

**Policy
Paper**

**Ανάγκη Επανασχεδιασμού της Νοσοκομειακής
και της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας**



Συντονισμός Συγγραφικής Ομάδας:

Τούντας Γιάννης

Ομότιμος Καθηγητής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Υφαντόπουλος Ιωάννης

Ομότιμος Καθηγητής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μέλη Συγγραφικής Ομάδας (με αλφαβητική σειρά):

Αθανασάκης Κώστας

Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Βοζίκης Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Γείτονα Μαρία

Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Γούλα Ασπασία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Ζαούτης Θεοκλής

Καθηγητής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ζηλίδης Χρήστος

Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Καϊτελίδου Δάφνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Οικονόμου Χαράλαμπος

Καθηγητής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Πιερράκος Γιώργος

Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Πολύζος Νίκος

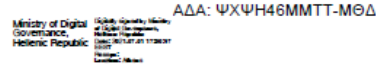
Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Σουλιώτης Κυριάκος

Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ επί θεμάτων επανασχεδιασμού των Νοσοκομειακών και Μετα-νοσοκομειακών Υπηρεσιών

(ΑΔΑ: ΨΧΨΗ46ΜΜΤΤ-ΜΘΔ)



Αθήνα, 1 Ιουνίου 2021

ΑΔΑ: ΨΧΨΗ46ΜΜΤΤ-ΜΘΔ

Αριθ. Πρωτ.: 107

ΑΠΟΦΑΣΗ

Της Προέδρου της Ανώνυμης Εταιρείας με την επωνυμία «Οργανισμός
Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Ανώνυμη Εταιρεία» και τον διακριτικό
τίτλο «Ο.ΔΙ.Π.Υ.Α.Ε.»

Έχοντας υπόψη:

- τις διατάξεις του Νόμου 4715/2020 (Φ.Ε.Κ. Α149/1.08.2020), δυνάμει του οποίου συνεστήθη η Εταιρεία με την επωνυμία «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Ανώνυμη Εταιρεία» και τον διακριτικό τίτλο «Ο.ΔΙ.Π.Υ.Α.Ε.»
- την ΚΥΑ υπ' Αριθμ. Γ4β/ΤΠ.οικ.:60608 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ. αρ. 810/01-10-2020.
- τις διατάξεις του Νόμου 4771/2021 (Φ.Ε.Κ. Α/1.02.2021), δυνάμει του οποίου προστέθηκε το άρθρο 5Α στον ν. 4715/2020 (Α' 149)
- το πρακτικό Νο 1 της Συνεδρίασης της 4^{ης} /11/2020 του Συμβουλίου Διοίκησης του Ο.ΔΙ.Π.Υ.Α.Ε, σύμφωνα με το οποίο το Συμβούλιο Διοίκησης συγκροτήθηκε σε σώμα.
- Τις Υπηρεσιακές ανάγκες
- του ν. 3861/2010 (Α' 112) «Ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδικτυο "Πρόγραμμα Διαύγεια" και άλλες διατάξεις", ως ισχύει σήμερα,

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

Ορίζει ως Εμπειρογνώμονες, επί θεμάτων επανασχεδιασμού των Νοσοκομειακών, Μετα-νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Χρόνιας Κλειστής Φροντίδας τους κάτωθι ακαδημαϊκούς (με αλφαβητική σειρά):

- Αθανασάκης Κώστας (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής)
- Βοζύκης Αθανάσιος (Πανεπιστήμιο Πειραιώς)
- Γείτονα Μαρία (Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου)

- Γούλα Άσπα (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής)
- Ζαούτης Θεοκλής (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)
- Ζηλιώης Χρήστος (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας)
- Οικονόμου Χαράλαμπος (Πάντειον Πανεπιστήμιο)
- Περράκος Γιώργος (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής)
- Πολύζος Νίκος (Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης)
- Σουλιώτης Κυριάκος (Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου)
- Τούντας Γιάννης (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)
- Υφαντόπουλος Ιωάννης (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Συντονιστές της εν λόγω Επιτροπής Εμπειρογνώμονων θα είναι οι Καθηγητές Ιωάννης Τούντας και Ιωάννης Υφαντόπουλος.

Οι ανωτέρω υπηρεσίες θα παρέχονται εθελοντικά και αμισθί. Η παρούσα πράξη δεν συνιστά πρόσληψη ή διορισμό και δεν γεννά υπηρεσιακή, υπαλληλική ή άλλου είδους εργασιακή σχέση των οριζόμενων εμπειρογνώμονων. Η παρούσα απόφαση ισχύει από την υπογραφή της και μέχρι το τέλος της θητείας της Προέδρου, πλην τροποποίησή της ή ανάκλησή της, χωρίς οι ορισθέντες εμπειρογνώμονες να δικαιούνται αποζημίωση από την άσκηση των αρμοδιοτήτων αυτών.

Η παρούσα να αναρτηθεί στον διαδικτυακό τόπο ΔΙΑΥΓΕΙΑ.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 2: Νοσοκομειακή Περίθαλψη.....	9
2.1. Καταγραφή των υφιστάμενων δημόσιων νοσοκομειακών πόρων και συνοπτική περιγραφή τους.....	9
2.1.1. Διαπιστώσεις	10
2.2. Η κάλυψη αναγκών στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη	12
2.2.1. Οι νέες ανάγκες υγείας	13
2.3. Εκτίμηση της ζήτησης για νοσοκομειακή φροντίδα στο ΕΣΥ.....	13
2.3.1. Οι νέες προκλήσεις στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας	15
2.4. Η ημιτελής διοικητική μεταρρύθμιση.....	15
2.5. Συνοπτική περιγραφή των διεθνών πρακτικών στην οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα	16
2.5.1. Οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα με ενιαία διοίκηση των μονάδων υγείας (συγχωνεύσεις/συνενώσεις νοσοκομείων)	16
2.5.2. Το μοντέλο “Hub-and-Spoke”	16
2.5.3. Άλλοι τρόποι οργάνωσης και συντονισμού της νοσοκομειακής φροντίδας	18
2.6. Προτάσεις ενεργειών/διαδικασιών για την αναδιοργάνωση του Νοσοκομειακού τομέα	18
2.6.1. Βασικοί στόχοι.....	18
2.6.2. Οφέλη – Αναμενόμενα Αποτελέσματα	20
2.6.3. Άμεσες Προτάσεις	21
Κεφάλαιο 3: Μετανοσοκομειακή- Φροντίδα	22
3.1. Οριοθέτηση της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας.....	22
3.2. Κατηγορίες ασθενών που έχουν ανάγκη υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας	22
3.3. Μορφές υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας.....	22
3.4. Υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα.....	23
3.4.1. Δημόσιες μονάδες.....	24
3.4.2. Ιδιωτικές μονάδες	25
3.4.3. Χρηματοδότηση.....	26
3.5. Εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού για μετανοσοκομειακή φροντίδα	26
3.5.1. Ζήτηση υπηρεσιών	26

3.6. Ωριμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας στην αντιμετώπιση της μελλοντικής νοσηρότητας; Η αναντιστοιχία μεταξύ ζήτησης και προσφοράς για μετα-νοσοκομειακή φροντίδα	27
3.7. Οι κατευθύνσεις πολιτικής για τη Μετανοσοκομειακή Φροντίδα	30
3.7.1. Πολιτικές και οικονομικές προϋποθέσεις.....	30
3.7.2. Οι κατευθύνσεις της πολιτικής	31
Κεφάλαιο 4: Διασφάλιση της Συνεχούς Φροντίδας	32
4.1. Πλαίσιο και εννοιολογικό περιεχόμενο	32
4.2. Οι συνιστώσες ενός μοντέλου Συνέχειας της Φροντίδας.....	33
4.3. Προτεραιότητες και Προτάσεις Πολιτικής για την Υλοποίησή τους σύμφωνα με τον ΠΟΥ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας - Αξιολόγηση Και Συνεχής Βελτίωση Της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών	39
5.1. Το πλαίσιο για μια Πολιτική Ποιότητας: Η έννοια και η σημασία της ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	39
5.2. Το διεθνές περιβάλλον.....	40
5.3. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ελλάδα.....	41
5.3.1. Διαπιστώσεις.....	42
5.4. Η ανάγκη ανάπτυξης μιας συνολικής Πολιτικής Ποιότητας για τον αποτελεσματικό επανασχεδιασμό της Νοσοκομειακής και Μετανοσοκομειακής Φροντίδας.....	43
5.5. Ο ρόλος του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ Α.Ε.)	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47
Ελληνική	47
Ξενόγλωσση.....	47

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικά, προκειμένου να μπορούν να εκπληρώνουν την αποστολή τους, δηλαδή να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Η ανάγκη του σχεδιασμού προκύπτει από τη σύνθετη φύση της σύγχρονης διαδικασίας παραγωγής υπηρεσιών και προϊόντων υγείας, αλλά και από την αλληλεξάρτηση των επιμέρους παραγωγικών συντελεστών. Προκύπτει, επίσης, από την ανάγκη εξυπηρέτησης του κοινωνικού συμφέροντος και από πολιτικοοικονομικά δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Την ευθύνη για την ικανοποίηση της ανάγκης του σχεδιασμού την έχει πρωτίστως το κράτος.

Εκτός από τις «ιδιαιτερότητες» της αγοράς υγείας, ο ρόλος του κράτους στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και για ορισμένους άλλους λόγους. Πρώτα απ' όλα η φύση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού οδηγεί στην αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης για τη διασφάλισή του και στην ανάληψη της σχετικής ευθύνης. Επίσης, οι ραγδαίες μεταβολές που σημειώνονται στο περιβάλλον του συστήματος υγείας (οικονομικό, τεχνολογικό, κοινωνικό, νομικό) επιβάλλουν συνεχή επανασχεδιασμό. Επιπρόσθετα, η στενότητα των πόρων, σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση με τις νέες απαιτήσεις για ποιότητα, επιβάλλουν την εφαρμογή μιας στρατηγικής που θα περιέχει την «πρόγνωση» (forecasting), προκειμένου να εξασφαλίζεται τόσο η αποδοτική όσο και η κοινωνικά δίκαιη λειτουργία του συστήματος υγείας. Έτσι, με τον σχεδιασμό, ελαχιστοποιούνται οι επιπτώσεις από την αβεβαιότητα, επιτυγχάνεται η ομαλή ανάπτυξη και εξέλιξη του συστήματος υγείας, και καθίσταται δυνατή η επίτευξη των βασικών του στόχων.

Συνήθως, οι στόχοι αφορούν τους εξής τομείς:

- Τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού
- Την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας
- Την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας
- Την αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων
- Την ανάπτυξη του οργανισμού
- Τις σχέσεις του οργανισμού με τον κοινωνικό περίγυρο

Από τους στόχους αυτούς, ο πιο βασικός είναι η ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Οι ανάγκες υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις ανάγκες που αφορούν τη θεραπεία και την πρόληψη της αρρώστιας, την ιατροκοινωνική φροντίδα, καθώς και την προαγωγή της υγείας, σύμφωνα πάντα με τον σύγχρονο ορισμό της υγείας. Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις ανάγκες υγείας είναι η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα και η γεωγραφική τοποθεσία. Οι ανάγκες υγείας δημιουργούν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία ικανοποιείται στο βαθμό που το σύστημα υγείας παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες, χωρίς κοινωνικά ή οικονομικά εμπόδια και με βάση τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ποιότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, και ειδικότερα ο νοσοκομειακός τομέας, δεν διαμορφώθηκε στο πλαίσιο ενός εθνικού σχεδιασμού. Αναπτύχθηκε από τη συνάρθρωση επιμέρους νοσοκομείων, τα οποία ιδρύθηκαν στη διάρκεια της νεότερης ιστορίας της χώρας, κυρίως με πρωτοβουλίες του κράτους, αλλά και κοινωφελών οργανισμών, της εκκλησίας, κ.ά. Η ίδρυσή τους ήταν αποτέλεσμα αναγκών που δημιουργούσαν οι επιμέρους ιστορικές συγκυρίες, οι δημογραφικές αλλαγές, οι επιθυμίες των μεγάλων δωρητών, αλλά και οι πολιτικές σκοπιμότητες. Η συνάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα έλαβε

ολοκληρωμένη θεσμική μορφή με την ίδρυση του ΕΣΥ, αν και τα στρατιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία διατήρησαν τη σχετική τους αυτονομία. Όμως, από το 1983 μέχρι σήμερα, και παρά την ίδρυση πολλών νέων νοσοκομείων, δεν υπήρξε ποτέ μια ολοκληρωμένη προσπάθεια για την ανασυγκρότηση του νοσοκομειακού τομέα του ΕΣΥ, καθώς και των μονάδων μετανοσοκομειακής και χρόνιας φροντίδας, με γνώμονα την εκτίμηση και ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού κάθε Περιφέρειας και την ορθολογική/βέλτιστη κατανομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Εξαιτίας της έλλειψης αυτής, οι ανάγκες για άμεση και αποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και για μετανοσοκομειακή και χρόνια φροντίδα, να μην ικανοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Συνεπώς, έπειτα από μία παρατεταμένη περίοδο οριακής λειτουργίας του συστήματος υγείας, κυρίως λόγω της υπο-χρηματοδότησής του, η οποία «καθιερώθηκε» την περίοδο της οικονομικής κρίσης, μια δομική παρέμβαση προς την κατεύθυνση της ενίσχυσής του κρίνεται αναγκαία. Υπαγορεύεται δε από την ανάγκη τόσο για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων, όσο και για αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων (Kaitelidou et al. 2016). Σημειώνεται ότι η αναγκαιότητα αυτή καταγράφεται συστηματικά σε σχετικές έρευνες της πρωτοβουλίας «Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία» του Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας, σύμφωνα με τις οποίες οι πολίτες κρίνουν απαραίτητη μια δομική μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ. σε ποσοστό άνω του 75% (Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας, 2017-2021).

Η στάση αυτή ερμηνεύεται και από τα σημαντικά εμπόδια που οι πολίτες αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας, σε όλα τα επίπεδα των φροντίδων. Ειδικά ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη, στις παραπάνω έρευνες καταγράφεται ανάγκη νοσηλείας για το 13% του πληθυσμού, με την τάση να είναι αυξητική τα τελευταία χρόνια, ενώ εμπόδια στην πρόσβαση δηλώνει το 10% των ασθενών περίπου. Σημειώνεται ότι το δημόσιο σύστημα συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη (74%), ενώ το κύριο εμπόδιο, το οποίο καταγράφεται στην έρευνα, αφορά στον μεγάλο χρόνο αναμονής και ακολουθεί η απόσταση από το νοσοκομείο.

Το τελευταίο αυτό εύρημα συνδέεται και με τις έντονες διαπεριφερειακές ροές για νοσηλεία που διαπιστώνονται στη χώρα. Ειδικότερα, από επεξεργασία των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ προκύπτει ότι για περισσότερο από μία δεκαετία, οι μόνες «υγειονομικά αυτοδύναμες» περιοχές της χώρας είναι η Περιφέρεια της πρωτεύουσής, η Ήπειρος, η Μακεδονία και η Κρήτη, ενώ σχετικά ικανοποιητική συγκράτηση των πολιτών για νοσηλεία παρουσιάζουν και οι υπόλοιπες περιοχές στις οποίες λειτουργούν πανεπιστημιακά νοσοκομεία όπως η Θεσσαλία και η Θράκη. Αντίθετα, οι κάτοικοι της Λοιπής Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας, των Νήσων Αιγαίου και των Ιονίων Νήσων, μετακινούνται για υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης σε ποσοστά που σε κάποιες περιπτώσεις προσεγγίζουν το 40% (Σουλιώτης, 2019).

Με δεδομένη, λοιπόν, την αναγκαιότητα της ανασυγκρότησης του τρόπου παροχής των φροντίδων, το θέμα που ανακύπτει αφορά στον τρόπο με τον οποίο θα προσδιοριστούν το περιεχόμενο μιας τέτοιας παρέμβασης, η προτεραιοποίηση των επιμέρους αξόνων δράσης, ο τρόπος υλοποίησης των μέτρων και, φυσικά, οι απαιτούμενοι πόροι. Προκειμένου, δε, να διαμορφωθεί ένα σχέδιο μεταρρύθμισης, το οποίο θα έχει ρεαλιστικές προοπτικές κατ' αρχάς υλοποίησης και εν συνεχεία επιτυχίας, κρίνεται απαραίτητο να ακολουθηθεί η αυτονόητη αλληλουχία: 1) ανάλυση των αναγκών του πληθυσμού για νοσοκομειακή φροντίδα σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, 2) αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος σε σχέση με τις ανάγκες αυτές, 3) προσδιορισμός των κενών σε πόρους (υλικούς, ανθρώπινους και οικονομικούς), 4) καταγραφή των προτιμήσεων και των επιλογών των πολιτών και 5) προτυποποίηση της νοσοκομειακής φροντίδας στη χώρα.

Άλλωστε, η εμπειρία του παρελθόντος δείχνει ότι, χωρίς μια τέτοια προσέγγιση, οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων στον νοσοκομειακό και μετανοσοκομειακό τομέα, συνήθως εγκλωβίζεται σε επίπεδο εξαγγελιών περί ενίσχυσης του συστήματος, προσλήψεων, αναβάθμισης του εξοπλισμού κ.λπ., χωρίς τελικά να παρουσιάζει πρωτοβουλίες σε επίπεδο εφαρμογής και χωρίς τελικά να αποσαφηνίζεται ούτε το γιατί ούτε το πώς θα υλοποιηθούν τα παραπάνω..

* * *

Υπό το πρίσμα αυτό και με δεδομένη την ανάγκη τεκμηρίωσης του αναγκαίου Επανασχεδιασμού της Νοσοκομειακής, της Μετανοσοκομειακής και της Χρόνιας Φροντίδας, ο Οργανισμός Διασφάλισης για την Ποιότητα στην Υγεία ανέθεσε σε ομάδα ειδικών επιστημόνων την ανάδειξη των υφιστάμενων προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη σχεδιασμού, καθώς και την υποβολή προτάσεων για τη μεθοδολογία που θα πρέπει να ακολουθηθεί προκειμένου να διαμορφωθούν συγκεκριμένες προτάσεις επανασχεδιασμού. Η συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας των ειδικών ήταν άμισθη.

Κεφάλαιο 2: Νοσοκομειακή Περίθαλψη

2.1. Καταγραφή των υφιστάμενων δημόσιων νοσοκομειακών πόρων και συνοπτική περιγραφή τους

Η οργάνωση του επιθυμητού υγειονομικού δημόσιου συστήματος υγείας και η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από την ύπαρξη των κατάλληλων διαθέσιμων υπηρεσιών στον τόπο διανομής του καλυπτόμενου πληθυσμού όσο και από την ύπαρξη του αναγκαίου αριθμού επαγγελματιών υγείας με τις απαραίτητες εξειδικεύσεις και τη σωστή διασπορά στον γεωγραφικό χώρο (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα δημόσια νοσοκομεία ανέρχονται σε 124, εκ των οποίων τα 106 είναι γενικά νοσοκομεία και τα 18 είναι ειδικά. Τα περισσότερα νοσοκομεία του ΕΣΥ διαθέτουν 100-200 κλίνες και προσφέρουν δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ τριτοβάθμια είναι περίπου 30 εξ αυτών διαθέτουν άνω των 400 κλινών, είναι εξοπλισμένα με προηγμένη τεχνολογία και διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό (Εconoμου et al., 2017). Από το 2012 (ν.4052) λειτουργούν ως ΝΠΔΔ περισσότερα από 80, με ενιαίες διοικήσεις αυτών στα υπόλοιπα (άνω των 40).

Η ποσοστιαία χωροταξική κατανομή των δημοσίων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων στις 13 περιφέρειες της χώρας κατά το έτος 2019, καταγράφει εικόνα υπερ-συγκέντρωσης στις περιφέρειες Αττικής (34,6%), της Κεντρικής Μακεδονίας (16,0%) και της Θεσσαλίας (11,5%). Το μικρότερο ποσοστό θεραπευτηρίων παρατηρήθηκε στις περιφέρειες Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Βορείου Αιγαίου και Νοτίου Αιγαίου, όπου τα θεραπευτήρια συνολικά στις τέσσερις προαναφερθείσες περιφέρειες αντιστοιχούν μόλις στο 10,4% του συνόλου της χώρας (ΕΛΣΤΑΤ, 2021).

Το 2019, οι αναπτυγμένες κλίνες κλειστής και κλίνες ανοικτής νοσηλείας ανήλθαν σε 48.542. Από το σύνολο των κλινών, το 69% (33.717) ανήκει στο δημόσιο και το 31% (14.825) στον ιδιωτικό τομέα. Στις περισσότερες υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, η κατανομή των δημοσίων κλινών σε 1.000 κατοίκους κυμαίνεται κατά μέσο όρο στις 3 κλίνες/1.000 κατοίκους (2,8-3,6 κλίνες/1.000 κατοίκους) ενώ, μόνο η 5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας-Στερεάς Ελλάδας) κατέχει πολύ μικρό ποσοστό (2,1 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους) (Υπουργείο Υγείας 2021). Η μέση διάρκεια νοσηλείας στο δημόσιο νοσοκομείο είναι περίπου στις 4,13 ημέρες (ΕΣΔΥ, 2012) και η μέση πληρότητα υπερβαίνει το 70%, με αποκλίσεις (προς τα πάνω για τα μεγάλα και προς τα κάτω για τα μικρά).

Αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό στους κλάδους της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες που έχουν τα πιο χαμηλά ποσοστά απασχόλησης με 5,4% έναντι 10,1% του μέσου όρου στον ΟΟΣΑ. Στις Σκανδιναβικές χώρες η απασχόληση ανέρχεται σε ποσοστό άνω του 15%.

Την τετραετία 2016-2019 παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού του **ιατρικού προσωπικού**, (πλήρους απασχόλησης) στα θεραπευτήρια στο σύνολο της χώρας, κατά 2,1%. Αντιθέτως, στο Νοσηλευτικό Προσωπικό (νοσηλευτές, νοσοκόμοι, μαίες) παρατηρήθηκε, κατά την τετραετία 2016-2019, αύξηση κατά 3,7%, στο Παραϊατρικό Προσωπικό (τεχνολόγοι εργαστηρίων και βοηθοί εργαστηρίων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι, χειριστές-εμφανιστές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) αύξηση κατά 6,7% και στο Βοηθητικό Νοσηλευτικό Προσωπικό των θεραπευτηρίων (βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς, άλλες βοηθητικές ειδικότητες) αύξηση κατά 1,5%. (ΕΛΣΤΑΤ, 2021).

