 στο ΤΕΠ, Εξωτερικά ιατρεία και Κλινικά τμήματα», έλεγχος επισκεπτηρίου με rapid ή pcr.
- Εφαρμογή της ΚΥΑ για μοριακό έλεγχο και των ασθενών που εισάγονται στη βραχεία νοσηλεία των ογκολογικών/αιματολογικών ασθενών
- Έκδοση νέου πρωτοκόλλου και αυστηροποίηση της επιτήρησης για τυχόν διασπορά του ιού Sars cov2 στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου.
- Σύσταση και Οδηγίες αποστολής δειγμάτων θετικών covid ασθενών στο Εργαστήριο κλινικής ιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης για γονιδιωματική επιτήρηση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Νομοθετικό Πλαίσιο που διέπει την Κλινική Διακυβέρνηση

N.2071/1992 (ΦΕΚ 123Α/ 15.07.1992)	Δικαιώματα νοσοκομειακών ασθενών (π.χ. σεβασμός στην αξιοπρέπεια του κατά την παροχή φροντίδας, κλπ.), άρθρο 62 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας».
N.2231/1994 (ΦΕΚ 139Α/ 31.08.1994)	Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Διαπίστευσης (Ε.Σ.Υ.Δ.) για την Καθιέρωση και λειτουργία Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης.
N.2519/1997 (ΦΕΚ 165Α/ 21.08.1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών, Υπουργείο Υγείας, • Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων, Υπουργείο Υγείας, • Γραφείο Επικοινωνίας Πολίτη σε όλα τα νοσοκομεία → επικέντρωση στον ασθενή.
N.2889/2001 (ΦΕΚ 37Α/ 02.03.2001)	Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας (ΠΕΣΥ) και Νοσοκομεία > 400 κλινών → ύπαρξη ελέγχου και επιθεώρησης, διάχυση πληροφοριών, συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
N.3230/2004 (ΦΕΚ 44Α/11.02.2004)	Καθιέρωση Συστήματος Διοίκησης μέσω Στόχων – Μέτρηση Αποδοτικότητας και Αποτελεσματικότητας (Δείκτες Μέτρησης)
N.3235/2005 (ΦΕΚ 53Α/ 18.02.2005)	Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος και Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας
N.3418/2005 (ΦΕΚ 287Α/ 28.11.2005)	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας → δικαίωμα ενημέρωσης και συναίνεσης ασθενούς
Π.Δ. 21/2006 (ΦΕΚ 17Α/ 07.02.2006)	Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας στο Υπουργείο Υγείας → Μέτρηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του Υπουργείου και των υπαγόμενων σε αυτό υπηρεσιών.
N.397/2008 (ΦΕΚ 194Α/ 25.09.2008)	Επιτροπή στο ΚΕΣΥ για τη σύνταξη Διαγνωστικών – Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων
N. 3868/2010 (ΦΕΚ 129Α/ 03.08.2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη. • Γραφείο Ποιότητας και άμισθης Επιτροπής Ποιότητας σε Νοσοκομεία > 400 κλινών. • Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας – Άμισθες Επιτροπές Ποιότητας
N.4025/2011 (ΦΕΚ 228Α/ 02.11.2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή Ποιοτικού Ελέγχου στις παρεχόμενες υπηρεσίες Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας • Διαπίστευση Εργαστηρίων κατά το ISO 15189 (αναφορά στη διασφάλιση ποιότητας, στην ύπαρξη προτύπων σε διαδικασίες διαπίστευσης και διαδικασίες επιθεώρησης – ελέγχου).
Π.Δ. 106/2014 (ΦΕΚ 173Α/ 28.08.2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Μέτρησης Απόδοσης Ε.Σ.Υ. • Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού • Κατάρτιση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας Υπουργείου Υγείας (Π.Δ. 21/2006)

N.4368/2016 (ΦΕΚ 21Α/ 21.12.2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Καθιέρωση Λίστας Χειρουργείου • Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στο Υ.Υ. • Σύσταση Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας σε κάθε νοσοκομείο.
N.4440/2016 (ΦΕΚ 224Α/ 02.12.2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Ενιαίο Σύστημα Κινητικότητας • Ψηφιακό Οργανόγραμμα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Βασικά Νομοθετήματα Σχετικά με την Ποιότητα στον Τομέα της Υγείας