Σχετικά με το ιατρικό προσωπικό ανά υγειονομική περιφέρεια, υπάρχει ανισοκατανομή και παρατηρείται συγκέντρωση του ιατρικού δυναμικού στα δύο αστικά κέντρα της Αθήνας και

της Θεσσαλονίκης. Η 1η ΥΠΕ (Αθήνα-Ανατολική Αττική) διαθέτει 1,99 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και η 7η ΥΠΕ (Κρήτη) 1,6, ποσοστά που υπερβαίνουν τον πανελλαδικό μέσο όρο (1,42). Αντίθετα, η 5η ΥΠΕ (Θεσσαλία-Στερεά Ελλάδα) διαθέτει 0,92 και η 2η ΥΠΕ (Πειραιάς-Δυτική Αττική-Αιγαίο) 1,09. Σε ότι αφορά τους ιατρούς ανά κλίνη, η 1η ΥΠΕ παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερο δείκτη (0,57) (Τούντας, 2020).

Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, η χώρα μας διαθέτει σχετικά μικρό αριθμό νοσηλευτών (3,4 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού έναντι 8,2 στην ΕΕ-27 και 16,9 στη Δανία). Ο λόγος νοσηλευτών προς γιατρούς στα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι 1,5:1 (από τις χαμηλότερες αναλογίες διεθνώς), όταν στην ΕΕ-27η αναλογία είναι 2,3:1 και στη Φιλανδία 4,4:1. (OECD, 2020). Σχετικά με την κατανομή αυτών στις ΥΠΕ, η 1η ΥΠΕ διαθέτει 2,21 νοσηλευτές/τριες ανά 1.000 κατοίκους, η 7η ΥΠΕ 2,02 και η 4η ΥΠΕ (Ανατ. Μακεδονίας-Θράκης) 1,91. Στους νοσηλευτές ανά κλίνη, η 5η ΥΠΕ παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη (0,71) και τον χαμηλότερο η 2η, η 3η και η 7η ΥΠΕ (Τούντας, 2020).

Σε ότι αφορά τους τεχνολογικούς πόρους, η Ελλάδα διαθέτει περισσότερους τομογράφους από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (34 αξονικούς και 27 μαγνητικούς τομογράφους ανά 1 εκατ. πληθυσμού, έναντι 27 και 17 αντιστοίχως κατά μέσο όρο στον ΟΟΣΑ, με 43 και 38 στις ΗΠΑ, 35 και 35 στη Γερμανία, και μόλις 9 και 7 στο Ηνωμένο Βασίλειο). Σε ετήσια βάση, στη χώρα εκτελούνται 150 αξονικές και 64 μαγνητικές τομογραφίες ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, όσες περίπου και στον ΟΟΣΑ (148 και 67 αντιστοίχως) (OECD, 2020). Σημειώνεται ότι αν και δεν υπάρχουν οδηγίες για τον άριστο αριθμό τομογράφων, συνήθως σε περιπτώσεις όπου τα μεγέθη είναι υπερβολικά υψηλά, η τάση είναι να χρησιμοποιούνται χωρίς σημαντικό πρόσθετο διαγνωστικό όφελος για τους ασθενείς.

Τέλος, σε επίπεδο επικράτειας λειτουργούν σήμερα συνολικά 1.013 κλίνες ΜΕΘ (Υπουργείο Υγείας 2021). Ο δείκτης δυναμικότητας του συστήματος υγείας σε κλίνες ΜΕΘ ανέρχεται σε 11,5 κλίνες ανά 100.000 άτομα και σχεδόν αγγίζει το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (12/100.000 άτομα) ενώ ξεπερνά τόσο τον αντίστοιχο της Δανίας (7,8/100.000) όσο και της Ολλανδίας (6,7/100.000) (ΟΟΣΑ 2020, Σούλης, 2021).

2.1.1. Διαπιστώσεις

Την τελευταία δεκαετία, υπήρξαν προσπάθειες ανασχεδιασμού και αναδιάρθρωσης του δημοσίου νοσοκομειακού τομέα με στόχο κυρίως τη μείωση του κόστους λόγω των συνεχών ελλειμμάτων και της αναποτελεσματικής διοίκησης. Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις δρομολογήθηκαν με στόχο την ορθολογικοποίηση του αριθμού των κλινών (συμφωνία οργανικών με αναπτυγμένες κλίνες, με βάση νέους οργανισμούς, 2012) με την παράλληλη μείωση των κλινικών και των εξειδικευμένων μονάδων, αν και η εφαρμογή αυτή ήταν περιορισμένη. Πιο επιτυχημένες ήταν οι μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της διαφάνειας, τη μείωση του κόστους για προμήθειες και την αλλαγή του συστήματος πληρωμών των νοσοκομείων (Kaitelidou et al., 2016).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές βοήθησαν τα νοσοκομεία στον εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά δεν οδήγησαν απαραίτητα σε πλήρως αποδοτική κατανομή των πόρων (Kaitelidou et al., 2016). Μέχρι και σήμερα, ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα στον σχεδιασμό και την ορθολογική κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, με αρνητικές επιπτώσεις στην αποδοτικότητα και την πρόσβαση. Η γεωμορφολογία της χώρας, η κοινωνικο-πολιτισμική υποβάθμιση των απομακρυσμένων περιοχών και οι χαμηλοί μισθοί των γιατρών και των νοσηλευτών, οξύνουν την περιφερειακή ανεπάρκεια προσφοράς υπηρεσιών σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές (Σούλης, 2015).

Οι σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες σε ότι αφορά την κατανομή των διαθέσιμων κλινών, το ανθρώπινο δυναμικό και το διαθέσιμο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς και η άναρχη κατανομή κλινικών και ειδικοτήτων, έχει ως αποτέλεσμα την έντονη διαφοροποίηση κάλυψης της ζήτησης ανά περιφέρεια. Τα μεγάλα δημόσια γενικά νοσοκομεία, με το εξειδικευμένο προσωπικό και τα συστήματα υψηλής ιατρικής τεχνολογίας, βρίσκονται κυρίως σε μεγάλες αστικές περιοχές ενώ, στις αγροτικές περιοχές παρατηρείται έλλειμμα. Για παράδειγμα, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών οξείας νοσηλείας το 2015 καταδεικνύει τριπλάσια διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των κλινών της μητροπολιτικής περιφέρειας Αττικής και των αγροτικών περιοχών της κεντρικής Ελλάδας (OECD, 2020).

Οι παρατηρούμενες ανισοκατανομές ισχύουν και για το ανθρώπινο δυναμικό. Παρά τη συνολική υπερπροσφορά γιατρών στο σύστημα υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία και ορισμένες άλλες μονάδες υγείας χαρακτηρίζονται συχνά από υποστελέχωση ή λειτουργούν κάτω από το όριο της επιχειρησιακής τους ικανότητας. Ως προς την κατανομή του συνολικού αριθμού των επαγγελματιών υγείας, καταγράφονται σημαντικές διαφοροποιήσεις και άνιση περιφερειακή κατανομή. Διαχρονικά παρατηρείται συγκέντρωση του ιατρικού κυρίως δυναμικού στα δύο αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, έπονται οι Περιφέρειες όπου λειτουργούν Τμήματα Ιατρικής στα αντίστοιχα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιπες Περιφέρειες έχουν και τον μικρότερο αριθμό σε σχέση με τον πληθυσμό. Η ανισοκατανομή αυτή δικαιολογείται, σε κάποιο βαθμό, από την ύπαρξη υποδομών υψηλής ιατρικής τεχνολογίας. Το πρόβλημα γίνεται εντονότερο στο νοσηλευτικό προσωπικό και στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες (Τούντας, 2020).

Λόγω της ανισοκατανομής παρατηρείται εγκατάλειψη του τύπου διανομής και της γεωγραφικής τους περιφέρειας, από πολλούς ασθενείς και η νοσηλεία τους στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης ή σε πόλεις όπου λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μεγάλες διαπεριφερειακές ροές ασθενών (Τούντας, 2008).

Οι διαπεριφερειακές ροές ασθενών επιδρούν στην τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων, όπως για παράδειγμα των νομαρχιακών νοσοκομείων, όπου καταγράφεται μη βέλτιστη χρήση των πόρων, φθίνουσες αποδόσεις και αντι-οικονομίες κλίμακος και φάσματος. Το προαναφερόμενο φαινόμενο επιβεβαιώνεται και από μελέτη για τα δημόσια νοσοκομεία την περίοδο 2009 – 2019, όπου διαπιστώνεται μεγάλη διαφοροποίηση ως προς το πόσο αποδοτικά χρησιμοποιούν τους πόρους τους τα μικρά και τα μεγάλα νοσοκομεία. Ειδικότερα για τα μικρά νοσοκομεία (έως 100 κλίνες) καταγράφηκε αποδοτικότητα έως 50%, για τα μεσαία 80-90% και για τα μεγάλα νοσοκομεία έως 130% (Υφαντόπουλος, 2021).

Συμπερασματικά, ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα παρουσιάζει μια στρεβλή κατεύθυνση ως προς:

- Την κατανομή των ανθρωπίνων πόρων, των κλινών, κλινικών και εργαστηρίων,
- Τη διάρθρωσή τους στις αντίστοιχες υπηρεσίες, και την περιφερειακή τους κατανομή,
- Τις δυνατότητες και τη συμβολή τους στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος, που αντανακλάται στις σχέσεις των στελεχών, όπως για παράδειγμα στη σχέση γιατρών/νοσηλευτών,
- Την υπο-χρησιμοποίηση ή την έλλειψη τεχνολογικών πόρων του δημοσίου τομέα, ειδικότερα των επαρχιακών νοσοκομείων,
- Την αυξημένη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) των νοσοκομείων για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο,

- Την ύπαρξη κατακερματισμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων, με σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των ανεπτυγμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων και των οργανικών (ΦΕΚ Οργανισμών),
- Την έλλειψη σημαντικών ιατρικών ειδικοτήτων, ειδικότερα στα περισσότερα από τα επαρχιακά νοσοκομεία και
- Την έλλειψη ιατρικού/διαγνωστικού εξοπλισμού σύγχρονης διαγνωστικής και επεμβατικής τεχνολογίας ή/και την υπο-αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής,
- Την έλλειψη καταγραφής των αναγκών υγείας κάθε υγειονομικής περιφέρειας.

2.2. Η κάλυψη αναγκών στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη

Τα τελευταία χρόνια, πλήθος ερευνητικών πρωτοβουλιών έχουν καταδείξει την ύπαρξη σημαντικών εμποδίων στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Τα εμπόδια πρόσβασης αφορούν κυρίως τους χρονίως πάσχοντες (Souliotis et al, 2014, 2015, 2017), τους ηλικιωμένους και αυτούς που έχουν χαμηλό εισόδημα (Υφαντόπουλος, Χαντζάρας & Κωνσταντόπουλος, 2019, Lykomitrou et al., 2020). Ιδιαίτερα για αυτούς που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες έχουν αυξηθεί οι δυσκολίες πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στη συνέχεια, πλήττοντας έτσι τα κριτήρια της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Εξάλλου στη διάρκεια της κρίσης οι ανισότητες διερευνήθηκαν σε βάρος των μη ευνοούμενων ομάδων πληθυσμού (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018a) και τα εμπόδια στην πρόσβαση αποδίδονται σε δύο κυρίως παράγοντες, οι οποίοι αντανακλούν και τις επιλογές των πολιτών :

- Το πρώτο εμπόδιο έχει ως αφετηρία την ελλειμματική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Lionis et al., 2009) και εκδηλώνεται με την περιορισμένης χρονικής διαθεσιμότητας προσφορά υπηρεσιών υπό ασφαλιστική κάλυψη.
- Το δεύτερο εμπόδιο σχετίζεται με το υφιστάμενο υπόδειγμα χρηματοδότησης, που χαρακτηρίζεται από τη μετακύλιση σημαντικού μέρους του κόστους της φροντίδας στα νοικοκυριά και εκδηλώνεται με την αδυναμία αυτών να καλύψουν μέρος ή και το σύνολο το κόστους της υπηρεσίας που αναζητούν (Pappa et al, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα εμπόδια τα οποία καταγράφονται αφορούν τόσο στο γενικό κοινό όσο και σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενειών, γεγονός το οποίο αντανακλά μια γενικευμένη δυσλειτουργία του συστήματος υγείας. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Σε τρεις πανελλαδικές έρευνες Hellas Health του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ, 2010, 2013, 2015), το υψηλό κόστος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας μη ικανοποίησης ιατρικών αναγκών στον γενικό πληθυσμό.
- 1 στα 5 άτομα δεν έλαβε ιατρική εξέταση ή θεραπεία, παρά τη σχετική ανάγκη, με κύριο εμπόδιο το κόστος σε ποσοστό 70%+ (Eurostat, 2017a).
- 26% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετώπισε πρόβλημα στην πρόσβαση στον γιατρό του και 49% στην πρόσβαση στο φάρμακο (Souliotis et al., 2014). Τα αντίστοιχα ποσοστά σε ασθενείς με καρκίνο ανέρχονται σε 31% και 25% αντίστοιχα (Souliotis et al., 2015).
- Πάνω από το 60% των ασθενών με διαβήτη, υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και νόσο Alzheimer αντιμετώπισαν πρόβλημα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω του κόστους (Zavras et al., 2016).
- Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Μελέτης Ε.ΜΕ.ΝΟ (2014), μαστογραφία έχει κάνει κάποια στιγμή το 68% των γυναικών και το 80% είχε κάνει Τεστ Παπ, ενώ για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου κολονοσκόπηση είχε κάνει μόνο το 20% του πληθυσμού άνω των 50 ετών. Ανάλογα αποτελέσματα καταγράφονται και σε έρευνες της Hellas Health (2006-2017).

- Γενικά, οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχουν μειώσει κατά 50% τη δαπάνη για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά την τριετία 2011-2013.
- Ειδικά κατά την περίοδο της πανδημίας, η μείωση της επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας είναι δραματική. Σύμφωνα με την Έρευνα ΑΠΟΨΙΣ, ενώ πριν την πανδημία συστηματική χρήση υπηρεσιών υγείας δηλώνει ότι κάνει το 75% του πληθυσμού, κατά το 1^ο 6μηνο της πανδημίας, το 82% του πληθυσμού δήλωσε ότι απέφυγε οποιαδήποτε επαφή με το σύστημα (Souliotis et al., 2021).
- Μεταξύ 2008 και 2013 το ποσοστό του πληθυσμού του φτωχότερου πεμπτημορίου εισοδήματος, το οποίο δήλωσε ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες αποκλειστικά λόγω κόστους, αυξήθηκε από 7% σε 14% (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).

2.2.1. Οι νέες ανάγκες υγείας

Νέες ανάγκες υγείας προέκυψαν κυρίως λόγω του τρόπου ζωής, της οργάνωσης της κοινωνίας, των νέων τεχνολογιών, της αυξανόμενης πολυπλοκότητας και των αυξημένων προσδοκιών των πολιτών από το σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- **Οι πολίτες/ασθενείς επιζητούν συμμετοχή στις αποφάσεις και ενεργό ρόλο** στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Μέχρι σήμερα το ΕΣΥ έχει υποτιμήσει τις επιθυμίες των πολιτών και τις σχέσεις τους με το σύστημα. Το σύστημα πρέπει να ενθαρρύνει την παροχή σωστής πληροφόρησης, εκπαίδευσης και κινήτρων. Οι πολίτες δεν επιθυμούν μόνο υπηρεσίες, αλλά λύσεις στα προβλήματα υγείας. Οι σύλλογοι ασθενών (μεταξύ αυτών και ο νεοϊδρυθείς πανελλήνιος) συμβάλλουν στα ανωτέρω.
- **Η επιδημία των χρόνιων παθήσεων:** περισσότερο από το 50% του πληθυσμού πάσχει από μία χρόνια πάθηση (το 40% αυτών πάσχουν από περισσότερες). Για την αντιμετώπιση τους δαπανώνται πάνω από το 80% των συνολικών πόρων υγείας (4 χρόνιες παθήσεις, καρδιοαγγειακοί νόσοι, διαβήτης, αναπνευστικά νοσήματα, και κοινοί καρκίνοι, προκαλούν τους 3 στους 5 θανάτους και κοστίζουν το 50% των συνολικών δαπανών υγείας). Εκτιμάται ότι το 80% των επισκέψεων στους οικογενειακούς γιατρούς οφείλονται σε χρόνιους ασθενείς, όπως επίσης και το 60% των ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία.
- **Η πρόληψη:** Υψηλό ποσοστό των χρόνιων παθήσεων προλαμβάνονται, πχ το 80% των καρδιοπαθειών, των εγκεφαλικών και του διαβήτη, όπως και το 40% των κοινών καρκίνων. Το 20% των ασθενών με καρκίνο διαγιγνώσκονται στα επείγοντα (Αγγλία, 2015). Κάθε 'εύκολη' εισαγωγή σε νοσοκομείο θα πρέπει να θεωρείται ως αποτυχία της ικανότητας να ανιχνευθεί, να προληφθεί, και να αντιμετωπισθεί αρκετά ενωρίς.
- **Η ακριβής και γρήγορη διάγνωση:** Σημειώνεται μεγάλη καθυστέρηση στην σωστή διάγνωση των παθήσεων, ενώ το 10% των θανάτων οφείλονται σε διαγνωστικά σφάλματα. Στο 10% των γυναικών η διάγνωση έγινε μετά από 10 ή περισσότερα χρόνια. Στο 25% των γυναικών έγινε λανθασμένη διάγνωση (The Lancet, 2017).
- **Η πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες:** οι πολίτες πρέπει να έχουν εύκολη και άμεση πρόσβαση όπου και αν είναι, και όταν τις χρειάζονται.
- **Η ευημερία των ηλικιωμένων:** αυξάνει ο πληθυσμός τους, συνεπώς χρειάζονται γηριατρικές υπηρεσίες για προβλήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

2.3. Εκτίμηση της ζήτησης για νοσοκομειακή φροντίδα στο ΕΣΥ

Σύμφωνα με την έρευνα Κλειστής Νοσοκομειακής Περίθαλψης της ΕΛΣΤΑΤ, η οποία συγκέντρωσε στοιχεία από 274 νοσοκομεία/κλινικές, το 2014:

- οι εξελθόντες ασθενείς ήταν 1.517.885, παρουσιάζοντας μείωση 5,0% (1.597.333) σε σύγκριση με το 2013. Από αυτούς οι 750.448 (49,4%) ήταν άνδρες και 767.437 (50,6%) γυναίκες. Το 75,5% (1.146.127) των ασθενών νοσηλεύτηκε σε δημόσια

νοσοκομεία/κλινικές (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2019_v). Εκτιμώντας αναλογικά τη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες στο σύνολο των νοσοκομειακών κλινών, αυτή ξεπερνά τα δυο εκατομμύρια νοσηλείες ετησίως, δημιουργώντας μια υπερβάλλουσα προσφορά της τάξης 1/2 εκατομμυρίου εισαγωγών-νοσηλείων.

- Η κατηγορία νόσων που συγκέντρωσε τους περισσότερους εξελθόντες ασθενείς το 2014 ήταν τα «Νοσήματα του κυκλοφορικού» με 207.082 (13,6%) περιστατικά. Ακολούθησαν τα «Νεοπλάσματα» με 179.974 (11,9%), τα «Νοσήματα του πεπτικού» με 161.965 (10,7%), τα «Νοσήματα του αναπνευστικού» με 142.547 (9,4%), τα «Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού» με 130.325 (8,6%) και τα «Νοσήματα του ουρογεννητικού» με 117.708 (7,8%) (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2019_v).
- Στο σύνολο των ασθενών της έρευνας πραγματοποιήθηκαν 444.623 επεμβάσεις. Οι περισσότερες απ' αυτές (19,5%) ανήκαν στην κατηγορία «Νοσήματα του πεπτικού συστήματος». Ακολουθούν οι κατηγορίες «Κύηση, τοκετός και λοχεία» (12,3%), «Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και ορισμένες άλλες συνέπειες από εξωτερικές αιτίες» (11,4%) και «Νοσήματα του ουρογεννητικού συστήματος» (11,0%) (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2019_v).
- Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν αυθημερόν ήταν 1.065.228, αποτελώντας το 41,2% των εξελθόντων ασθενών. Η κατηγορία νόσων που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών ημερήσιας νοσηλείας ήταν τα «Νεοπλάσματα» (39,6%) και ακολούθησαν τα «Νοσήματα του ουρογεννητικού» (10,1%), τα «Νοσήματα του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένων ανοσολογικών διαταραχών» (8,8%), καθώς και τα «Νοσήματα του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του» (8,8% επίσης) (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2019_v).

Στο **ΕΣΥ**, η επέλαση της επιδημίας του COVID-19 μονοπώλησε τη συζήτηση για την ικανότητά του να ανταποκριθεί στις ανάγκες της επιδημίας, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα όλα τα δομικά προβλήματα που αντιμετώπιζε και θα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει και μετά το τέλος της επιδημίας αν δεν ορθολογικοποιηθεί και μεταρρυθμιστεί. Το πέρασμα της επιδημίας προκάλεσε τεράστια προβλήματα, όσο αφορά στο κοινωνικό κόστος, κυρίως στις ζωές που χάθηκαν, στην οικονομία και στην περίθαλψη ασθενών με άλλα νοσήματα.

Υπάρχουν όμως και οι θετικές επιπτώσεις τις οποίες πρέπει να αξιοποιηθούν. Ίσως, είναι η πρώτη φορά που αναγνωρίστηκε καθολικά η αξία του ΕΣΥ, ιδιαίτερα στην πρώτη φάση της επιδημίας (καλύτερη άποψη 47%, ίδια 38%, χειρότερη 5%), βελτίωση υπηρεσιών το 37%, στάσιμες 38%, επιδείνωση 7% ALCO, 3-6-20).