ΝΟΜΟΣ	ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
N. 3868/2010 - ΦΕΚ 129/Α/3-8-2010	Σύσταση του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας, και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
N. 4238/2014 – Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις	Στο Άρθρο 6 με τίτλο «Σχεδιασμός, ανάπτυξη, εποπτεία και αξιολόγηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στις Δ.Υ.Πε.» αναφέρεται ότι έργο του Τμήματος Περιφερειακού Χάρτη και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτελούν η συλλογή και επεξεργασία όλων των εκθέσεων και αναφορών για τις Μονάδες Π.Φ.Υ. και η τελική αξιολόγηση των Μονάδων αυτών συνοδευόμενη από προτάσεις για τη βελτίωσή τους. Η αξιολόγηση βασίζεται σε πρωτόκολλα και δελτία βέλτιστης πρακτικής που δημοσιεύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και αφορούν σε κριτήρια ποιότητας, αποτελεσματικότητας, επίτευξης στόχων και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις Μονάδες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.»
N. 4368/2016- Άρθρο 60 Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας	<p>Τα Γραφεία μεριμνούν για:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Την ενημέρωση σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες και τα δικαιώματα των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας ✓ Την έγκαιρη ενημέρωση των ανασφάλιστων ασθενών και των οικείων τους, για τις διαδικασίες υγειονομικής και φαρμακευτικής κάλυψής τους όπως και για την επιτυχή διεκπεραίωση των σχετικών διαδικασιών σε συνεργασία με τα Γραφεία Κίνησης των Νοσοκομείων ✓ Την παρακολούθηση εξυπηρέτησης των ληπτών/ριών εντός του Νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του ✓ Τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων καθώς και τη συλλογή θετικών εντυπώσεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ✓ Τη διευκόλυνση υποβολής αναφορών στον Συνήγορο του Πολίτη, στην Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στις Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας και σε κάθε σχετική ελεγκτική αρχή ✓ Την παρέμβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες του Νοσοκομείου για την ομαλή διευθέτηση των προκυπτουσών διαφορών και την ποιοτική εξυπηρέτηση των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας ✓ Την ενημέρωση του προσωπικού του Νοσοκομείου σχετικά με τις ορθές κάθε φορά πρακτικές, με βάση τη νομοθεσία και την ιατρική δεοντολογία. ✓ Τη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών υποδοχής και εξυπηρέτησης των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας & για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.

<p>N. 4461/2017 - Άρθρο 21: Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ)</p>	<p>Σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ), το οποίο έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες, μεταξύ άλλων:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Γνωμοδοτεί για τα σχέδια αξιολόγησης ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. ✓ Γνωμοδοτεί και εισηγείται προτάσεις για τις ερευνητικές προτεραιότητες για τη Δημόσια Υγεία. ✓ Διαμορφώνει τη μεθοδολογία και τα κριτήρια ποιοτικού ελέγχου και τεκμηριωμένης αξιολόγησης του επιστημονικού έργου των εποπτευόμενων φορέων και των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο της ετήσιας έκθεσης των δραστηριοτήτων τους. ✓ Διαμορφώνει κριτήρια για την αξιολόγηση και πιστοποίηση των δραστηριοτήτων κατάρτισης στη Δημόσια Υγεία. Κατά περίπτωση το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας δύναται να προσκαλεί σε συμμετοχή στις εργασίες του εμπειρογνώμονες ή ειδικούς επιστήμονες.
<p>N. 4715/ 2020: Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ίδρυση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.) και άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας</p>	<p>Συστήνεται ο Ο.ΔΙ.Π.Υ Α.Ε. που σκοπεύει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, και στην ορθολογική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας, με στόχο την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Με το πρόσφατο νομοσχέδιο, ο «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε.» διέπεται από τους ν. 4548/2018 (Α' 104) και 3429/2005 (Α' 314) και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Το νομοσχέδιο αφορά όλα τα νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και λειτουργούν ως πάροχοι υπηρεσιών υγείας, υποχρεούνται να παρέχουν ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τους εξυπηρετούμενους τους και ενεργώντας προς τον σκοπό της ασφαλούς, αποτελεσματικής και κατά το δυνατόν πληρέστερης κάλυψης των αναγκών υγείας τους. Μεταξύ άλλων, οι αρμοδιότητες του ΟΔΙΠΥ Α.Ε περιλαμβάνουν: την ανάπτυξη διαδικασιών και προτύπων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας, τη διαμόρφωση δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την κατάρτιση και τήρηση μητρώου εξωτερικών εμπειρογνομόνων για την αξιολόγηση, τη διατύπωση προτάσεων για την παροχή κινήτρων σε παρόχους υπηρεσιών υγείας για τη συμμόρφωσή τους με τις διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών, καθώς και για την παροχή ανταμοιβών στους παρόχους υπηρεσιών υγείας που τηρούν τις ενδεδειγμένες διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών τους και επιτυγχάνουν εξαιρετικές επιδόσεις, την υλοποίηση και η υποστήριξη αυτοτελών υπηρεσιών εκπαίδευσης και κατάρτισης των παρόχων υπηρεσιών υγείας ως προς τις διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη Εθνικών Προτύπων Διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας.</p>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