Αποκαταστάθηκε εν μέρει το κύρος και η εμπιστοσύνη των πολιτών στον θεσμό που είχε τρωθεί τα προηγούμενα χρόνια από δυσλειτουργίες, κακές επιδόσεις, παραβατικές συμπεριφορές, αλλά και από ατεκμηρίωτες καταγγελίες. Οι πολίτες δικαίως δεν εμπιστεύονται συστήματα που παρουσιάζουν φτωχά αποτελέσματα. Αναγνωρίστηκε ταυτόχρονα η μεγάλη προσφορά των εργαζομένων στο ΕΣΥ, όχι μόνο των γιατρών (θετικές γνώμες 61%, ίδια 32%, χειρότερη 1%) αλλά και των νοσηλευτών, των τραυματιοφορέων, των άλλων εργαζόμενων και επιστημόνων. Αυξήθηκε στην κοινωνία η πίστη και η εμπιστοσύνη στην επιστήμη και στον ορθολογισμό, η επιστημονική ενημέρωση έγινε καθολικά αποδεκτή από τους πολίτες- ιδιαίτερα στην πρώτη φάση της επιδημίας και πριν τη χρήση των εμβολίων. Οι επιστημονικές εισηγήσεις και οι επισημάνσεις, καθώς και η επιστημονική γνώση, λήφθηκαν σοβαρά υπόψη στη χάραξη των πολιτικών, οι οποίες πρέπει πια να λάβουν υπόψη την αποτελεσματικότητα της ταχείας λήψης και εκτέλεσης των αποφάσεων, του συντονισμού και της διατομεακής συνεργασίας. Η ευρεία χρήση των νέων τεχνολογιών για την αντιμετώπιση της επιδημίας, και η συνειδητοποίηση των δυνατοτήτων της, αλλάζει και τη θεώρηση για το μοντέλο παροχής των υπηρεσιών υγείας.

2.3.1. Οι νέες προκλήσεις στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας

- **Η συνειδητοποίηση ότι υγεία δεν σημαίνει μόνο περίθαλψη.** Η βελτίωση της υγείας δεν οφείλεται αποκλειστικά στην ιατρική. Απαιτούνται σχέδιο και πολιτικές προς αυτήν την κατεύθυνση με συνεργασία και γεφύρωση των υπηρεσιών (νέων και παλαιών).
- **Η αλλαγή της συμπεριφοράς των πολιτών:** Στους πολίτες πρέπει να δοθεί η ευκαιρία να κατανοήσουν καλύτερα τι θα τους διατηρήσει υγιείς. Το ζήτημα είναι πως θα αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά τα άτομα, των οποίων η συμπεριφορά και ο τρόπος ζωής τους θέτουν σε κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων. Η αλλαγή του τρόπου ζωής, που θα αποφέρει μείωση (πρόληψη) κυρίως των χρόνιων παθήσεων και των επιπλοκών τους, και βελτίωση της ποιότητας ζωής, απαιτεί την αλλαγή συμπεριφοράς από τους πολίτες. Οι μονάδες του ΕΣΥ πρέπει να εμπλουτισθούν και με τους αντίστοιχους επιστήμονες, για να αξιοποιηθούν οι γνώσεις τους, ώστε να προσφέρουν ειδικά, εξατομικευμένα προγράμματα υποστήριξης.
- **Οι επιπτώσεις της πανδημίας.** Πρέπει επίσης να αξιολογηθούν και οι επιπτώσεις των νέων συνθηκών που αποκτήθηκαν στη διάρκεια της πανδημίας (εγκλεισμός, κανόνες υγιεινής, μείωση επισκέψεων σε νοσοκομεία, και εισαγωγών, εμπιστοσύνη σε επιστήμονες, χρήση ψηφιακής τεχνολογίας).
- **Η απάλειψη των κοινωνικών δομών, παραγόντων και πρακτικών που επιβαρύνουν την υγεία (ανισότητες).**
- **Οι επιδημίες:** (μεταδοτικές και μη) Τα συστήματα υγείας δεν ήταν προετοιμασμένα κατάλληλα, ούτε οι επιδημίες πρόκειται να εξαλειφθούν.
- **Η BINC εποχή:** το χάσμα μεταξύ των υλικών και των κοινωνικών τεχνολογιών (θεσμών) διευρύνεται, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Οι υλικές τεχνολογίες: τα επιτεύγματα της βιοτεχνολογίας και της γενετικής (**B**), της πληροφορικής και των big data (**I**), της νανοτεχνολογίας (**N**) και της γνωστικής επιστήμης, της τεχνικής νοημοσύνης και των σκεπτόμενων μηχανών (**Congo**) προηγούνται κατά πολύ των κοινωνικών θεσμών, όπως ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας, το σύστημα της οργάνωσης/διοίκησης, καθώς και της αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, και της εκπαίδευσης του προσωπικού. Η ψηφιακή εποχή και οι εφαρμογές, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος, η τηλεϊατρική, η εξ αποστάσεως παροχή υπηρεσιών, η συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών και άλλων λειτουργιών των ασθενών, (με εμφυτεύματα), τα νέα διαγνωστικά τεστ για γρήγορες και ακριβείς διαγνώσεις και για εξατομικευμένες θεραπείες, ο (προ)γεννητικός έλεγχος και η διόρθωση γενετικών ανωμαλιών, βοηθούν σημαντικά το έργο των γιατρών και αλλάζουν το μοντέλο της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

2.4. Η ημιτελής διοικητική μεταρρύθμιση

Ο σκοπός του ΕΣΥ είναι να υπηρετεί τους ασθενείς του, να εκπαιδεύει τους εργαζόμενους και να αναπτύσσει την επιστήμη. Χρειάζονται ριζικές **μεταρρυθμίσεις** για να επανέλθει στον δρόμο του. Οι αλλαγές δεν πρέπει να περιορισθούν στις δομικές και στις διοικητικές. Για να πετύχουν απαιτείται πεφωτισμένη **ηγεσία**, που θα ηγηθεί των απαραίτητων αλλαγών, στο πολιτικό επίπεδο, στο ΕΣΥ, και στους εργαζόμενους, ιδιαίτερα στους γιατρούς. Είναι ο κατάλληλος χρόνος και η μεγάλη ευκαιρία. Η ιστορία δείχνει ότι μεγάλες αλλαγές πραγματοποιήθηκαν μετά από μεγάλες καταστροφές ή/και κρίσεις. Η απόκτηση της εμπιστοσύνης και η αναγνώριση από τους πολίτες είναι ισχυρό κίνητρο για αλλαγές.

Οι διασυνδέσεις και συγχωνεύσεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα. Ειδικότερα, μετατράπηκαν σε αποκλειστικά διοικητικές συνενώσεις (κοινοί Διοικητές και

Διοικητικά Συμβούλια), με τις υπηρεσίες και βασικές λειτουργίες των νοσοκομείων να παραμένουν αποκομμένες μεταξύ τους, παρά τις σχετικές νομοθετικές προβλέψεις στην ιατρική και νοσηλευτική, αλλά κυρίως στη διοικητική-οικονομική και τεχνική-ξενοδοχειακή υπηρεσία. Για παράδειγμα, συνενωμένα νοσοκομεία, που ανήκουν στον ίδιο οργανισμό, εφαρμόζουν ξεχωριστές διαδικασίες προμηθειών, χρησιμοποιούν διαφορετικά πληροφοριακά συστήματα, δεν διαχειρίζονται από κοινού το προσωπικό.

Έτσι, δεν υπήρξε εκμετάλλευση οικονομιών κλίμακας και εύρους δραστηριοτήτων που εξ ορισμού υπάρχουν ως στόχευση σε στρατηγικές συνεργασίες τέτοιου τύπου. Και επιπλέον δημιούργησαν αρκετά επικοινωνιακά προβλήματα στους ασκούντες πολιτική υγείας, καθώς οι κινήσεις αυτές (σχεδόν) πάντα θεωρούνταν ότι υποβαθμίζουν τις μικρότερου μεγέθους εμπλεκόμενες μονάδες υγείας. Αυτό εξηγεί και την «ευκολία» με την οποία αυτονομήθηκαν κατά την τελευταία 4ετία κάποιες από τις εν λόγω μονάδες.

2.5. Συνοπτική περιγραφή των διεθνών πρακτικών στην οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα

2.5.1. Οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα με ενιαία διοίκηση των μονάδων υγείας (συγχωνεύσεις/συνενώσεις νοσοκομείων)

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, σε πολλές χώρες της Ευρώπης, όπως η Μ. Βρετανία, οι Σκανδιναβικές και άλλες χώρες, αλλά και στις ΗΠΑ, έχουν γίνει προσπάθειες αναδιοργάνωσης του Νοσοκομειακού Τομέα, με έμφαση στις συγχωνεύσεις Νοσοκομείων και την ενιαία διοίκηση περισσότερων μονάδων υγείας (Tsavalias, Siskou & Liaropoulos, 2012).

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων επιφέρουν συνήθως θετικά αποτελέσματα κυρίως στη διασφάλιση βελτιωμένων συστημάτων management, στην αποτελεσματικότερη κλινική αξιολόγηση και έλεγχο, στην εμφάνιση περισσότερων ευκαιριών εκπαίδευσης επαγγελματικής ανέλιξης για τους επαγγελματίες υγείας, στην αποδοτικότητα, και στην εξοικονόμηση πόρων (Fulop, Protopsaltis, Hutchings et al., 2002). Ωστόσο, παρατηρούνται **προβλήματα προσβασιμότητας** λόγω μείωσης των μονάδων υγείας, καθώς τα συγχωνευμένα Νοσοκομεία καλύπτουν ευρύτερες γεωγραφικές περιοχές (Nikolentzos et al. 2015), δυσaréσκειας των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού εξαιτίας του ενισχυμένου ρόλου των managers, αλλά και των managers, καθώς νοιώθουν αποκομμένοι από τις υπηρεσίες που διοικούν, ενώ φαίνεται ότι υπάρχουν και εντάσεις στο προσωπικό με τάσεις διαχωρισμού ανάλογα με τον οργανισμό προέλευσης κάθε εργαζόμενου (Tsavalias, Siskou & Liaropoulos, 2012). Οι *συγχωνεύσεις νοσοκομείων ή οι αλλαγές χρήσης* θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως το κόστος μετακινήσεων, το κόστος χρόνου, το φορτίο νοσηρότητας, και την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

2.5.2. Το μοντέλο “Hub-and-Spoke”

Το μοντέλο “Hub-and-Spoke” αποτελεί μια μέθοδο οργάνωσης της παροχής της φροντίδας με επίκεντρο τον προσδιορισμό:

- **ενός Νοσοκομείου «Κόμβου»**, το οποίο παρέχει τις πιο εντατικές ιατρικές υπηρεσίες, έχει την υψηλότερη επένδυση πόρων και τη μεγαλύτερη συγκέντρωση της πιο προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας, και
- **των δορυφορικών Νοσοκομείων «Ακτίνας»** - σε ακτίνες γύρω από το Νοσοκομείο «Κόμβο» - τα οποία προσφέρουν πιο περιορισμένες υπηρεσίες που διανέμονται σε όλο το δίκτυο φροντίδας (σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο), ανάλογα με το μέγεθός τους και το εύρος των υπηρεσιών που παρέχουν, με τους ασθενείς που χρειάζονται πιο εντατικές υπηρεσίες να κατευθύνονται μέσω των Νοσοκομείων

«Ακτίνας» στο Νοσοκομείο «Κόμβου» για τη λήψη της κατάλληλης φροντίδας/θεραπείας. Το συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας έχει ως βασική προϋπόθεση τη διαλειτουργικότητα και την άμεση και απρόσκοπτη σύνδεση μεταξύ του Νοσοκομείου «Κόμβου» και των δορυφορικών μονάδων για τη διασφάλιση της παροχής της φροντίδας.

Το μοντέλο «Κόμβου και Ακτίνας» μπορεί να περιλαμβάνει, εκτός του Νοσοκομείου «Κόμβου» και των μικρότερων Νοσοκομείων «Ακτίνας» (τα οποία θα συνδέονται με το Νοσοκομείο «Κέντρου-Κόμβου» μέσω ενός δικτύου ασθενοφόρων), την ανάπτυξη ή ενσωμάτωση **δομών παροχής μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών:**

- ✓ μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (long term care / nursing homes),
- ✓ αποκατάστασης/αποθεραπείας (rehabilitation / step-down hospitals),
- ✓ κατ' οίκον φροντίδας (homecare), και
- ✓ ανακουφιστικής φροντίδας (palliative care)

με στόχο την **κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού**, που σήμερα δεν εξυπηρετούνται ή εξυπηρετούνται ελλιπώς από το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς και το **συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας**. Με την υιοθέτηση ενός τέτοιου συστήματος, οι ασθενείς που έχουν ανάγκη τέτοιων υπηρεσιών δεν καταλαμβάνουν κλίνες οξείας νοσηλείας στα Νοσοκομεία, φαινόμενο που είναι συχνά σε όξυνση καθώς δεν υπάρχουν ανάλογες δομές για να απευθυνθούν, και κατ' επέκταση θα ενισχυθεί η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες οξείας φροντίδας σε όσους τις χρειάζονται (μείωση λίστας αναμονής χειρουργείου, αναμονής για εισαγωγή σε κλινικές, κ.λπ.).

Μεταξύ των **πλεονεκτημάτων** που προσφέρει ένα τέτοιο μοντέλο (Elrod&Fortenberry 2017b) είναι η **ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών** μεταξύ των νοσοκομείων του δικτύου των συνεργαζόμενων νοσοκομείων και η **αυξημένη αποτελεσματικότητα**, καθώς οι πιο προηγμένες υπηρεσίες και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός παρέχονται από το νοσοκομείο-κόμβο, αποφεύγοντας τη δαπανηρή αλληλοεπικάλυψη υπηρεσιών μεταξύ των νοσοκομείων και αυξάνοντας την ίδια στιγμή την απόδοση των επενδύσεων και τις οικονομίες. Επίσης, η **ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας βελτιώνεται** καθώς οι πόροι αλλά και η εμπειρία του προσωπικού που συγκεντρώνονται στα νοσοκομεία-κόμβους, σε συνδυασμό με τον μεγάλο όγκο των ασθενών που διαχειρίζονται για συγκεκριμένες παθήσεις και παρεμβάσεις, ενισχύουν την εξειδίκευση και άρα τα βελτιωμένα αποτελέσματα. Τέλος, **επιτυγχάνεται βελτιωμένη κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας που παραδοσιακά δεν παρέχονται από μικρά νοσοκομεία**, δεδομένου ότι με την δημιουργία ενός δικτύου νοσοκομείων (για παράδειγμα βάσει του μοντέλου “Hub-and-Spoke”), οι υπηρεσίες θα είναι διαθέσιμες χωρίς να απαιτείται η μετακίνηση των ασθενών για μεγάλες γεωγραφικές αποστάσεις.

Ωστόσο, στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί και **μειονεκτήματα ή περιορισμοί** (Elrod&Fortenberry 2017b) στη λειτουργία του συγκεκριμένου μοντέλου, όπως η **συμφόρηση** ασθενών στα νοσοκομεία κόμβους, σε περιπτώσεις όπου η ροή των ασθενών από ένα ή περισσότερα νοσοκομεία «ακτίνας» γίνεται χωρίς συντονισμό και χωρίς να διασφαλίζεται ότι τα νοσοκομεία κόμβοι μπορούν να ανταπεξέλθουν στη ζήτηση, η επιβάρυνση των νοσοκομείων ακτίνας με περιπτώσεις ασθενών που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, σε περιπτώσεις που οι χρόνοι μεταφοράς από το νοσοκομείο ακτίνας στα νοσοκομεία κόμβους είναι μεγάλοι είτε λόγω απόστασης ή λόγω κακού οδικού δικτύου, η δυσaréσκεια του προσωπικού στα νοσοκομεία ακτίνας, σε περιπτώσεις που τα μέλη του προσωπικού επιθυμούν αυξημένα επίπεδα αυτονομίας και θεωρούν ότι περιορίζονται από τις οδηγίες που λαμβάνουν από τα νοσοκομεία κόμβους, καθώς και εμπόδια κατά τη διάρκεια μεταφοράς ασθενών από τα νοσοκομεία ακτίνας στους κόμβους, σε περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων ή άλλων φυσικών καταστροφών (το ίδιο!!).

Βεβαίως, σύμφωνα με μελέτες, τα οφέλη που προκύπτουν από ένα μοντέλο “Hub-and-Spoke” είναι σημαντικά δεδομένου ότι αυξάνεται η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων. Με τον σωστό σχεδιασμό και συντονισμό των υπηρεσιών, οι όποιοι περιορισμοί του μοντέλου μπορούν να ελαχιστοποιηθούν (Ahluquist et al. 2012, Roney 2012, Devarakonda 2016).

2.5.3. Άλλοι τρόποι οργάνωσης και συντονισμού της νοσοκομειακής φροντίδας

Πέραν των συγχωνεύσεων υπάρχουν και άλλοι τρόποι οργάνωσης και συντονισμού της νοσοκομειακής φροντίδας όπως:

- το σύμπλεγμα νοσοκομείων (***hospital trust***) με ενιαίο νομικό και διοικητικό καθεστώς,
- το δίκτυο νοσοκομείων (***hospital network***) με προγραμματικές συμφωνίες μεταξύ νοσοκομείων και συνήθως κοινό management και
- το ανοικτό νοσοκομείο (***open hospital***) με δυνατότητα μερικής εποχιακής ή έκτακτης πρόσληψης προσωπικού και συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα.

Ο τρόπος υλοποίησης των διάφορων επιλογών διαφοροποιείται ανάλογα με το βαθμό της οργανωτικής αλλαγής που συνεπάγονται και το βαθμό της λογοδοσίας (accountability) που διατηρούν (Pearson, 2011). Πιο συγκεκριμένα:

- Στο χαμηλότερο επίπεδο, τα Νοσοκομεία μπορούν να συνεργαστούν χωρίς σημαντική οργανωτική αλλαγή ή μεταβίβαση του οργανωτικού ελέγχου (π.χ. το ***“buddying”***, δηλαδή η στήριξη σε hospital trusts/Νοσοκομεία που έχουν τεθεί σε ειδικά μέτρα μετά από σοβαρές αποτυχίες στην ποιότητα της φροντίδας από ένα νοσοκομείο υψηλής απόδοσης ή η ανάπτυξη δικτύων μάθησης και κλινικών δικτύων) (Goodwin et al., 2004).
- Σε επόμενο επίπεδο, ένα Νοσοκομείο μπορεί να χάσει τον έλεγχο ενός ή περισσότερων στοιχείων των παρεχόμενων υπηρεσιών του - για παράδειγμα, όταν μια υπηρεσία ανατίθεται σε άλλο οργανισμό ή μεταβαίνει σε κοινοπραξία (***Partnerships / Joint Ventures***).
- Στη συνέχεια, ο καθημερινός διοικητικός έλεγχος σε ένα Νοσοκομείο μπορεί να αλλάξει, π.χ. μέσω του διορισμού ενός δικαιοπάροχου (***franchiser***) για να αναλάβει την επιχειρησιακή διαχείριση ενός hospital trust (operational franchises), και
- Τέλος, ένας οργανισμός μπορεί να συγχωνευθεί (***merger***) ή να απορροφηθεί από μια αλυσίδα Νοσοκομείων (***Hospital chain***), χάνοντας έτσι τον απόλυτο έλεγχο.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ αναπτύσσονται όλο και περισσότερο τα **Accountable Care Organizations (ACOs)**. Πρόκειται για ομάδες ιατρών, Νοσοκομείων και άλλων παρόχων υγειονομικής φροντίδας, οι οποίοι συνεργάζονται οικειοθελώς για να παρέχουν συντονισμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας στους ασθενείς τους μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων Medicare. Ο στόχος της συντονισμένης φροντίδας είναι να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη σωστή φροντίδα την κατάλληλη στιγμή, αποφεύγοντας περιττές αλληλεπικαλύψεις υπηρεσιών και αποτρέποντας ιατρικά λάθη.

2.6. Προτάσεις ενεργειών/διαδικασιών για την αναδιοργάνωση του Νοσοκομειακού τομέα

2.6.1. Βασικοί στόχοι

Για την αντιμετώπιση των ελλείψεων και των κενών στην παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, και προκειμένου να επιτευχθεί με αποτελεσματικό και βιώσιμο τρόπο η προσπάθεια αναδιοργάνωσης του νοσοκομειακού της τομέα, σε τέτοια μορφή ώστε να

επιτυγχάνεται η καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, κοινό σημείο αναφοράς για οποιοδήποτε σχέδιο αναδιάρθρωσης θα πρέπει να αποτελεί:

- η **ισότιμη και ευχερής πρόσβαση των πολιτών σε υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες** μέσω της δημιουργίας *ολοκληρωμένων* συστημάτων παροχής φροντίδων υγείας,
- η **παροχή** νοσοκομειακών υπηρεσιών που να αντιστοιχούν και να ικανοποιούν τις **ανάγκες** υγείας του πληθυσμού σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό **επίπεδο**,
- η **διασφάλιση της λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ.**,
- η **διαρκής αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ.** και η συλλογή όλων των απαραίτητων δεδομένων για τον έλεγχο της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των μονάδων.

Ο βαθμός στον οποίον επιτυγχάνονται τα παραπάνω σήμερα είναι άγνωστος δεδομένης της μη εναρμόνισης της ελληνικής διοικητικής κουλτούρας με τις έννοιες της αξιολόγησης των δράσεων μέσω αντικειμενικά μετρήσιμων δεικτών. Επιπλέον, στο πλαίσιο του επικείμενου ανασχεδιασμού του τομέα υγείας της Ελλάδας, οι ανωτέρω διαφοροποιήσεις υπογραμμίζουν την ανάγκη διερεύνησης του βαθμού κάλυψης (με όρους ποσοτικής επάρκειας και ποιότητας) των πραγματικών αναγκών υγείας των Ελλήνων πολιτών.

Μέχρι σήμερα, δεν έχει πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη - συντονισμένη προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για την αξιολόγηση της σύγκλισης της σφαίρας των αναγκών υγείας με τη σφαίρα της προσφοράς των υπηρεσιών (ανά γεωγραφική περιοχή) ούτε για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υγειονομικών παρεμβάσεων¹, με ορισμένες εξαιρέσεις, πχ 2010-11, που όμως δεν ολοκληρώθηκαν .

Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό:

Α) Να μελετηθεί και να αποτυπωθεί με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια, μέσω των εφαρμογών του ΒΙ, του Υγειονομικού Χάρτη και της ΕΛΣΤΑΤ, καθώς και μέσω των δημοσιευμένων επί μέρους μελετών:

- ο αριθμός και το είδος των υφιστάμενων νοσοκομειακών δομών (στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα), καθώς και το δυναμικό τους (υλικό και ανθρώπινο) με συνοπτική περιγραφή τους,
- η ένταση της χρήσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών ανά ευρύτερη γεωγραφική περιοχή και σε τοπικό επίπεδο (αριθμός επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, μέση διάρκεια νοσηλείας, κ.λπ.), για την εκτίμηση της προσφοράς,
- το νοσολογικό προφίλ των κατοίκων ανά ευρύτερη γεωγραφική περιοχή και οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο, για την εκτίμηση της ζήτησης,
- η ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών που παρέχονται ανά ευρύτερη γεωγραφική περιοχή και σε τοπικό επίπεδο.

Β) Να διαμορφωθούν, για όλα τα παραπάνω δεδομένα, ειδικοί δείκτες προκειμένου να πραγματοποιηθούν αξιόπιστες συγκρίσεις ανάμεσα στις Περιφέρειες της χώρας, αλλά και σε εθνικό επίπεδο σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

¹Αντίθετα, διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και ο ΟΟΣΑ, έχουν αναπτύξει τα τελευταία χρόνια διεθνείς συνεργασίες, επικεντρώνοντας τις προσπάθειές τους στην ανάπτυξη σαφούς μεθοδολογικού πλαισίου για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων που θα επιτρέπουν τη διενέργεια διακρατικών και διαχρονικών συγκρίσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι δείκτες οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όπως:

1. Πληθυσμιακοί-δημογραφικοί δείκτες και δείκτες αναγκών υγείας (πληθυσμιακή πυκνότητα, καλυπτόμενος πληθυσμός, δείκτες θνησιμότητας, εκτιμώμενες ανάγκες υγείας, μέτρα αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, PROMs, κ.λπ.).
2. Είδος και εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών (ελλείψεις, αλληλοεπικαλύψεις, κ.λπ.).
3. Δείκτες Ζήτησης-Χρησιμοποίησης (ροή ασθενών, αριθμός εξελθόντων ασθενών - στο σύνολο και ανά κατηγορία νοσημάτων -, αριθμός κατά κεφαλήν επισκέψεων, κ.λπ.).
4. Δείκτες Προσφοράς (αριθμός κλινών, ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού, συνολικού προσωπικού, εξωνοσοκομειακού προσωπικού, κ.λπ. / 1000 κατοίκους, κ.λπ.) και
5. Δείκτες Αποτελεσματικότητας/Αποδοτικότητας (μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης κλινών, ρυθμός εισροής, διάστημα εναλλαγής, αριθμό ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού, συνολικού προσωπικού, κ.λπ. ανά κλίνη, αριθμό νοσοκομείων και τεχνική αποδοτικότητα (TE), καθαρά τεχνική αποδοτικότητα (PTE), αποδοτικότητα κλίμακος (SE), τεχνική αποδοτικότητα (TE), καθαρά τεχνική αποδοτικότητα (PTE) και αποδοτικότητα κλίμακος (SE) τόσο στα Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας όσο και στα Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Νοσοκομεία)

Γ) Να διατυπωθούν προτάσεις για τον επανασχεδιασμό των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω της ανακατανομής υλικών και ανθρώπινων πόρων, καθώς και πιθανών αλλαγών χρήσης, λειτουργικών και διοικητικών διασυνδέσεων, ή δημιουργίας νέων μονάδων, για κάθε ΥΠΕ.

Για παράδειγμα, το μοντέλο “Hub-and-Spoke”, ή κάποιο άλλο μοντέλο συνεργασίας των νοσοκομείων, μπορεί να υλοποιηθεί στα όρια μιας ευρύτερης γεωγραφικής περιοχής, με την πρόβλεψη και για ανάπτυξη ή ενσωμάτωση και συντονισμό δομών παροχής μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (long term care / nursing homes), αποκατάστασης (rehabilitation / step-down hospitals), κατ’ οίκον φροντίδας (homecare), και ανακουφιστικής φροντίδας (palliative care).

Κάθε μοντέλο αναδιοργάνωσης και συνεργασίας θα πρέπει να έχει ως βασική προϋπόθεση τη διαλειτουργικότητα και την άμεση και απρόσκοπτη σύνδεση μεταξύ των Νοσοκομείων για τη διασφάλιση της παροχής της φροντίδας. Επίσης, προϋποθέσεις επιτυχίας αποτελούν οι αλλαγές στο φάσμα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν τώρα οι νοσοκομειακές μονάδες (ή ακόμη και στη χρήση ορισμένων νοσοκομείων, ιδιαίτερα των μικρών νομαρχιακών) δεδομένου ότι αυτό έχει άμεση συνάφεια με την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ως εκ τούτου τη μεταφορά πολλών υπηρεσιών από το δευτεροβάθμιο στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, η τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων, η πλήρης λογιστική και διοικητική μηχανοργάνωση των νοσοκομείων και η σύνδεση με κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας. Εδώ θα πρέπει να γίνει ειδική μελέτη για το πλαίσιο που θα πρέπει να αναπτυχθεί με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.6.2.Οφέλη – Αναμενόμενα Αποτελέσματα

Υπάρχουν πολλά οφέλη από την υιοθέτηση ενός στρατηγικού σχεδιασμού αναδιοργάνωσης/συνεργασίας, που μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα το σύστημα υγείας στο επίπεδο της νοσοκομειακής φροντίδας:

- 1) **Συνοχή μεταξύ των λειτουργιών:** Η τεκμηριωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας θα είναι πιο «ομογενοποιημένη». Αυτό θα επέτρεπε μια πιο απλοποιημένη εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και πρωτοκόλλων, καθώς επί του παρόντος, η χρήση τους και η ευαισθητοποίηση για τη χρήση τους είναι πολλές φορές αδύναμη.

- 2) Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών:** Με βάση την παρούσα κατάσταση υπάρχει αναμφισβήτητη ανάγκη για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας για όλους τους πολίτες, τόσο στα αστικά κέντρα όσο και στην επαρχία. Ο επανασχεδιασμός της οργάνωσης των νοσοκομείων θα πρέπει να επιτυγχάνει τη δίκαιη κατανομή των πόρων ποιότητας ανάμεσα στις νοσοκομειακές δομές. Είναι σημαντικό σε κάθε περιφέρεια να υπάρχει ένα Νοσοκομείο «Κέντρο-Κόμβος».
- 3) Βελτιωμένη κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών:** Ένα καλά οργανωμένο σύστημα νοσοκομείων μπορεί να διευκολύνει την επέκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών, χάρη στον καλό συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποφυγή άσκοπων αλληλοεπικαλύψεων και την ανάπτυξη του πλήρους φάσματος των υπηρεσιών που έχουν ανάγκη οι πολίτες, συμπεριλαμβανομένων των κλινών μακροχρόνιας φροντίδας, αποθεραπείας-αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας.

2.6.3. Άμεσες Προτάσεις

- Α.** Αξιολόγηση των λειτουργικών (χρησιμοποίηση) και οικονομικών δεδομένων, καθώς και στοιχείων προσωπικού του ΕΣΥ, που δίνει το ΒΙ για 2019-2020-2021 (α εξάμηνο) -με μέριμνα για την αναβάθμιση των στοιχείων που διατηρεί και παρέχονται από το ΒΙ - από το Υπουργείο Υγείας, με τη βοήθεια του ΟΔΙΠΥ και ερευνητών.
- Β.** Προκήρυξη διαγωνισμών για τις αντίστοιχες μελέτες σε κάθε περιφέρεια, οι οποίες θα προτείνουν τις αναγκαίες αλλαγές του νοσοκομειακού χάρτη σε επίπεδο νοσοκομείων, αλλά και κλινικών και εργαστηρίων, σε σχέση με τις ανάγκες υγείας, τη ζήτηση, και την υφιστάμενη προσφορά. Οι προδιαγραφές των διαγωνισμών και η εξασφάλιση ενιαίων προσεγγίσεων για κάθε ΥΠΕ θα πρέπει να αποτελέσει έργο του αρμόδιου φορέα (π.χ. του ΟΔΙΠΥ).
- Γ.** Πλήρης αξιοποίηση των προβλεφθέντων (2012) διασυνδέσεων (2021) και προετοιμασία για νέο οργανωτικό σχήμα (2022) από ΥΠΕ (7) και Νοσοκομεία (80+).
- Δ.** Έναρξη (07/21) και δημιουργία (12/21) εθνικού (δημοσιεύθηκε), περιφερειακού (7) και νοσοκομειακού (80) σχεδιασμού-προγραμματισμού 2022 (μαζί με ανάλογο-ους προϋπολογισμό/ούς) από το ΚΕΣΥΠΕ (μέσω ΥΠΕ), με τη βοήθεια συμβούλων και κυρίως την ανάγκη να προκηρυχθούν διαγωνισμοί για τις μελέτες σε κάθε περιφέρεια, οι οποίες θα προτείνουν τις αναγκαίες αλλαγές του νοσοκομειακού χάρτη σε επίπεδο νοσοκομείων, αλλά και κλινικών και εργαστηρίων, σε σχέση με τις ανάγκες υγείας, τη ζήτηση, και την υφιστάμενη προσφορά. Οι προδιαγραφές των διαγωνισμών και η εξασφάλιση ενιαίων προσεγγίσεων για κάθε ΥΠΕ θα πρέπει να είναι το έργο αρμόδιων υπηρεσιών του Υπουργείου.
- Ε.** Ψηφιακές αλλαγές, με ενοποιήσεις υπηρεσιών και διαχειριστικές βελτιώσεις, καθώς και συνέχιση κεντριοποίησης - περιφερειακοποίησης των προμηθειών αρμοδίως 2021. Εδώ, περαιτέρω, καταγράφεται η ανάγκη αναβάθμισης του ΒΙ (όχι μόνο αξιοποίηση).
- ΣΤ.** Σχέδιο Δράσης των αλλαγών, που προτάθηκαν, από τον ΟΔΙΠΥ, το β εξάμηνο 2021.

Κεφάλαιο 3: Μετανοσοκομειακή- Φροντίδα

3.1. Οριοθέτηση της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας

Ο νέος ρόλος του Νοσοκομείου αφορά στη αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών ή περιπτώσεων βαριάς μορφής που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα Νοσοκομεία λειτουργούν ως κύριοι φορείς υποδοχής παροχής άμεσης φροντίδας υγείας σε ασθενείς που παραμένουν στο Νοσοκομείο για μικρό χρονικό διάστημα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες εστιάζονται στην παροχή φροντίδας υψηλής τεχνολογίας σε βαρέως πάσχοντες, τραυματίες ή σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. Με την άμεση αντιμετώπιση και σταθεροποίηση της κατάστασής τους μεταφέρονται το ταχύτερο δυνατόν σε πρώτη φάση σε κοινούς θαλάμους λιγότερο εντατικής φροντίδας και άμεσα, όταν χρειάζεται, παραπέμπονται σε υπηρεσίες μετα-νοσοκομειακής φροντίδας.

Ο όροι “μετανοσοκομειακή” αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας που έχουν ως στόχο, με την εφαρμογή των κατάλληλων φροντίδων υγείας, να επαναφέρουν τον πρόσφατα νοσηλευθέντα ασθενή στο κατά το δυνατόν καλύτερο επίπεδο φυσικής κατάστασης και λειτουργικότητας, και να αποφύγουν την επανεισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως Ιατρικές, Νοσηλευτικές, Φυσιοθεραπείες, Εργοθεραπείες, Λογοθεραπείες, Ψυχολογικής Υποστήριξης, Κοινωνικής Φροντίδας, στήριξης της Οικογένειας, Παρηγορητική, ανακουφιστική φροντίδα.

3.2. Κατηγορίες ασθενών που έχουν ανάγκη υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας

Υπάρχουν πολλές κατηγορίες ασθενών που έχουν ανάγκη υπηρεσιών μετανοσοκομειακής όπως άτομα με βαριές ή πολλαπλές αναπηρίες, άτομα με νοητική αναπηρία, ασθενείς με Alzheimer, προχωρημένη άνοια, χρόνιοι πάσχοντες με πολλαπλές παθήσεις, ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλες νευρολογικές παθήσεις, άτομα με ψυχική αναπηρία, ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, με προχωρημένο διαβήτη και πολλαπλές επιπλοκές, τραυματίες και πολυτραυματίες, ασθενείς σε τελικό στάδιο που έχουν ανάγκη από παρηγορητική ή ανακουφιστική φροντίδα, κ.ά. Ανάγκες μετανοσοκομειακής φροντίδας μπορεί να υπάρξουν σε όλες τις ηλικίες. Εντούτοις, τα περισσότερα από τα προβλήματα αυτά εκδηλώνονται κατά την τρίτη ηλικία και αλληλοεπιπλέκονται με τα προβλήματα του γήρατος.

3.3. Μορφές υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας είναι δυνατόν να παρέχονται είτε με τη μορφή ανοικτής/εξωϊδρυματικής φροντίδας, όπως η άτυπη φροντίδα που παρέχεται κατ’ οίκον από τα μέλη της οικογένειας ή άλλους φροντιστές και η ανοικτή κοινοτική (community based) εξωϊδρυματική φροντίδα. Οι δύο αυτές μορφές φροντίδων είναι δυνατόν να παρέχονται από τις ίδιες ή από ανεξάρτητες δομές.

Το είδος των προβλημάτων υγείας των ασθενών, σε συνδυασμό με τη μορφή με την οποία παρέχεται η ανοικτή ή κλειστή φροντίδα, διαμορφώνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών

μορφών υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας. Η παρούσα έκθεση επικεντρώνεται στις δομές που παρέχουν αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο κλειστή μετανοσοκομειακή φροντίδα. Οι διάφορες δομές ανοικτής μακροχρόνιας φροντίδας καθώς και οι διάφορες μορφές κατ' οίκο νοσηλείας, οι οποίες έχουν εξαιρετική σημασία και συμβολή στην αντιμετώπιση του προβλήματος θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο άλλης μελέτης, ειδικά προσανατολισμένης προς την κατεύθυνση αυτή.

Επικεντρώνοντας λοιπόν στις δομές που παρέχουν κλειστή μετανοσοκομειακή φροντίδα, αυτές περιλαμβάνουν:

- Τα Κέντρα Φυσικής Αποκατάστασης (Inpatient Rehabilitation Facilities), τα οποία είναι ειδικά κέντρα αποκατάστασης, που παρέχουν εντατικά προγράμματα φυσικής αποκατάστασης από εξειδικευμένο προσωπικό, με τη χρήση εξειδικευμένης τεχνολογίας, και με στόχο την ταχύτερη δυνατή αποκατάσταση του ασθενή. Μπορεί να λειτουργούν είτε ως ανεξάρτητες δομές είτε ως Τμήματα Νοσοκομείων.
- Τα Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης (Skilled nursing homes), τα οποία παρέχουν σχετικά απλούστερες υπηρεσίες αποκατάστασης από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (ο όρος Skilled nursing home χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια Μονάδα Φροντίδας που στελεχώνεται από εξειδικευμένο προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες αποκατάστασης, σε αντιδιαστολή με τον όρο nursing home που χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει η δομή ενός οίκου ευγηρίας. Η διαφορά από τα Κέντρα Φυσικής Αποκατάστασης είναι στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στον βαθμό εξειδίκευσης και στην εντατικότητα των προγραμμάτων αποκατάστασης).
- Μονάδες παρηγορητικής και ανακουφιστικής φροντίδας (hospices, palliative care units) οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες τελικού σταδίου σε ασθενείς που δεν επιδέχονται πλέον θεραπευτική αγωγή.

3.4. Υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα

Το κύριο χαρακτηριστικό της υφιστάμενης κατάστασης είναι ο πολύ μικρός βαθμός ανάπτυξης των δημόσιων υπηρεσιών και οι τεράστιες ελλείψεις μετανοσοκομειακής και χρόνιας φροντίδας, με αποτέλεσμα την αδυναμία αντιμετώπισης των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών. Παράλληλα, απουσιάζει η συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση των αναγκών, με βάση το είδος των προβλημάτων υγείας και το είδος των απαιτούμενων υπηρεσιών, γεγονός που δυσχεραίνει τον σχεδιασμό πολιτικών.

Σε γενικές γραμμές, η μετανοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα παρέχεται μέσα από τις παρακάτω κατηγορίες δομών:

Ως προς το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι δομές κλειστής μετανοσοκομειακής φροντίδας περιλαμβάνουν:

- Μονάδες Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης,
- Ειδικά Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία.

Ως προς τη νομική μορφή, οι διάφορες δομές μετανοσοκομειακής φροντίδας μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες(Σχήμα3.1).:

- Τις δομές που ανήκουν στο δημόσιο
- Τις δομές του μη κερδοσκοπικού ιδιωτικού τομέα
- Τις δομές του επιχειρηματικού ιδιωτικού τομέα

Σχήμα 0.: Δομές Κλειστής Μετανοσοκομειακής Φροντίδας στην Ελλάδα

Μετα-νοσοκομειακή φροντίδα		
Δημόσια	Ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά	Ιδιωτικά
Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης	Ειδικά Κέντρα Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία	Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης
Νοσοκομειακά Τμήματα Αποκατάστασης		Νοσοκομειακά Τμήματα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης
Ειδικά Κέντρα Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία		

3.4.1. Δημόσιες μονάδες

Ειδικότερα, το δημόσιο διαθέτει έναν αριθμό μονάδων, η κατανομή των οποίων φαίνεται στο Πίνακα 3.1.

Σε ότι αφορά τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, το δημόσιο διαθέτει:

- Δύο (2) Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης, τα οποία λειτουργούν ως αυτοτελείς δομές, και έναν μικρό αριθμό που λειτουργούν ως τμήματα νοσοκομείων.
- Δέκα (10) ειδικά Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία, τα οποία λειτουργούν ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα.

Τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία είναι περισσότερο προσανατολισμένα στις σύγχρονες αντιλήψεις αποκατάστασης και προώθησης της αποϊδρυματοποίησης, παρέχοντας:

- Φροντίδα και περίθαλψη
- Αποκατάσταση (με εργοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχολογική στήριξη, ειδική διαπαιδαγώγηση, αθλητικά προγράμματα κλπ)
- Κοινωνικοποίηση και κοινωνική ένταξη (ψυχαγωγικές, πολιτιστικές, καλλιτεχνικές εκδηλώσεις κλπ)
- Ειδική εκπαίδευση (σε ειδικά νηπιαγωγεία και σχολεία)
- Προγράμματα αναδοχής και υιοθεσίας

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι αρκετά από τα πρώην Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΑΑΜΕΑ) έχουν μετατραπεί σε ανοικτές δομές αποκατάστασης (Κέντρα Ημέρας), οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες εργοθεραπείας, φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας, ψυχολογικής στήριξης, ειδικής διαπαιδαγώγησης, κλπ, σε παιδιά και νέους/ες με αναπηρία (κυρίως νοητική καθυστέρηση, κινητικά προβλήματα, και διαταραχές ανάπτυξης), καθώς και συμβουλευτική και υποστήριξη στις οικογένειες τους. Επιπλέον, στις δομές αυτές λειτουργούν προγράμματα απασχόλησης, επαγγελματικής κατάρτισης, αθλητισμού, ψυχαγωγίας και κοινωνικοποίησης.

Πίνακας 3.1.: Δημόσια ιδρύματα μετανοσοκομειακής φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.

ΥΠΕ	Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης	Κέντρα Αποθεραπείας- Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία	ΣΥΝΟΛΟ
2 ^η	1	3	9
3 ^η			2
4 ^η	1	4	8
5 ^η		1	6
6 ^η			5
7 ^η		2	5
ΣΥΝΟΛΟ	2	10	35

Από τον πίνακα 3.1. διαπιστώνονται οι ανεπάρκειες του δημοσίου τόσο σε δομές που παρέχουν υπηρεσίες αποκατάστασης ενηλίκων και παιδιών, όσο και οι σημαντικές ελλείψεις σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, δεδομένου ότι οι περισσότερες από τις περιφερειακές ενότητες της χώρας (νομοί) δεν διαθέτουν κανένα θεραπευτήριο.

Επιπλέον, ο προσανατολισμός των παρεχόμενων φροντίδων υγείας προς την αυτονομία του ασθενούς και την αποϊδρυματοποίηση είναι σε πολλά ιδρύματα ιδιαίτερα περιορισμένος.

Σε πολλά ιδρύματα διαπιστώνεται πολύ χαμηλή παραγωγικότητα, η οποία συνδέεται αφενός με την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων και αφετέρου με τη λανθασμένη χωροθέτηση. Υπάρχουν ιδρύματα σε μικρές πόλεις ή κωμοπόλεις που παρουσιάζουν πολύ χαμηλή πληρότητα. Τα προβλήματα στη χωροθέτηση συνδέονται με τον τρόπο και τις αντιλήψεις με τις οποίες αναπτύχθηκε ιστορικά η μετανοσοκομειακή φροντίδα, ως δραστηριότητα ασυλικού χαρακτήρα, η οποία δεν χρειαζόταν να είναι κοντά στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών.

3.4.2. Ιδιωτικές μονάδες

Ο μη κερδοσκοπικός ιδιωτικός τομέας διαθέτει δομές αποκατάστασης παιδιών και ενηλίκων, που παρέχουν κατά κανόνα όχι αποκλειστικά κλειστή φροντίδα.

Ο επιχειρηματικός ιδιωτικός τομέας δραστηριοποιείται στη μετανοσοκομειακή φροντίδα με τρεις μορφές δομών κλειστής περίθαλψης:

- Τα Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης, τα οποία αποτελούν αυτοτελείς δομές που παρέχουν υπηρεσίες αποκατάστασης κυρίως σε νευρολογικά και μυοσκελετικά προβλήματα.
- Τις Κλινικές Χρόνιων Παθήσεων, οι οποίες είναι παθολογικές, ή νευρολογικές ή μικτές κλινικές, που παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο ανάρρωσης.
- Ένα σημαντικό αριθμό Ψυχιατρικών ή μικτών Ψυχιατρικών-Νευρολογικών κλινικών, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας τόσο σε άτομα με σοβαρή ψυχική αναπηρία που επιβάλλει τη συνεχή φροντίδα και παρακολούθηση, όσο και σε ασθενείς με άνοια, νόσο Alzheimer, κλπ. Μολονότι οι ψυχιατρικές κλινικές δεν εμπίπτουν άμεσα στην κατηγορία των δομών μετανοσοκομειακής και μακροχρόνιας φροντίδας, είναι εντούτοις γεγονός, ότι καλύπτουν ένα σημαντικό τμήμα των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας στις προαναφερθείσες κατηγορίες ασθενών.