Παραδείγματα Προτύπων Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας που Οδηγούν σε Λήψη Πιστοποιητικού Ποιότητας & Σχετίζονται με τις Υπηρεσίες Υγείας

Πιστοποιητικό	Περιγραφή
ISO 9001	Είναι το πιο διαδεδομένο και αναγνωρισμένο διεθνές Πρότυπο για τη διαχείριση της ποιότητας. Αφορά σε όλες τις κατηγορίες των Οργανισμών, ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος και την παρεχόμενη υπηρεσία. Το Πρότυπο αποτυπώνει τις απαιτήσεις για τον συστηματικό έλεγχο των λειτουργιών ενός Οργανισμού, ώστε να εξασφαλίζεται η ικανοποίηση των αναγκών και των απαιτήσεων των πελατών
EN 15224	Αποτελεί το Ευρωπαϊκό πλαίσιο προδιαγραφών για την ανάπτυξη και την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται με επάρκεια στις ειδικές ανάγκες και τις ιδιαίτερες συνθήκες των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας (νοσοκομεία, κλινικές, εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα) και των εξειδικευμένων μονάδων όπως κέντρα εξωσωματικής – αναπαραγωγικής υγείας (μονάδες IVF), οδοντιατρικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας κ.α.
ISO 37001	Το πρότυπο ISO 37001:2016, εκδόθηκε τον Οκτώβριο του 2016 και καλλιεργεί κλίμα κατά της δωροδοκίας εντός του οργανισμού, με σκοπό την ενίσχυση της εμπιστοσύνης και της διαφάνειας, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα τη γενική βελτίωση της ροής εργασιών ενός οργανισμού. Το πρότυπο καθορίζει τις απαιτήσεις και παρέχει καθοδήγηση για την ανάπτυξη συστήματος διαχείρισης, σχεδιασμένο ώστε να βοηθά τον εκάστοτε οργανισμό να προλαμβάνει, να ανιχνεύει και να χειρίζεται ενδεχόμενες περιπτώσεις δωροδοκίας και να συμμορφώνεται με τους νόμους κατά της δωροδοκίας και εν γένει της διαφθοράς.
ISO 22000- HACCP Food Safety Management Systems	Το ISO 22000 είναι ένα πρότυπο που αναπτύχθηκε από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης με αντικείμενο την ασφάλεια τροφίμων. Κίνδυνος για την ασφάλεια των τροφίμων μπορεί να προκληθεί σε οποιοδήποτε στάδιο της τροφικής αλυσίδας και για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται συστηματικός και επαρκής έλεγχος. Το πρότυπο καθορίζει τις απαιτήσεις για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ασφάλειας τροφίμων
OHSAS 18001/ISO 45001	Αποτελεί το πλέον αναγνωρισμένο διεθνώς πρότυπο για την πιστοποίηση του Συστήματος Διαχείρισης Υγείας και Ασφάλειας στην εργασία ενός Οργανισμού. Περιλαμβάνει τη διαχείριση των κινδύνων, της υγείας και της ασφάλειας των επιχειρηματικών του δραστηριοτήτων (πρόληψη των ατυχημάτων, μείωση των κινδύνων και διασφάλιση της ευεξίας των εργαζομένων).
ISO/IEC 27001	Το ISO 27001:2013 (IT Information Management System) είναι ένα διεθνές πρότυπο για τη διαχείριση της ασφάλειας των πληροφοριών. Το πρότυπο αυτό απευθύνεται σε όλους τους Οργανισμούς.

	<p>Δεδομένου ότι η εφαρμογή του GDPR δεν πιστοποιείται, η πιστοποίηση σύμφωνα με το πρότυπο ISO 27001:2013 παρέχει μια ανεξάρτητη και εξειδικευμένη αξιολόγηση για το αν έχουν εφαρμοστεί τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία των δεδομένων σας σύμφωνα με το GDPR</p>
ISO 13485	<p>Το ISO 13485 απευθύνεται σε εταιρείες που εμπλέκονται σε οποιοδήποτε στάδιο της παραγωγής ιατροτεχνολογικών προϊόντων αλλά και σε εταιρείες που παρέχουν σχετιζόμενες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει απαιτήσεις που σχετίζονται με τις παρακάτω διεργασίες:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός και ανάπτυξη • Παραγωγή και έλεγχοι • Αποθήκευση και διανομή • Εγκατάσταση και τεχνική υποστήριξη • Σχεδιασμός και υλοποίηση σχετιζόμενων υπηρεσιών