3.4.3. Χρηματοδότηση

Ως προς τους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς, η μετανοσοκομειακή φροντίδα χρηματοδοτείται από:

- Τον κρατικό προϋπολογισμό για τις άμεσες δαπάνες των δημοσίων δομών μετανοσοκομειακής φροντίδας.
- Την επιδοματική πολιτική του κράτους προς ορισμένες κατηγορίες αναπήρων και χρονίως πασχόντων.
- Την κοινωνική ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ), μέσω συμβάσεων με δημόσιες και ιδιωτικές δομές, για την παροχή φροντίδων στους ασφαλισμένους.
- Την ιδιωτική δαπάνη, η οποία συμπεριλαμβάνει και τη δαπάνη των ιδιωτικών ασφαλίσεων.

Η παροχή μετανοσοκομειακής φροντίδας από την κοινωνική ασφάλιση προϋποθέτει σωρευτικά τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Ο ασθενής να είναι ασφαλισμένος.
2. Να υπάρχει διαπιστωμένη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και παράλληλα ανάγκη συστηματικής ιατρικής περίθαλψης και νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Να υπάρχει οικονομική αδυναμία του ασθενούς ή του οικογενειακού περιβάλλοντος.
4. Να υπάρχει παντελής αδυναμία για κατ' οίκον περίθαλψη.

Οι ανωτέρω προϋποθέσεις αφήνουν εκτός των χρηματοδοτικών μηχανισμών της κοινωνικής ασφάλισης :

- (α) τους ανασφάλιστους και τους μακροχρόνια άνεργους, που επίσης δεν διαθέτουν ασφάλιση,
- (β) τα άτομα στα οποία δεν τεκμηριώνεται οικονομική αδυναμία και
- (γ) τα άτομα στα οποία δεν τεκμηριώνεται αδυναμία για κατ' οίκον φροντίδα.

Τα δημόσια ιδρύματα για τους χρονίως πάσχοντες έχουν ανεπαρκή χρηματοδότηση, η οποία προέρχεται από τον δημόσιο προϋπολογισμό και τα ημερήσια νοσήλια που καταβάλλουν οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, σύμφωνα με σχετικά πρόσφατη νομοθεσία, το 40% έως 80% του εισοδήματος από συντάξεις των χρονίως πασχόντων που νοσηλεύονται σε δημόσια ιδρύματα (συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρείων) παρακρατείται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης για τα έξοδα περίθαλψής τους (με βάση το νόμο 3984/2011, παρ. 8 του άρθρου 66).

3.5. Εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού για μετανοσοκομειακή φροντίδα

3.5.1. Ζήτηση υπηρεσιών

Η διαχρονική αύξηση της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες στην Ελλάδα (και, συνεπώς, για μετα-νοσοκομειακή φροντίδα) τεκμηριώνεται από όσα ήδη αναφέρονται στο κεφάλαιο 2.

Πέραν της αμιγούς προσέγγισης της ζήτησης στη βάση εμπειρικών δεδομένων, ιδιαίτερη χρησιμότητα για την εκτίμηση της μελλοντικής ζήτησης για υπηρεσίες μετα-νοσοκομειακής φροντίδας έχουν οι προβλέψεις για τη δημογραφική και επιδημιολογική μετάβαση των επόμενων ετών.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ τα συστήματα υγείας όλο και περισσότερο θα αντιμετωπίσουν την πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού και την ανάγκη παροχής σύνθετων υπηρεσιών

υγείας με έμφαση στη φροντίδα. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει τις εξής απώλειες σε ηλικιωμένους μετά από 10–14 ημέρες νοσηλείας (Πίνακας 3.2.)

Πίνακας 3.2.: Είδος και ποσοστό απώλειας σε ηλικιωμένους μετά από 10–14 ημέρες νοσηλείας

Απώλεια	Ποσοστό
Μείωση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής ²	25% –35%
Λειτουργικότητα	25%
Συναισθηματικές διαταραχές κυρίως κατάθλιψη και άγχος	20% –25%
Διατροφικές διαταραχές	20% –40%

Πηγή: Wang Y C et al. 2019³

Με βάση δεδομένα «του πραγματικού κόσμου»⁴, περίπου το 35% της αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων νοσημάτων και περίπου το 50% της αύξησης του επιπολασμού της χρόνιας πολυνοσηρότητας, οφείλεται στην αύξηση της μέσης ηλικίας του πληθυσμού αναφοράς. Η πολυνοσηρότητα αποτελεί ένα από τα κυριότερα τρέχοντα και μελλοντικά ζητήματα της φροντίδας υγείας, καθώς αποτελεί τον βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της χρήσης υπηρεσιών υγείας και, κατ'επέκταση, της δαπάνης υγείας.

Στην Ελλάδα, μόνο περίπου 40 % των ετών ζωής μετά την ηλικία των 65 ετών διάγονται χωρίς αναπηρία (Greece, O. E. C. D. 2019). Η διαπίστωση αυτή μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα τελευταία έτη έχει αυξηθεί η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας κυρίως μετανοσοκομειακής φροντίδας, καθώς αφορά σε σύνθετες υπηρεσίες υποστήριξης και συνεχούς παρακολούθησης, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αξιοπρεπή διαβίωση.

Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και των χαμηλών δεικτών γονιμότητας, περισσότερα από ένα στα πέντε (22 %) άτομα στην Ελλάδα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, αναλογία που προβλέπεται να αυξηθεί σε περισσότερο από ένα τρίτο (34 %) έως το 2070. Το 2017 το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν 20,1 έτη, ελαφρώς υψηλότερο από το σύνολο των χωρών της ΕΕ (σχήμα 5). Ωστόσο, έναντι σχεδόν 50 % στην ΕΕ, που μεταφράζεται σε δύο λιγότερα έτη υγιούς ζωής¹.

3.6. Ωριμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας στην αντιμετώπιση της μελλοντικής νοσηρότητας; Η αναντιστοιχία μεταξύ ζήτησης και προσφοράς για μετα-νοσοκομειακή φροντίδα

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα σύστημα ισχυρά στραμμένο στον νοσοκομειακό τομέα και τη φαρμακευτική περίθαλψη. Όπως καταγράφεται από τα συγκριτικά δεδομένα της σύνθεσης της δαπάνης υγείας μεταξύ των χωρών του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και την Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η Ελλάδα «κατευθύνει» το 44% της συνολικής δαπάνης υγείας στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα και το 30% στη φαρμακευτική φροντίδα (έναντι αντίστοιχων μέσων όρων 30% και 21% σε επίπεδο ΟΟΣΑ). Αντιθέτως, η δαπάνη για εξωνοσοκομειακή φροντίδα (η οποία, με βάση τα μετα-δεδομένα του οργανισμού

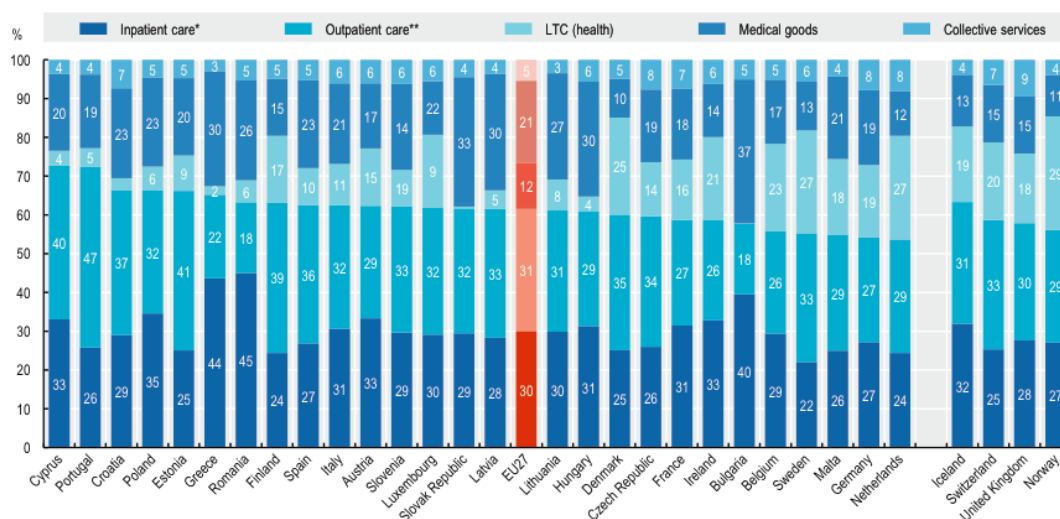
²Activity of daily living (ADL)

³ Wang YC, Chou MY, Liang CK, Peng LN, Chen LK, Loh CH. Post-Acute Care as a Key Component in a Healthcare System for Older Adults. Ann Geriatr Med Res. 2019;23(2):54-62. doi:10.4235/agmr.19.0009

⁴ van Oostrom et al Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0160264

συμπεριλαμβάνει και τη φροντίδα κατ' οίκον ή εκτός νοσοκομείου) δεν υπερβαίνει το 22% της συνολικής δαπάνης, έναντι αντίστοιχου μέσου όρου 31% σε επίπεδο ΟΟΣΑ. .

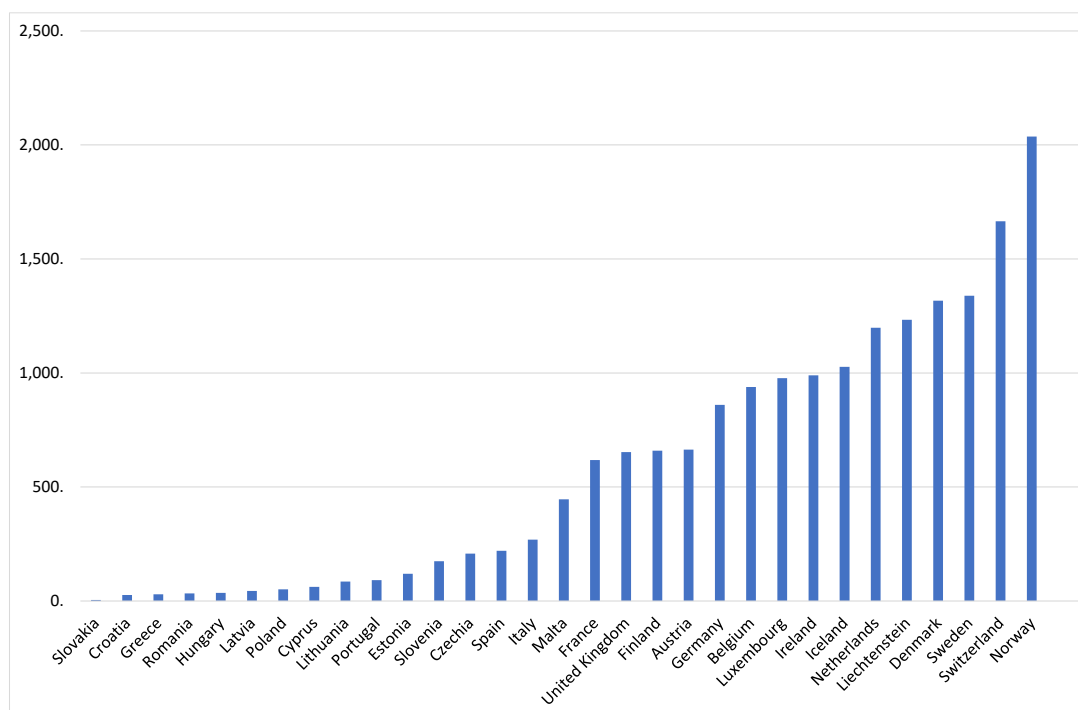
Σχήμα 3.8.: Δαπάνη υγείας ανά δραστηριότητα, ΟΟΣΑ 2018 (τελευταία διαθέσιμα συγκριτικά δεδομένα)



Πηγή: ΟΟΣΑ 2020

Ωστόσο, η Ελλάδα εξακολουθεί να είναι στις τελευταίες θέσεις στην κατάταξη σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ως προς τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε χρόνια φροντίδα (Σχήμα 3.9.).

Σχήμα 3.9.: Κατά κεφαλή δαπάνες Χρόνιας Φροντίδας στην Ευρώπη.

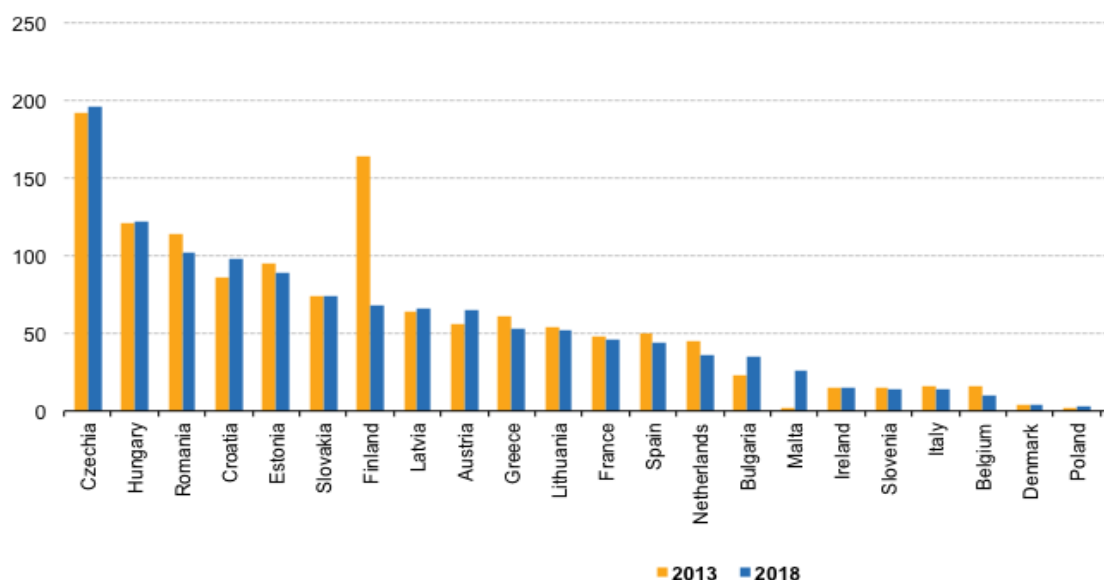


Πηγή: Eurostat 2021

Η παραπάνω παρατήρηση εξειδικεύεται και από τα χαρακτηριστικά της προσφοράς για αντίστοιχου τύπου υπηρεσίες από την πλευρά του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, αναφορικά με τη διαθεσιμότητα κλινών μακροχρόνιας φροντίδας (Σχήμα 3.10.), η χώρα μας αναφέρει περί τις 53 κλίνες ανά 100.000 πληθυσμού (έναντι μέσου Ευρωπαϊκού όρου 141,4

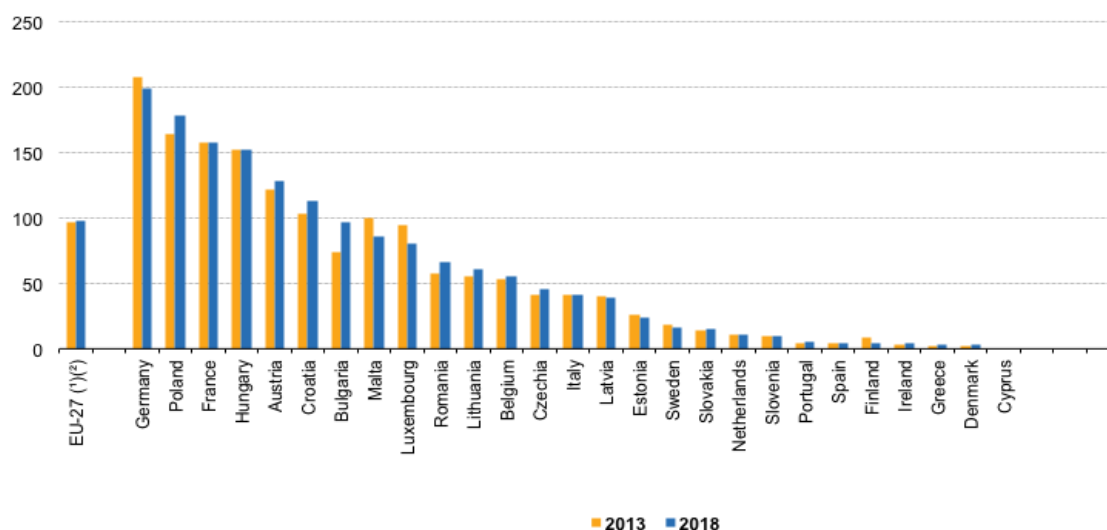
κλινών/100.000), ενώ στο ζήτημα των κλινών αποκατάστασης (Σχήμα 3.11.), η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις τελευταίες θέσεις στην Ευρωπαϊκή κατάταξη με 3,1 κλίνες ανά 100.000 πληθυσμού, έναντι Ευρωπαϊκού μέσου όρου της τάξης των 97,5 κλινών ανά 100.000 πληθυσμού

Σχήμα 3.10.: Κλίνες μακροχρόνιας φροντίδας (αριθμός ανά 100.000 πληθυσμού). Ελλάδα και χώρες Ευρώπης, 2013-2018



Πηγή: Eurostat 2020

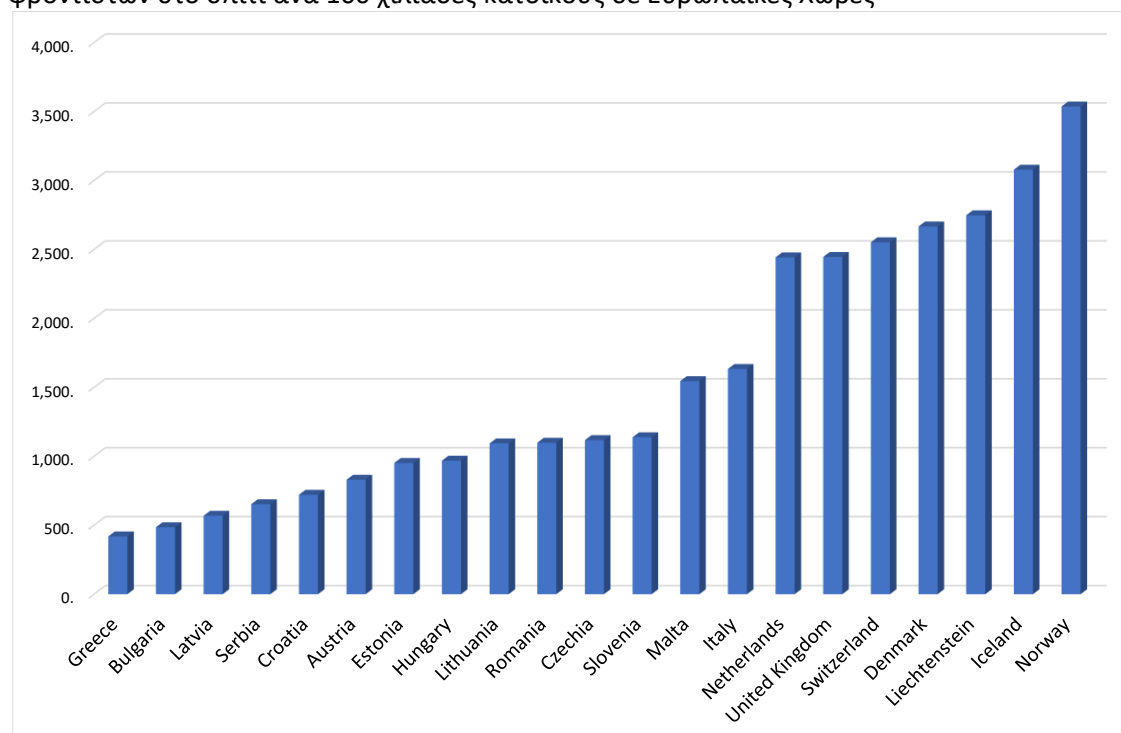
Σχήμα 3.11.: Κλίνες αποκατάστασης, εντός νοσοκομείων (αριθμός ανά 100.000 πληθυσμού). Ελλάδα και χώρες Ευρώπης, 2013-2018



Πηγή: Eurostat 2020

Ως προς το Νοσηλευτικό προσωπικό η Ελλάδα διαθέτει από τις μικρότερες αναλογίες σε Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ ανά 100 χιλιάδες κατοίκους, αλλά και στο σύνολο Νοσηλευτών, Μαιών, βοηθών υγειονομικής περίθαλψης και φροντιστών στο σπίτι.

Σχήμα 3.12.:Αναλογία Νοσηλευτών, Μαιών, βοηθών υγειονομικής περίθαλψης και φροντιστών στο σπίτι ανά 100 χιλιάδες κατοίκους σε Ευρωπαϊκές Χώρες



Πηγή: Eurostat 2021

Συμπερασματικά, δοθέντος ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αλλά και το πρότυπο και φορτίο της νοσηρότητας αποτελούν κύριους προσδιοριστές της ανάγκης για νοσοκομειακές υπηρεσίες, η ανάλυση των τάσεων της δημογραφικής και επιδημιολογικής μετάβασης του πληθυσμού της χώρας καταδεικνύει ότι η μελλοντική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αναμένεται να αυξηθεί, ενδεχομένως εντατικά, κατά τα επόμενα έτη.

Υπό το πρίσμα της παραδοχής ότι η μετανοσοκομειακή φροντίδα αποτελεί, εν μέρει, συμπληρωματικό τομέα της νοσοκομειακής, η ανάπτυξη ενός στρατηγικού σχεδίου για την επένδυση και την ολοκλήρωση ενός συστήματος διαχείρισης των πασχόντων μετά το περιβάλλον του νοσοκομείου, είναι απαραίτητη. Η χώρα διαχρονικά υστερεί στη διαθεσιμότητα υποδομών – αλλά και στην υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών – στο πεδίο της μετα-νοσοκομειακής φροντίδας. Η μεταβολή των αναγκών υγείας, η ανάγκη για υιοθέτηση πρακτικών βελτίωσης της αποδοτικότητας και η κοινωνική απαίτηση για την κατεύθυνση των επενδύσεων υγείας σε τομείς οι οποίοι θα βελτιώνουν τη συλλογική κοινωνική ευημερία και συνοχή, επιτάσσει την αναζήτηση λύσεων στο πεδίο της μετα-νοσοκομειακής φροντίδας, στο πλαίσιο των βέλτιστων διεθνών πρακτικών.

3.7. Οι κατευθύνσεις πολιτικής για τη Μετανοσοκομειακή Φροντίδα

3.7.1. Πολιτικές και οικονομικές προϋποθέσεις

Η οικοδόμηση πολιτικής για τον επανασχεδιασμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας έχει τρεις θεμελιώδεις προϋποθέσεις:

- Τον προσδιορισμό των αναγκών για κάθε κατηγορία φροντίδων υγείας.
- Την απόδοση της απαιτούμενης πολιτικής προτεραιότητας στη μετανοσοκομειακή φροντίδα.
- Την εξασφάλιση της αναγκαίας χρηματοδότησης για την ενίσχυση των υπηρεσιών.

Οι συνθήκες που έχουν ιστορικά διαμορφωθεί στη χώρα μας επιτρέπουν τον σχεδιασμό πολιτικής που να αποδίδει σημαντικό ρόλο στις συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα. Αυτό θα μπορούσε να εξασφαλίσει πόρους για επενδύσεις και να επιταχύνει σημαντικά την κάλυψη των αναγκών, χωρίς να απαιτηθεί κάποιο ευρύ πρόγραμμα ανάπτυξης δημόσιων κτιριακών υποδομών που θα απαιτούσε σημαντικούς πόρους.

Ένα δεύτερο θεμελιώδες στοιχείο πολιτικής για την υποστήριξη της μετανοσοκομειακής φροντίδας είναι η αναγνώριση του δικαιώματος όλων των πολιτών να έχουν πρόσβαση, χωρίς την προϋπόθεση της οικονομικής αδυναμίας και της ασφαλιστικής κάλυψης. Άλλωστε, τα άτομα με βαριά χρόνια προβλήματα υγείας έχουν μακροχρόνια αδυναμία εργασίας και συνεπώς εκτίθενται περισσότερο στον κίνδυνο να παραμείνουν ανασφάλιστοι και να μη έχουν δικαίωμα φροντίδας.

Το τρίτο θεμελιώδες στοιχείο είναι η εξασφάλιση της επαρκούς χρηματοδότησης για την παροχή των υπηρεσιών μέσω των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και του κράτους.

3.7.2. Οι κατευθύνσεις της πολιτικής

Τα κύρια χαρακτηριστικά ενός επαρκούς συστήματος Μετανοσοκομειακής Φροντίδας, τα οποία οφείλουν να αντιπροσωπεύουν ταυτόχρονα και τα χαρακτηριστικά μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής, είναι:

- Η ποικιλία και επάρκεια παρεχόμενων υπηρεσιών, ικανών να ανταποκριθούν σε όλο το εύρος των αναγκών.
- Η παροχή εξατομικευμένων φροντίδων, κατάλληλων για την αντιμετώπιση των μεταβαλλόμενων αναγκών κάθε ασθενή.
- Ο καλός συντονισμός των υπηρεσιών, εξωνοσοκομειακής, νοσοκομειακής, μακροχρόνιας και κοινωνικής φροντίδας.
- Η επιδίωξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικής αυτονομίας των ασθενών.
- Η επιδίωξη της επανένταξης των ασθενών στο κοινωνικό περιβάλλον και αποϊδρυματοποίησης της παρεχόμενης φροντίδας.
- Η επαρκής χρονική περίοδος παροχής των φροντίδων.
- Η χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας η οποία μπορεί να εξασφαλίσει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα σε ότι αφορά την αποκατάσταση, τη λειτουργική αυτονομία και την επανένταξη του ασθενή.
- Η παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας.
- Η ολιστική θεώρηση των αναγκών του ασθενή και η εξασφάλιση της παροχής φροντίδων με βάση τις ολιστικές ανάγκες του ασθενή.
- Η επιδίωξη της ποιότητας ζωής.
- Η επιδίωξη της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας.

Ως πρώτο βήμα για την επίτευξη των στόχων αυτών, Θα πρέπει να υπάρξει ανάθεση μελετών ανά ΥΠΕ για την καταγραφή αναγκών, ζήτησης, προσφοράς και κυρίως για τη διατύπωση προτάσεων για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων μετανοσοκομειακής φροντίδας ανά ΥΠΕ.

Κεφάλαιο 4: Διασφάλιση της Συνεχούς Φροντίδας

4.1. Πλαίσιο και εννοιολογικό περιεχόμενο

Το ζήτημα της συνέχειας της υγειονομικής περίθαλψης έχει αυξηθεί κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, και αυτό φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τον κατακερματισμό της ιατρικής περίθαλψης, τη βιομηχανοποίηση του τομέα της υγείας και την κινητικότητα τόσο των ασθενών όσο και των γιατρών, χαρακτηριστικά της άκρας εξειδίκευσης της εποχής μας. Λόγω του μεγάλου αριθμού των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των διαφορετικών μοντέλων-τύπων συστημάτων υγείας, σήμερα γίνεται πολλή συζήτηση γύρω από τη συνέχεια της περίθαλψης, ως έναν από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Ποιο είναι όμως το εννοιολογικό περιεχόμενο της *συνέχειας της περίθαλψης*; Στα περισσότερα λεξικά η έννοια *συνέχεια* ορίζεται ως «μία αδιάκοπη σειρά», «μια συνεχής πορεία» ή «ένα αδιάσπαστο σύνολο». Όσον αφορά στην ιατρική περίθαλψη, η συνέχεια εμφανίζεται όχι μόνο ως μια μετρήσιμη ακολουθία συναντήσεων, αλλά και ως μια στάση γενικότερα. Φαίνεται να υπάρχει μια ποικιλία απόψεων όσον αφορά τη φύση και τον ορισμό της συνέχειας της φροντίδας, με επακόλουθες δυσκολίες στην ερμηνεία της σχετικής σπουδαιότητας των μελετών που ασχολήθηκαν με το αντικείμενο.

Ο πιο περιεκτικός θεωρητικός ορισμός δόθηκε από τον Hennen (1975) ο οποίος όρισε πέντε διαστάσεις της συνέχειας:

- **χρονολογική**
- **γεωγραφική**
- **διεπιστημονική**
- **διαπροσωπική**
- **ενημερωτική**

Η συνέχεια της περίθαλψης ορίζεται σύμφωνα με τους Bass και Windle (1972) ως η σχέση μεταξύ παρελθούσας και παρούσας θεραπείας σύμφωνα με τις θεραπευτικές ανάγκες του ασθενούς. Σύμφωνα με τους Breslau και Reeb (1975), η συνέχεια είναι ο βαθμός στον οποίο ένας ένας μόνο γιατρός διαχειρίζεται τις ανάγκες ενός ασθενούς. Όσο περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιεί ο ασθενής σε ένα μόνο γιατρό, τόσο περισσότερο συνεχής θεωρείται η περίθαλψη.

Με βάση κάποιους από τους παραπάνω ορισμούς, οι μελέτες της συνέχειας εμπίπτουν σε δύο κατηγορίες:

- Η πρώτη είναι εκείνη στην οποία μια κατάσταση «ασυνέχειας» εντοπίζεται και μετατρέπεται σε μια κατάσταση «συνέχειας». Απόδειξη της αλλαγής αυτής είναι ότι ορισμένες μεταβλητές που σχετίζονται με την περίθαλψη έχουν βελτιωθεί, πολλές φορές σε σχέση με μια ομάδα ελέγχου.
- Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει μελέτες που προσπαθούν να τεκμηριώσουν την ύπαρξη και την πληρότητα μιας αναγνωρισμένης κατάστασης συνέχειας, συχνά με την υπόθεση ότι τα αποτελέσματα για την υγεία είναι καλύτερα στο σύστημα αυτό.

Γενικά, οι μετρήσεις αφορούν τις παρακάτω καταστάσεις:

1. **Συνέχεια της φροντίδας που δίνεται στον ασθενή από τον πάροχο ή από την ιατρική ομάδα.** Αυτό μετρείται ως επισκέψεις ασθενών, περιπτώσεις νόσου ή ως μια αναλογία των προγραμματισμένων ή των μη προγραμματισμένων επισκέψεων.

2. **Συνέχεια φροντίδας ολόκληρου του συστήματος υγείας**, δηλαδή η διερεύνηση των ποσοστών προγραμματισμένων αλλά μη πραγματοποιηθέντων ραντεβού, πλήθος των εξετάσεων που πραγματοποιούνται πολλές φορές, εξετάσεις από γιατρό, πλήθος των πηγών περίθαλψης, ποσοστό της απόσυρσης ασθενών από προγράμματα σκοπός των οποίων είναι η προστασία της υγείας ή η πρόληψη της νόσου.
3. **Εκτίμηση των στάσεων απέναντι στη συνέχεια της φροντίδας**. Η στάση των ασθενών, του προσωπικού και των γιατρών έχουν μελετηθεί κατόπιν της εφαρμογής των σχεδίων συνέχειας.

4.2. Οι συνιστώσες ενός μοντέλου Συνέχειας της Φροντίδας

Η συνέχεια της φροντίδας εξαρτάται από την ποσότητα της προηγούμενης γνώσης που διαθέτουν οι εμπλεκόμενοι στην φροντίδα υγείας, όπως:

- α) Οι καταναλωτές, που αποτελούνται από τους πολίτες, τους ασθενείς, τις οικογένειες ή ακόμη και από μεγαλύτερες ομάδες.
- β) Οι πάροχοι, οι οποίοι προσφέρουν φροντίδα.

Οι συναντήσεις μεταξύ των δύο πλευρών πραγματοποιούνται μέσα στο «περιβάλλον συνέχειας» (*continuity environment*). Το περιβάλλον αυτό αποτελείται από ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα και το επίπεδο της συνέχειας ανάμεσα στα δύο στοιχεία. Βασιζόμενοι στην κεντρική ιδέα του Hennen (1975), το περιβάλλον αυτό απαρτίζεται από τις παρακάτω διαστάσεις:

- Τη **χρονολογική διάσταση**, η οποία περιλαμβάνει τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς και την οικογένεια κατά τη διάρκεια χρονικών περιόδων που καλύπτουν κύκλους αλλαγής της ζωής και κρίσεις της ζωής. Αυτό προϋποθέτει περίθαλψη για άτομα όλων των ηλικιών. Πληροφορίες για το άτομο και την οικογένεια που συγκεντρώνονται με την πάροδο του χρόνου, προσφέρουν μεστή γνώση απαραίτητη τόσο για τη διάγνωση και τη διαχείριση του ασθενούς όσο και για τη δημιουργία μιας βάσης επιστημονικής μελέτης.
- Τη **γεωγραφική διάσταση**, η οποία υποδεικνύει την τοποθεσία όπου παρέχεται η περίθαλψη. Ο Hennen υποστηρίζει ότι η συνέχεια εδραιώνεται όταν ένας γιατρός προσφέρει μια ολοκληρωμένη ιατρική επικοινωνία ανεξαρτήτως τοποθεσίας.
- Τη **διεπιστημονική διάσταση**, η οποία περιγράφεται ως η ικανότητα του γιατρού να υπερβεί τα σύνορα του κύριου συστήματος, να διαχειριστεί ένα ευρύ φάσμα νόσων, καθώς και κοινωνικών προβλημάτων ή συμπεριφοράς. Επίσης η διάσταση αυτή υποδεικνύει την προθυμία των καταναλωτών να αναζητήσουν ολιστική περίθαλψη σε μία μόνο πηγή.
- Τη **διαπροσωπική διάσταση**, η οποία περιλαμβάνει τη συνέχεια στη σχέση γιατρού- ασθενούς και εκείνους τους συνδέσμους που βοηθούν τον ασθενή στις διάφορες πλευρές του συστήματος ιατρικής περίθαλψης (π.χ. παραϊατρικό προσωπικό, υπαλλήλους υποδοχής και νοσοκομειακό προσωπικό). Μέσα σε αυτή τη διάσταση, ο πάροχος ίσως νιώθει ένα αίσθημα συνεχούς ευθύνης απέναντι στον ασθενή, την οικογένεια και την κοινότητα, το οποίο αίσθημα υπερβαίνει τις συμφωνημένες δεσμεύσεις-συμβόλαια και το ωράριο εργασίας.
- Την **πληροφοριακή διάσταση**, η οποία υποστηρίζει τη συνέχεια που παρέχεται στον ασθενή με πληροφοριακά συστήματα. Αυτό στηρίζεται σε επαρκή ιατρικά αρχεία που περιέχουν επεισόδια ασθένειας, υποστήριξη, σχέδια χειρισμού της υγείας καθώς και αποδοτικές τηλεπικοινωνίες, καλά συστήματα αναφοράς, και ανατροφοδότηση (feedback) από τμήματα επειγόντων περιστατικών και νοσοκομεία. Μεγάλη θα πρέπει να είναι και η προθυμία από πλευράς των

καταναλωτών για παροχή πληροφοριών ή την υπόδειξη καταλλήλων πηγών απ' όπου μπορούν να αντληθούν τα στοιχεία αυτά.

- Τη **διάσταση της διαθεσιμότητας**, η οποία εξασφαλίζει τη συνέχεια που εδραιώνεται από τα άνετα και προσβάσιμα ιατρεία, από τα αποτελεσματικά συστήματα προγραμματισμού των ραντεβού, από την πρόβλεψη για περίθαλψη εκτός ωραρίου και από την ευκολία πρόσβασης στις ιατρικές συμβουλές και την λήψη φροντίδας.
- Τη **διάσταση της σταθερότητας**, η οποία συνδέεται με τη σταθερότητα της κοινότητας μέσα στην οποία παρέχεται η περίθαλψη και τη σχετική σταθερότητα της οικογένειας και του ατόμου. Επίσης σχετίζεται με τη σταθερότητα ή την κινητικότητα του παροχέα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) σε πρόσφατη δημοσίευσή του (WHO, 2018) επισημαίνει την «φτωχή» ερευνητική δραστηριότητα του περιεχομένου και την προβληματική απόδοση των εννοιών: *Συνέχεια της φροντίδας (Continuity of care)* και *Συντονισμός της φροντίδας (Care coordination)*, τι οποίες θεωρεί έννοιες ευρείες και συγγενικές.

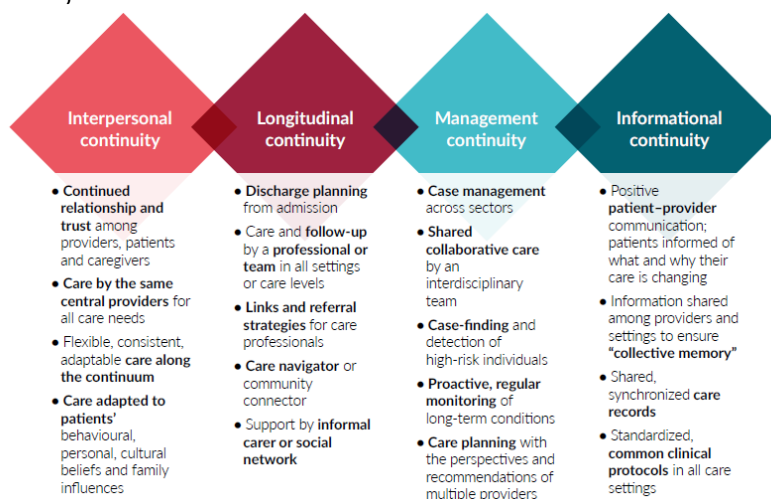
Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, ο Deeny et al. (2017) επιβεβαίωσαν ότι η *Συνέχεια της φροντίδας* αποτελεί σύνθετη έννοια με πολλαπλές διαστάσεις και επικαιροποίησαν παλαιότερα πλαίσια που περιγράφονται από τον Freeman et al. (2003) και Haggerty et al. (2003).

Οι τέσσερις διαστάσεις της *Συνέχεια της φροντίδας* στο νέο αυτό πλαίσιο είναι:

- **Διαπροσωπική συνέχεια:** η υποκειμενική εμπειρία της σχέσης φροντίδας μεταξύ ενός ασθενούς και του επαγγελματία υγείας.
- **Διαχρονική συνέχεια:** ένα ιστορικό αλληλεπίδρασης με τον ίδιο επαγγελματία υγείας σε μια σειρά διακριτών επεισοδίων.
- **Διαχειριστική συνέχεια:** αποτελεσματική συνεργασία των ομάδων πέρα από τα όρια φροντίδας της καθεμιάς για να παρέχουν αδιάλειπτη φροντίδα.
- **Πληροφοριακή συνέχεια:** η διαθεσιμότητα κλινικών και ψυχοκοινωνικών πληροφοριών σε όλες τις επαφές με τους επαγγελματίες υγείας.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται το εύρος των προσεγγίσεων και των παρεμβάσεων προκειμένου να εξασφαλιστεί η επίτευξη της *Συνέχειας της φροντίδας*.

Σχήμα 4.1.: Εύρος των προσεγγίσεων και των παρεμβάσεων για την επίτευξη της Συνέχειας της φροντίδας



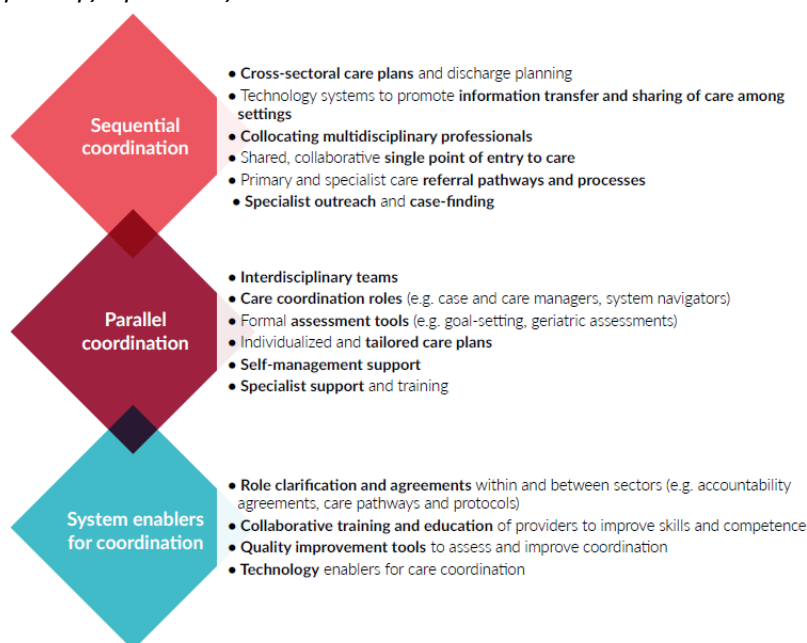
Πηγή: Προσαρμογή από Deeny et al. (2017)

Από την άλλη πλευρά, ο Øvretveit (2011) περιέγραψε τρεις τύπους *Συντονισμού της Φροντίδας*:

- **Διαδοχικός**: προγραμματισμένη μεταβίβαση της ευθύνης φροντίδας και μεταφορά της φροντίδας σε επόμενο στάδιο ή επίπεδο
- **Παράλληλος**: συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών με συμφωνημένη κατανομή της ευθύνης φροντίδας
- **Έμμεσης επίδρασης-επιρροής**: ενεργοποίηση του Συντονισμού της Φροντίδας με εργαλεία, κίνητρα ή εκπαίδευση.

Στο παρακάτω Σχήμα εμφανίζεται το εύρος των προσεγγίσεων και των παρεμβάσεων προκειμένου να επιτευχθεί η βελτιστοποίηση του *Συντονισμού της Φροντίδας*.

Σχήμα 4.2.: Εύρος των προσεγγίσεων και των παρεμβάσεων για τη βελτιστοποίηση του *Συντονισμού της Φροντίδας*



Πηγή: Προσαρμογή από Øvretveit (2011)

Αυτή η ταξινόμηση των συστατικών της *Συνέχειας της Φροντίδας* και του *Συντονισμού της Φροντίδας* δείχνει κάποια αλληλοεπικάλυψη. Για παράδειγμα, η *Διαπροσωπική συνέχεια* και η *Διαχρονική συνέχεια* επιτρέπουν τον αποτελεσματικό συντονισμό της φροντίδας για την εξυπηρέτηση των αναγκών του ατόμου, έτσι ώστε η φροντίδα να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη σε διάφορα στάδια και εγκαταστάσεις της διαδρομής παροχής της.

4.3. Προτεραιότητες και Προτάσεις Πολιτικής για την Υλοποίησή τους σύμφωνα με τον ΠΟΥ

Ο συντονισμός της *Συνέχειας της Φροντίδας* έχει μεγαλύτερη επίδραση όταν οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε «δέσμες» παρεμβάσεων καθόλη τη διαδρομή της φροντίδας, ιδανικά ενταγμένες σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο φροντίδας.

Οι τεκμηριωμένες έρευνες προτείνουν οκτώ βασικές προτεραιότητες στις οποίες πρέπει να επικεντρωθούν οι πολιτικές (WHO, 2018):

1. Διασύνδεση με Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δημιουργία μιας θετικής, συνεχόμενης, αδιάλειπτης σχέσης με συγκεκριμένο επαγγελματία ή Φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο πλαίσιο ενός συστήματος Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Εξασφάλιση, ότι όλοι οι πολίτες θα είναι εγγεγραμμένοι σε ένα Γενικό-Οικογενειακό γιατρό ή Τοπική Μονάδα Υγείας ή άλλη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο κατοικίας τους.
- Παροχή κινήτρων για την πραγματοποίηση προγραμματισμένων επισκέψεων, με ευέλικτο χρόνο διάρκειάς και σε εκτεταμένο ωράριο επιλογής, ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση, αποτύπωση και παρακολούθηση των προβλημάτων υγείας και η διατύπωση συμβουλών για τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας.
- Επαρκής στελέχωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε προσωπικό (ατομικά ή και σε ομάδες) και εξασφάλιση συνθηκών εργασίας που ελαχιστοποιούν φαινόμενα υπερκόπωσης και παραίτησης από τις θέσεις εργασίας του.

2. Συνεργατικός Σχεδιασμός της Φροντίδας και Συμμετοχή στη Λήψη των Αποφάσεων

Ενεργοποίηση των πολιτών-ασθενών, των οικογενειών τους και των φροντιστών τους σε μια ολιστική, προγνωστικά καθοδηγούμενη-σχεδιαζόμενη φροντίδα, με τη δημιουργία «καθοδηγητών» και «συνδέσμων», με στόχο τη διαχείριση των προβλημάτων και της κατάστασης υγείας, τη δημιουργία-ενδυνάμωση των κοινωνικών δεσμών και τη βελτίωση της κατανόησης και της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική και άλλη αγωγή.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Ανάπτυξη και ενδυνάμωση του αναγκαίου επιπέδου Εγγραμματισμού Υγείας σε κάθε πολίτη.
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων διαπροσωπικής επικοινωνίας και ολιστικής φροντίδας σε κάθε λειτουργό υγείας.
- Ενσωμάτωση της φυσικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής υγείας και ευεξίας σε κάθε σχεδιασμό του συστήματος.
- Υποστήριξη των ασθενών, των οικογενειών τους και των φροντιστών τους σε θέματα αυτοφροντίδας, δημιουργίας κοινωνικών υποστηρικτικών δεσμών και συμμόρφωσης στη θεραπεία.

3. Διαχείριση περιστατικών με σύνθετα προβλήματα και συννοσηρότητες

Η παρεχόμενη φροντίδα σχεδιάζεται, παρακολουθείται και συντονίζεται από τον αρμόδιο διαχειριστή, ο οποίος παρακολουθεί την παροχή της φροντίδας διαχρονικά και επιλύει-καλύπτει όλες τις ανάγκες (φυσικές και ψυχικές) των ατόμων με σύνθετα προβλήματα υγείας ή σε περίπλοκες καταστάσεις.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Ενσωμάτωση-Ολοκλήρωση των διαχειριστών σύνθετων περιστατικών στη νοσοκομειακή ή/και μετα-νοσοκομειακή φροντίδα.
- Εκπαίδευση των διαχειριστών στη διαχείριση περιστατικών μεταξύ διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων, Μονάδων Υγείας, επιπέδων περίθαλψης και Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα.
- Εκπαίδευση των διαχειριστών στην αναγνώριση των περιστατικών με σύνθετα προβλήματα.
- Ακριβής περιγραφή και διατύπωση των αρμοδιοτήτων των διαχειριστών, αλλά και έλεγχος-απολογισμός των δραστηριοτήτων τους.

4. Συγκέντρωση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας και δημιουργία μοναδικών σημείων πρόσβασης

Δημιουργία μοναδικών (προκαθορισμένων) σημείων φυσικής ή εικονικής πρόσβασης σε Μονάδες Υγείας, διασυνδεδεμένων με ηλεκτρονικά συστήματα διαχείρισης των περιστατικών.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Απλοποίηση της πρόσβασης, με τη δημιουργία φυσικών ή εικονικών μοντέλων δικτύων φροντίδας.
- Ανάπτυξη τοπικών-κοινοτικών δικτύων-κόμβων παροχής φροντίδας υγείας και ευεξίας.
- Καθορισμός του αριθμού και της λειτουργίας των νοσοκομείων με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την απρόσκοπτη πρόσβαση των πολιτών-ασθενών σε δωρεάν υπηρεσίες.

5. Μεταβατική ή ενδιάμεση Φροντίδα

Δημιουργία ομάδων διαχείρισης περιστατικών μεταξύ νοσοκομειακής και μετα-νοσοκομειακής φροντίδας, φροντίδας αποκατάστασης ή ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς και διαχείρισης περιστατικών επείγουσας φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι, ως εναλλακτικές λύσεις της εισαγωγής και επανεισαγωγής σε νοσοκομεία.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Εισαγωγή-Ένταξη των ομάδων μεταβατικής φροντίδας στο οργανόγραμμα των νοσοκομείων.
- Παροχή βοήθειας για τη διαχείριση χρόνιων περιστατικών στο σπίτι.
- Παροχή βοήθειας για τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών εκτός νοσοκομείου.

6. Περιεκτική-Ολοκληρωμένη Φροντίδα σε όλη της διαδρομή του ασθενούς

Ολοκληρωμένα Μοντέλα Διαχειριζόμενης Φροντίδας, με συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας σε όλο το «ταξίδι» των ασθενών (σπίτι, κοινοτικές υπηρεσίες και Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Τμήματα επειγόντων Περιστατικών, νοσοκομειακή και μετα-νοσοκομειακή φροντίδα).

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Σχεδιασμός του συστήματος, ώστε να διασυνδέει πολλαπλά σημεία παροχής υπηρεσιών και φροντίδας υγείας, και σε συνεργασία μαζί τους, να τα διαχειρίζεται εκτός νοσοκομείου.
- Κατανοητά πρωτόκολλα, οδηγίες και πολιτικές ελέγχου σε όλο το φάσμα και τη διαδρομή της παροχής φροντίδας στον ασθενή.
- Οικονομικά (και άλλα) κίνητρα, απόλυτα συνδεδεμένα με την επίτευξη στόχων.

7. Δημιουργία της αναγκαίας Τεχνολογικής Υποδομής για την Υποστήριξη της Συνέχειας και του Συντονισμού της Φροντίδας

Η διαθεσιμότητα των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (Τ.Ε.Π.) για την υποστήριξη της διαχείρισης και κάλυψης των αναγκών για φροντίδα υγείας των πολιτών, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή Συνέχειας της Φροντίδας.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Δημιουργία του Χάρτη Υγείας, με λεπτομερή και αναλυτική καταγραφή (και δυναμική επικαιροποίηση) των υποδομών, του ανθρώπινου δυναμικού και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στον Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα.
- Ανάπτυξη Εθνικού Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας.
- Ενσωμάτωση σε αυτό, υποσυστήματος παρακολούθησης ευάλωτων ομάδων πληθυσμού και ομάδων με σύνθετα προβλήματα και συννοσηρότητες, ώστε να διαχειρίζεται και συντονίζει αποτελεσματικά και αποδοτικά τη συνέχεια της παρεχόμενης σε αυτές φροντίδα υγείας.
- Δυνατότητα εξ αποστάσεως διαχείρισης των περιστατικών.

8. Ανάπτυξη των Ικανοτήτων του Ανθρώπινου Δυναμικού του Τομέα Υγείας και λοιπών εμπλεκόμενων

Η εισαγωγή προγραμμάτων εκπαίδευσης και δια βίου κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της Υγείας που εμπλέκεται στη διαχείριση της συνέχειας και του συντονισμού της παρεχόμενης φροντίδας, είναι προαπαιτούμενο για την ενδυνάμωση της γνώσης, της αυτοπεποίθησης, των δεξιοτήτων, των ικανοτήτων και της επάρκειάς τους. Παράλληλα, αντίστοιχα και κατάλληλα προσαρμοσμένα προγράμματα θα πρέπει να προσφέρονται στους ίδιους τους πολίτες, στους ασθενείς, στις οικογένειές τους και στους φροντιστές τους, καθώς και στις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες και δομές, καθώς και στο προσωπικό τους.

Πρακτικές παρεμβάσεις-Προϋποθέσεις Υλοποίησης (ενδεικτικά):

- Εξασφάλιση ότι οι ρόλοι, οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντά τους είναι πλήρως καθορισμένα.
- Εξασφάλιση ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι (ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της Υγείας, ασθενείς, οικογένειες, φροντιστές, και λοιποί) έχουν τις κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες και επάρκεια.

ΠΡΟΤΑΣΗ

Με βάση τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις και διεθνείς πρακτικές, η Πολιτεία θα πρέπει να προχωρήσει στα εξής:

A) Στη διενέργεια μελετών για να καταγραφεί και να αξιολογηθεί η υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα της συνέχειας της φροντίδας, προκειμένου να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι ελλείψεις σε κάθε Περιφέρεια της χώρας.

B) Στην εκπόνηση στρατηγικών σχεδίων δράσης για την εφαρμογή των αναγκαίων μέτρων και ρυθμίσεων με βάση τα συμπεράσματα των μελετών, αξιοποιώντας τις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές και τις προτάσεις του ΠΟΥ που προαναφέρθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας - Αξιολόγηση Και Συνεχής Βελτίωση Της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών

5.1. Το πλαίσιο για μια Πολιτική Ποιότητας: Η έννοια και η σημασία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μια από τις θεμελιώδεις παραμέτρους που μαζί με την προσβασιμότητα (access) και την οικονομική αποδοτικότητα (cost-effectiveness), καθορίζουν την επίδοση (performance) του συστήματος υγείας και των υποσυστημάτων του. Διαχρονικά έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί για την ποιότητα, με μικρές διαφοροποιήσεις. Ο πλέον κοινός ορισμός, ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό κατά το οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων για τους λήπτες των υπηρεσιών και μειώνουν την πιθανότητα ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, με βάση την υπάρχουσα επιστημονική γνώση.

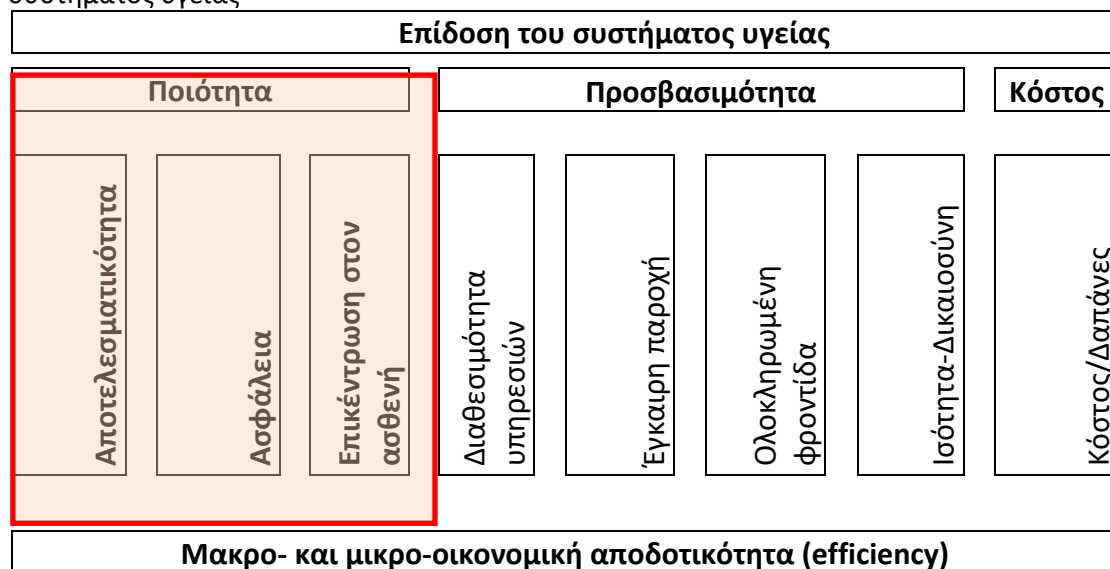
Ανεξαρτήτως πάντως του λεκτικού που χρησιμοποιούν οι διάφοροι ορισμοί, υπάρχει όλο και μεγαλύτερη αναγνώριση ότι ποιότητα υπηρεσιών υγείας σημαίνει ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι:

- **Αποτελεσματική**, δηλαδή εξασφαλίζει το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα με βάση την υπάρχουσα επιστημονική τεκμηρίωση.
- **Ασφαλής**, δηλαδή ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο ανεπιθύμητων παρενεργειών, βλαβών ή λαθών στους λήπτες των υπηρεσιών.
- **Ασθενοκεντρική**, δηλαδή ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες, αξίες, προσδοκίες και προτιμήσεις του ασθενή.
- **Προσβάσιμη**, δηλαδή εξασφαλίζει την ανεμπόδιστη διαθεσιμότητα των κατάλληλων φροντίδων, τεχνολογιών και αναγκαίων πόρων, στον κατάλληλο τόπο και χρόνο, για όλο τον πληθυσμό.
- **Ισότητα-δίκαιη**, δηλαδή δεν διαφοροποιείται λόγω ηλικίας, φύλου, φυλής, εθνικότητας, γεωγραφικής θέσης, θρησκείας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, γλώσσας ή πεποιθήσεων.
- **Έγκαιρη**, δηλαδή παρέχεται χωρίς καθυστερήσεις και στον πλέον κατάλληλο χρόνο για την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων για τον ασθενή.
- **Ολοκληρωμένη**, δηλαδή περιλαμβάνει τη συντονισμένη παροχή όλων των φροντίδων που είναι απαραίτητες για τον ασθενή, σε όλα τα επίπεδα και για όλο το χρονικό διάστημα που είναι αναγκαίο.
- **Αποδοτική**, δηλαδή εξασφαλίζει τη μεγιστοποίηση του οφέλους από τη χρήση των διαθέσιμων πόρων και την αποφυγή άσκοπης χρήσης ή σπατάλης πόρων.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ποιότητα είναι στενά συνδεδεμένη με όλες τις παραμέτρους που καθορίζουν την επίδοση του συστήματος υγείας. Εάν εντούτοις πρέπει να προσδιορισθούν οι πλέον τυπικές διαστάσεις που εμπερικλείει η έννοια της ποιότητας, ως διακριτή έννοια από την προσβασιμότητα και την αποδοτικότητα (Σχήμα 5.1.), τότε αυτές είναι:

- η αποτελεσματικότητα
- η ασφάλεια και
- η επικέντρωση στον ασθενή

Σχήμα 5.1.: Η ποιότητα ως καθοριστικός παράγοντας της συνολικής επίδοσης του συστήματος υγείας



Πηγή: Προσαρμογή από τον ΟΟΣΑ.

Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις παραμέτρους που καθορίζουν όχι μόνο τη συνολική επίδοση του συστήματος υγείας, αλλά και την οικονομική του αποδοτικότητα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες οφείλουν να εξασφαλίζουν το βέλτιστο αποτέλεσμα για το ασθενή, με τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων, γεγονός που αναδεικνύει την ποιότητα ως έναν από τους κρίσιμότερους συντελεστές του συστήματος υγείας.

5.2. Το διεθνές περιβάλλον

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσεγγίζει την ποιότητα, την ασφάλεια, και την προσβασιμότητα του συστήματος υγείας ως απαραίτητους ενδιάμεσους στόχους προκειμένου να επιτευχθούν οι πρωταρχικοί στόχοι για βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ανταπόκριση στις προσδοκίες του και κοινωνικο-οικονομική του προστασία.

Η επιστημονική τεκμηρίωση της σημασίας της ποιότητας έχει οδηγήσει διεθνείς οργανισμούς και αρκετές χώρες να αναπτύξουν σημαντικές πρωτοβουλίες με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας και τη βελτίωση της επίδοσης των συστημάτων υγείας.

Ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει ειδικές στρατηγικές για την ενίσχυση της ασφάλειας των νοσοκομειακών υπηρεσιών και την αποφυγή λαθών, ανεπιθύμητων συμβαμάτων και παρενεργειών. Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με τη συνεργασία άλλων διεθνών οργανισμών όπως του ΠΟΥ και του ΟΟΣΑ, έχει προχωρήσει στη σύσταση ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων (Expert Group on Health Systems Performance Assessment -HSPA) με σκοπό:

- Την προώθηση της ανταλλαγής απόψεων και την υποστήριξη των χωρών- μελών στη διαμόρφωση πολιτικών ποιότητας και τη χρήση κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων.
- Τον καθορισμό προτεραιοτήτων ανά κράτος - μέλος, με έμφαση στην ποιότητα της στελέχωσης, της διακυβέρνησης και στη βιωσιμότητα του συστήματος, καθώς και στα αποτελέσματα που επιτυγχάνει στην υγεία του πληθυσμού.
- Τον σχεδιασμό δράσεων, με σκοπό να ενημερώνουν και να ευαισθητοποιήσουν τους υπεύθυνους στη λήψη αποφάσεων.

- Την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας, μέσα από την εξισορρόπηση προσβασιμότητας, ποιότητας και αποδοτικότητας.

Παράλληλα, το ECDC αναπτύσσει πρωτοβουλίες και προγράμματα για την ενίσχυση της ασφάλειας έναντι των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής.

Ο ΟΟΣΑ έχει αναπτύξει σε συστάσεις προς τα συστήματα υγείας των χωρών- μελών του για να παρέχουν ασφαλείς και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και έχει αναπτύξει δείκτες μέτρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Οι άξονες των δράσεων και της προτεραιοποίησης του ΟΟΣΑ είναι:

- Η **μεγιστοποίηση της ασφάλειας** των ασθενών ως πρωταρχικό καθήκον των επαγγελματιών υγείας και του συστήματος υγείας.
- Η **ποιότητα** στη φροντίδα υγείας, τονίζοντας ότι η υψηλή ποιότητα βελτιώνει τις εκβάσεις υγείας, εξοικονομεί πόρους και συμβάλλει στην υψηλή απόδοση και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.
- Η **απόδοση των νοσοκομείων**, τονίζοντας ότι το νοσοκομείο αποτελεί το σημαντικότερο τμήμα του συστήματος υγείας, με σημαντικές επιπτώσεις στη συνολική επίδοση του συστήματος και των δαπανών υγείας.
- Η οργάνωση και **ψηφιοποίηση** των δεδομένων, η οποία αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών για τη βελτίωση της ποιότητας και της απόδοσης του συστήματος υγείας.
- Η χρήση **μελετών και δεικτών** που εστιάζουν στους ίδιους τους ασθενείς.
- Η αξιοποίηση **ανασκοπήσεων πολιτικών** και οργανισμών που προάγουν τη μέτρηση και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Σε αρκετές χώρες έχουν δημιουργηθεί εθνικοί οργανισμοί με ειδική αποστολή την προώθηση στρατηγικών ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιτυχημένα παραδείγματα παρόμοιων οργανισμών αποτελούν το National Committee for Quality Assurance (NCQA) και το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) στις ΗΠΑ, το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) στη Μ. Βρετανία, το Federal Joint Committee (G-BA) και το Institute for Quality and Economy in Health Care (IQWiG) στη Γερμανία, το Haute Autorité de Santé (HAS) στη Γαλλία, κ.ά.

Παράλληλα, αρκετοί ανεξάρτητοι οργανισμοί δραστηριοποιούνται σε διεθνές επίπεδο στο πεδίο της διαπίστευσης των υπηρεσιών υγείας, όπως το Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), και το American Medical Accreditation Program (AMAP), στις ΗΠΑ, το CHKS στη Μ. Βρετανία, κλπ.

5.3. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, κατά την τελευταία 20ετία, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, συγκέντρωσε το ερευνητικό ενδιαφέρον τόσο του ακαδημαϊκού χώρου όσο και του Υπουργείου Υγείας. Νομοθετικές παρεμβάσεις (Ν.2519/97, Ν. 2889/01, Ν. 3172/03, Ν. 3235/04, Σχέδιο Νόμου «Ποιότητα και ασφάλεια υπηρεσιών υγείας», Ν. 4715/20 κ.ά.), εισήγαγαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Επιγραμματικά, μερικές από τις σημαντικότερες δράσεις περιλαμβάνουν:

- Τη σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας
- Την πρόσφατη ίδρυση του Οργανισμού Διασφάλισης Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας
- Την ίδρυση του Φορέα Πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας
- Τη σύσταση της Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας στο Υπουργείο Υγείας

- Την ίδρυση ειδικής Ομάδας Εργασίας στο Υπουργείο Υγείας για την Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας
- Την ίδρυση τμημάτων ελέγχου ποιότητας και γραφείων ποιότητας στις Υγειονομικές Περιφέρειες και τις νοσηλευτικές μονάδες
- Την ίδρυση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών
- Την καθιέρωση διαδικασιών ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υγείας
- Την καθιέρωση μέτρων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις νοσηλευτικές μονάδες μέσω των κύκλων ποιότητας
- Τη σύσταση γραφείου υποδοχής και διαχείρισης παραπόνων των ασθενών σε νοσοκομειακό επίπεδο

Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με επιστημονικούς φορείς και ΑΕΙ, έχει προχωρήσει από το 2005 σε δράσεις όπως:

- Η ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, σε συνεργασία με τις επιστημονικές εταιρείες και τον ΕΟΦ,
- Η σύνταξη προτυποποιημένων νοσηλευτικών διαδικασιών και κλινικών νοσηλευτικών πρωτοκόλλων,
- Η βελτίωση της ροής των διαδικασιών με την προτυποποίηση των εντύπων ενιαίας λειτουργίας των νοσοκομείων,
- Η διοργάνωση, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο μέσω των τμημάτων βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας, ημερίδων και σεμιναρίων εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας,
- Η κατάρτιση προτύπων ερωτηματολογίων ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών
- Η διεξαγωγή μελετών διερεύνησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας,
- Η εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 σε επιλεγμένα νοσοκομεία της χώρας, κ.ά.

Παράλληλα, σε επιχειρησιακό επίπεδο, έχουν αναπτυχθεί αρκετές πρωτοβουλίες, όπως:

- Ορισμένες ειδικές μονάδες και εργαστηριακά τμήματα δημοσίων νοσοκομείων έχουν πιστοποιηθεί από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ) για την ποιότητα των υπηρεσιών τους, με την εφαρμογή προτύπων και διαδικασιών που αφορούν όλο τον κύκλο των διεργασιών από τη λήψη των δειγμάτων μέχρι την παράδοση των απαντήσεων, συμπεριλαμβανομένου του εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου της αξιοπιστίας των εργαστηριακών τους αναλύσεων.
- Ορισμένα νοσοκομεία συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για την αξιολόγηση και διασφάλιση της ασφάλειας και της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ενώ το μεθοδολογικό πλαίσιο του προγράμματος PATH έχει προσαρμοσθεί στα ελληνικά.
- Ορισμένα νοσοκομεία συμμετέχουν σε ευρωπαϊκά προγράμματα για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων και την ενίσχυση της ασφάλειας έναντι των λοιμώξεων κατά τη νοσηλεία.
- Κάποια νοσοκομεία έχουν αναπτύξει ενδιαφέρουσες δράσεις για την ασφάλεια και την αποφυγή λαθών στα χειρουργεία, με τη χρήση φύλλων ελέγχου (checklists) των ανεπιθύμητων συμβαμάτων (Never Events), με βάση πρότυπα που έχει αναπτύξει ο ΠΟΥ, το μεθοδολογικό πλαίσιο των οποίων έχει προσαρμοσθεί στα ελληνικά παράλληλα με το πρόγραμμα PATH.

5.3.1. Διαπιστώσεις

Συμπερασματικά, έχουν καταγραφεί αρκετά βήματα βελτίωσης στα θέματα ποιότητας, αλλά η ευρεία ανάπτυξη μιας στρατηγικής ποιότητας δεν επιτεύχθηκε μέχρι σήμερα. Παρά

τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τις προσπάθειες εφαρμογής ορισμένων προγραμμάτων ποιότητας κατά το παρελθόν, οι σχετικές δράσεις συνεχίζουν να χαρακτηρίζονται από αποσπασματικότητα, χαμηλή προτεραιότητα, και επιφυλακτική αντιμετώπιση. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών μέσω μετρήσιμων δεικτών παραμένει ανεπαρκής και περιστασιακή, ενώ ταυτόχρονα η ανάπτυξη και υιοθέτηση προτύπων και διαδικασιών ποιότητας βρίσκεται σε πολύ αρχικό στάδιο, και η χρήση κατευθυντήριων οδηγιών παραμένει περιορισμένη. Όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών, η Ελλάδα βρίσκεται σε μια από τις δυσμενέστερες θέσεις μεταξύ των χωρών της ΕΕ και του ΟΟΣΑ στη συχνότητα λοιμώξεων από ανθεκτικά βακτήρια που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί σε μεγάλο βαθμό.

Πρέπει να αναγνωρισθεί ότι η εφαρμογή μιας συνολικής στρατηγικής ποιότητας παρέμεινε μέχρι τώρα ένα ανεπιτυχές εγχείρημα. Το εγχείρημα φαίνεται να προσέκρουσε καταρχήν σε ορισμένα κεντρικά ζητήματα που αφορούν την απόδοση της αναγκαίας πολιτικής προτεραιότητας στο ζήτημα της ποιότητας. Η ανεπαρκής πολιτική βούληση και η χαμηλή προτεραιότητα από πλευράς της διοίκησης στο χώρο της υγείας, η ασυνέχεια της διοίκησης στις δράσεις που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς, η έλλειψη μέχρι πρόσφατα ενός φορέα ειδικά επιφορτισμένου για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας πολιτικής ποιότητας, καθώς και η μη καλλιέργεια κουλτούρας ποιότητας και ασφάλειας του ασθενή στα νοσοκομεία και τους οργανισμούς υγείας, θα πρέπει να θεωρούνται ως βασικοί παράγοντες της αδυναμίας ανάπτυξης μιας συνολικής στρατηγικής ποιότητας και ασφάλειας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

5.4. Η ανάγκη ανάπτυξης μιας συνολικής Πολιτικής Ποιότητας για τον αποτελεσματικό επανασχεδιασμό της Νοσοκομειακής και Μετανοσοκομειακής Φροντίδας

Η διασφάλιση της ποιότητας στο σύστημα υγείας προϋποθέτει την ανάπτυξη ενός συνεχούς κύκλου δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν :

- τη μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας,
- τον σχεδιασμό δράσεων για τη βελτίωσή της,
- τη συνεπή υλοποίηση των δράσεων,
- την παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν.

Μια Πολιτική Ποιότητας περιλαμβάνει δράσεις που μπορούν σχηματικά να οργανωθούν γύρω από τρεις πυλώνες:

- **Την Ανάπτυξη ή υιοθέτηση διεθνών Προτύπων Ποιότητας (προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα)**
- **Τη Μέτρηση και Αξιολόγηση της Ποιότητας**
- **Τη Διασφάλιση και Βελτίωση της Ποιότητας**

Αν οι τρεις αυτοί πυλώνες εξειδικευθούν στις τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις της ποιότητας (ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ασθενοκεντρική προσέγγιση), τότε μπορεί να συγκροτηθεί ένα μοντέλο για την ανάπτυξη μιας συνολικής Πολιτικής Ποιότητας, όπως φαίνεται στο Σχήμα 5.2.

Σχήμα 5.2.: Μοντέλο για την ανάπτυξη συνολικής Πολιτικής Ποιότητας στην Υγεία

ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ		
ΔΡΑΣΕΙΣ	ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΣΘΕΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	- Περιφερειακοί Δείκτες Ασφάλειας - Δείκτες Ασφάλειας σε επίπεδο μονάδας	- Περιφερειακοί Δείκτες Αποτελεσματικότητας - Δείκτες Αποτελεσματικότητας σε επίπεδο μονάδας	- Δείκτες Ασθενοκεντρικής προσέγγισης - Δείκτες Ικανοποίησης του Ασθενή
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	- Πρότυπα Ασφάλειας - Διαδικασίες Ασφάλειας	- Πρότυπα Αποτελεσματικότητας - Κλινικά πρότυπα - Νοσηλευτικά πρότυπα	- Πρότυπα και διαδικασίες Ασθενοκεντρικής προσέγγισης - Πρότυπα και διαδικασίες Ικανοποίησης του Ασθενή
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	- Εκπαίδευση - Εφαρμογή προτύπων - Πιστοποίηση-Διαπίστευση	- Εκπαίδευση - Εφαρμογή προτύπων - Πιστοποίηση-Διαπίστευση	- Εκπαίδευση - Εφαρμογή προτύπων - Πιστοποίηση-Διαπίστευση
ΕΛΕΓΧΟΣ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	- Έλεγχος - Αξιολόγηση	- Έλεγχος - Αξιολόγηση	- Έλεγχος - Αξιολόγηση

Στο πλαίσιο του αποτελεσματικού επανασχεδιασμού της Νοσοκομειακής και της Μετανοσοκομειακής Φροντίδας, η Πολιτική Ποιότητας πρέπει να στηρίζεται στην ανάπτυξη σειράς στρατηγικών και προγραμμάτων διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας, με επίκεντρο:

- την καταλληλότητα, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας,
- την αριθμητική και επιστημονική επάρκεια του Ανθρώπινου Δυναμικού,
- τη συνεχή επικαιροποίηση των γνώσεων του επιστημονικού και λοιπού προσωπικού,
- τη συμμόρφωση με τη χρήση των πρωτοκόλλων της φροντίδας και των κατευθυντήριων οδηγιών για την ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/διακυμάνσεων που συχνά συναντώνται στην κλινική πρακτική, κ.ά.

Αντλώντας από τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, οι στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοσθούν για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τόσο σε νοσοκομειακό όσο και σε μετανοσοκομειακό επίπεδο, περιλαμβάνουν:

- **την ανάπτυξη προτύπων ποιότητας και διαδικασιών ποιότητας**, ή την υιοθέτησή τους από τη διεθνή εμπειρία με βάση την υπάρχουσα επιστημονική τεκμηρίωση και τις βέλτιστες πρακτικές, που εξασφαλίζουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή όσον αφορά την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες και προσδοκίες του ασθενή.
- **την ανάπτυξη δράσεων για την εφαρμογή των προτύπων και τεκμηρίωση εφαρμογής τους**, μέσα από ένα ευρύ πρόγραμμα δράσεων και παρεμβάσεων, διοικητικών και επιστημονικών, το οποίο θα έχει ως στόχο την προώθηση της εφαρμογής των προτύπων, ενώ παράλληλα θα προωθεί την τεκμηρίωση της εφαρμογής τους.

- **τη μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας**, με τους κατάλληλους δείκτες που προαναφέρθηκαν, η οποία επιτρέπει την ανίχνευση των προβλημάτων, τον καθορισμό προτεραιοτήτων, την παρακολούθηση της προόδου, και τελικά την τεκμηρίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Αποτελεί επομένως αναπόσπαστο τμήμα κάθε στρατηγικής ποιότητας, αλλά και βασικό εργαλείο για το σχεδιασμό και την παρακολούθηση της όλης πολιτικής.
- **την ανάπτυξη και εφαρμογή μεθόδων κλινικού ελέγχου και ανατροφοδότησης**. Η ανάπτυξη μεθόδων και διαδικασιών κλινικού ελέγχου και ανατροφοδότησης έχει ως στόχο την εισαγωγή των διαδικασιών ποιότητας στην άμεση ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή. Μέθοδοι όπως ο κλινικός έλεγχος (clinical audit), ο έλεγχος της κλινικής αποτελεσματικότητας (clinical effectiveness), η εμπιστευτική διερεύνηση (confidential inquiry), η ολοκληρωμένη κλινική διαχείριση (clinical governance), κ.ά. μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών φροντίδων.
- **την προώθηση πολιτικών πιστοποίησης και διαπίστευσης**. Η προώθηση στρατηγικών πιστοποίησης (certification) από ανεξάρτητο φορέα της συμμόρφωσης των διαφόρων μονάδων ή τμημάτων προς συγκεκριμένες απαιτήσεις, συνήθως με βάση τα πρότυπα ISO, αποτελεί διεθνώς μια σημαντική στρατηγική για την διασφάλιση της ποιότητας. Μια ανάλογη αλλά πολύ περισσότερο φιλόδοξη στρατηγική είναι η προώθηση προγραμμάτων διαπίστευσης (accreditation) των υπηρεσιών υγείας, η οποία συνίσταται στην επίσημη αναγνώριση από έναν αναγνωρισμένο αρμόδιο φορέα, τον οργανισμό διαπίστευσης (accreditation body), ότι ένας οργανισμός υγείας είναι ικανός να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες ή λειτουργίες με βάση καθορισμένα πρότυπα ποιότητας.
- **την ανάπτυξη και υλοποίηση εκπαιδευτικών στρατηγικών με στόχο την εγκαθίδρυση μιας κουλτούρας ποιότητας και της εφαρμογής μεθόδων ποιότητας**. Η κατάλληλη και ειδικά προσανατολισμένη εκπαίδευση αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις στρατηγικές για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η εκπαίδευση, είτε ως τυπική εκπαίδευση, ή συνεχιζόμενη (δια βίου) εκπαίδευση, ή πρακτική εκπαίδευση (training on the job), είτε σε συνδυασμό με άλλες στρατηγικές, όπως η χορήγηση εκπαιδευτικών μονάδων (credits), η απαίτηση παρακολούθησης ελάχιστου αριθμού εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, κλπ. Αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την επιτυχία μιας πολιτικής ποιότητας.
- **την προώθηση στρατηγικών επιστημονικής τεκμηρίωσης**. Η προώθηση στρατηγικών παροχής των φροντίδων υγείας με βάση της υπάρχουσα επιστημονική τεκμηρίωση (Evidence-Based Practice, Evidence-Based Nursing κλπ.) μπορεί να προσφέρει πρόσθετα εργαλεία και μηχανισμούς διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

5.5. Ο ρόλος του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ Α.Ε.)

Ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία συστάθηκε πρόσφατα για να καλύψει ένα μακροχρόνιο κενό στη χώρα που αφορά στην έλλειψη ενός οργανισμού ειδικά επιφορτισμένου με την ανάπτυξη μιας πολιτικής ποιότητας, δηλαδή μιας πολιτικής η οποία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, θα εξασφαλίζει ότι έτσι «...η φροντίδα που παρέχεται από το σύστημα υγείας είναι ασφαλής, βασισμένη στη σύγχρονη γνώση, παρέχεται έγκαιρα και ισότιμα και είναι ανθρωποκεντρική».

Η δράση του Οργανισμού βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της προσβασιμότητας και της παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας, και ιδρύθηκε με στόχο να προάγει την υγεία του πληθυσμού μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε οι άνθρωποι να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή και επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα, και ταυτόχρονα να διασφαλιστεί η καθολική

κάλυψη του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη καθώς και η ισότιμη πρόσβαση σε αυτές.

Ο θεσμικός ρόλος του ΟΔΙΠΥ συνίσταται:

- στην ανάπτυξη ενός τεκμηριωμένου στρατηγικού σχεδίου για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού,
- στην ανάπτυξη **Εθνικής Στρατηγικής για τη Διασφάλιση της Ποιότητας** των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, της Ασφάλειας των Ασθενών και της Ενεργούς Συμμετοχής των Ασθενών στην παροχή των Υπηρεσιών Υγείας,
- στην ανάπτυξη ενός **Πλαισίου Αξιολόγησης της Ποιότητας**, ώστε να αποτυπωθούν οι βασικές περιοχές που χρήζουν βελτίωση, με την ανάπτυξη δεικτών μέτρησης της ποιότητας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας,
- στην ανάπτυξη **Εθνικών Πολιτικών Ποιότητας και Ασφάλειας, την ανάπτυξη/υιοθέτηση Προτύπων και Διαδικασιών**, καθώς και δράσεων για την εφαρμογή των προτύπων και των κλινικών πρωτοκόλλων,
- στην ανάπτυξη των κατάλληλων εργαλείων για την αξιολόγηση των αναγκών, των εμπειριών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, για τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των αναγκών και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,
- στον συντονισμό του έργου και την προώθηση της συνεργασίας των υπηρεσιών ποιότητας των νοσοκομείων και των ΥΠΕ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. ΕΛΣΤΑΤ (2021). Δελτίο τύπου-Απογραφή Θεραπευτηρίων 2019, 17/3/2021
2. Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας, Έρευνα για τις Μεταρρυθμίσεις στην Υγεία στην Ελλάδα, 2017-2021
3. Λιαρόπουλος Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
4. Σούλης Σ. (2015). Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Παπαζήση
5. Σούλης Σ. (2021). Η μετά covid-19 εποχή: Μια ελπιδοφόρα περίοδος; Politisonline, 27/2/2021
6. Σουλιώτης Κ.: «Τεκμηριωμένη Πολιτική Υγείας - Μια πρόταση για την Ελλάδα», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2019.
7. Τούντας Ι. (2008). Δημόσια ή Ιδιωτική υγεία; Η γεωγραφική κατανομή των ανισοτήτων, ΤΟ ΒΗΜΑ, 24/11/2008.
8. Τούντας και συν.(2020). Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. διαΝεοσις-Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, Φεβρουάριος 2020
9. Υπουργείο Υγείας (2021). Δράσεις Αναβάθμισης των Νοσοκομείων, <https://www.moh.gov.gr/>
10. Υφαντόπουλος Ι. (2021). Χάνεται το 49% των δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία, Delphi Economic Forum VI, 10-15/5/2021.

Ξενόγλωση

1. Ahlquist G, Saxena SB, Belokrinitsky I, Kapur A. (2012). Charting a clear course in rough seas: a new view on hospital and health systems strategy. New York: Strategy.
2. American Hospital Association (AHA) <https://www.aha.org/advocacy/long-term-care-and-rehabilitation>
3. Bass RD, Windle C. Continuity of care: an approach to measurement. Am J Psychiatry. 1972 Aug;129(2):196-201. doi: 10.1176/ajp.129.2.196. PMID: 5041060.
4. Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. J Med Educ. 1975 Oct;50(10):965-9. doi: 10.1097/00001888-197510000-00006. PMID: 1159765.
5. Breslau N., Reeb K.G. (1975). Continuity of Care in a University-Based Practice, Journal of Medical Education, 50, 965-969.
6. Buntin MB, Colla CH, Deb P, Sood N, Escarce JJ. Medicare spending and outcomes after postacute care for stroke and hip fracture. MedCare. 2010 Sep;48(9):776-84. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181e359df. PMID: 20706167; PMCID: PMC3627731.
7. Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy S, Barker I, Steventon A. Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity in general practice. London: The Health Foundation; 2017.
8. Chantzaras, A. E., & Yfantopoulos, J. N. (2018). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. Social Science & Medicine, 211, 338-351.
9. Devarakonda S. (2016). Hub and spoke model: making rural healthcare in India affordable, available and accessible. Rural Remote Health. 16(1):1-8.
10. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. (2017). Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(5):1-192.
11. Elrod JK, Fortenberry JL Jr (2017b). The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. BMC Health Serv Res.17(Suppl 1):457
12. ESDY (2012). Investigating public sector hospital costs in Greece: an update. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας.
13. Fiorio CV, Gorli M, Verzillo S. Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):95. Published 2018 Feb 8. doi:10.1186/s12913-018-2877-4

14. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract.* 2003;20:623–7.
15. Fulop, N., Protosaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., & Walters, R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *Bmj*, 325(7358), 246.
16. Goodwin N, Perri 6, Peck E, Freeman T, Posaner R (2004). Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). Available at: www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0006/64455/FR-08-1218-039.pdf (τελευταία πρόσβαση στις 1 Οκτωβρίου 2019).
17. Gordis L, Markovitz M: Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care. *Pediatrics* 48:766- 776, 1971.
18. Greß S., Baan C., Caroline A, Calnan M, Dedeu T., Groenewegen P., Howson H., Maroy L., Nolte E. Marcus Redaelli M., Saarelma O., Schmacke N., Schumacher K., Evert Jan van Lente Drs Econ, Vrijhoef B., «Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care-position paper of the European Forum for Primary Care». *Quality in primarycare* 02/2009; 17(1):75-86
19. Greece, O. E. C. D. (2019). country health profile 2019.State of Health in the EU: OECD Publishing, Paris.
20. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J.*2003; 327(7425):1219–21.
21. Hennen BK. (1975). Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. / *Fam Pract*;2:371-2
22. Kaitelidou, D. et al. (2016), “The Impact of the Economic Crisis on the Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals”, *European Journal of Business and Social Sciences*, Vol. 4(10), pp. 111-125.
23. Liaropoulos, L., Siskou, O., Kontodimopoulos, N., Kaitelidou, D., Lazarou, P., Spinthouri, M., & Tsavalias, K. (2012). Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. *Social Cohesion and Development*, 7(1), 53-68.
24. Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., ... & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International journal of integrated care*, 9(3).
25. Lykomitrou, A., Geitona, M., Stylianidis, S., Pantelidou, S., & Souliotis, K. (2020). Economic Evaluation of Mobile Mental Health Units in Greece: The Case of Cyclades Islands. *Health*, 12(7), 891-903.
26. McKee M, Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. *ClinMed (Lond)*. 2001;1(4):299-304.
27. Medicare Payment Advisory Commission <http://www.medpac.gov/-research-areas-/post-acute-care>
28. Nikolentzos A et al. (2015). Reengineering NHS hospitals in Greece: redistribution leads to rational mergers. *Global Journal of Health Science*, 7(5):272–287.
29. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Greece: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
30. OECD/European Union (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
31. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? A summary of a review of the evidence. London: Health Foundation; 2011.
32. Pearson J (2011). ‘Options for healthcare group working’. *GEHealthcareFinnamorewebsite*. Διαθέσιμο στο: <https://emea.gehealthcarepartners.com/34-articles/275-29-options-for-healthcare->

group-

working?highlight=WyJvcHRpb25zliwiZm9yIiwiaGVhbHRoY2FyZSIsImhYwX0aGNhcmUncyIsIldoZWZsdGhjYXJlIiwiaZ3JvdXAiLCJncm91cCdzliwiJ2dyb3VwliwiJ2dyb3VwJyIsImdyb3VwJyIsIndvcmtpbmciLCJ3b3JraW5nJy4iLCJvcHRpb25zIGZvcilsm9wdGlvbnMgZm9yIGhYwX0aGNhcmUiLCJmb3JgaGVhbHRoY2FyZSIsImZvciBoZWZsdGhjYXJlIGdyb3VwliwiaGVhbHRoY2FyZSBncm91cCIsImhYwX0aGNhcmUgZ3JvdXAga29ya2luZyIsImdyb3VwIHdvcmtpbmciXQ== (τελευταία πρόσβαση στις 1 Απριλίου 2021).

33. Polyzos N. et al (2013), Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy*, 109: 14-22.
34. Roney K. (2012). 4 emerging models provide strategy roadmap for future transactions. *Becker's Hospital Review* [Internet]. 2012 [cited 2017 February 26]. Available online: <http://www.beckershospitalreview.com/hospitaltransactions-and-valuation/4-emerging-models-provide-strategy-roadmapfor-future-transactions.html>
35. Shorr GI, Nutting PA: A population based assessment of the continuity of ambulatory care. *Med Care* 15:455-464, 1976.
36. Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care* 1976;14: 377-91.
37. Souliotis K, Giannouchos TV, Peppou LE, Samara MT, Nimatoudis J, Papageorgiou C, Economou M. "Public Health Behaviors during the COVID-19 Pandemic in Greece and Associated Factors: A Nationwide Cross-sectional Survey". *Inquiry*. 2021 Jan-Dec;58:469580211022913. doi: 10.1177/00469580211022913.
38. Souliotis K., Papageorgiou M., Politi A., Ioakeimidis D., Sidiropoulos P.: "Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis-the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study". *Rheumatology International*, 2013; Sep 22.
39. Souliotis K., Agapidaki E., Papageorgiou M., Voudouri N. & Contiades X.: "Access to treatment for Hepatitis C among injection drug users: results from the cross-sectional HOPE IV study", *International Journal for Equity in Health*, Vol. 16, Issue 101, 2017.
40. Souliotis, K., Agapidaki, E. & Papageorgiou, M.: "Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study", *Forum of Clinical Oncology*, Vol 8, Issue 4, 2015.
41. Souliotis, K., Alexopoulou, E., Papageorgiou, M., Politi, A., Litsa, P., & Contiades, X.: "Access to Care for Multiple Sclerosis in Times of Economic Crisis in Greece—the Hope II Study", *International Journal of Health Policy Management*, Vol 5, Issue 2, pp 83-89, 2016.
42. Topaz M, Kang Y, Holland DE, Ohta B, Rickard K, Bowles KH. Higher 30-day and 60-day readmissions among patients who refuse post-acute care services. *Am J ManagCare*. 2015 Jun;21(6):424-33. PMID: 26168063.
43. Tsavalias, K., Siskou, O., & Liaropoulos, L. (2012). Hospital mergers in Europe: The experience of Greece and future prospects. *Archives of Hellenic Medicine/ArheiaEllenikesIatrikes*, 29(2).
44. van Oostrom et al. (2016). Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0160264
45. W.H.O. (2018) Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
46. Wang YC, Chou MY, Liang CK, Peng LN, Chen LK, Loh CH. Post-Acute Care as a Key Component in a Healthcare System for Older Adults. *Ann Geriatr Med Res*. 2019;23(2):54-62. doi:10.4235/agmr.19.0009

47. Werner RM, Coe NB, Qi M, Konetzka RT. Patient Outcomes After Hospital Discharge to Home with Home Health Care vs to a Skilled Nursing Facility. *JAMA InternMed.* 2019;179(5):617-623. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7998
48. World Health Organization . World report on ageing and health [Internet] Geneva: World Health Organization; 2015.
49. 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(1), 1-7.