

ΤΡΙΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

# ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ"



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ  
ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

«ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Ν "ΑΓΙΟΣ  
ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ"»

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
Δρ. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2007

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	6
Εισαγωγή .....	7

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

##### **“ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”**

1.1 Γενικά .....	10
1.2 Τι είναι υγεία .....	11
1.3 Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας .....	12
1.4 Ο κλάδος της υγείας .....	14
1.4.1 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας .....	15
1.5 Τι είναι σύστημα υγείας .....	17
1.5.1 Σκοπός του συστήματος υγείας.....	17
1.5.2 Τι προσφέρουν τα συστήματα υγείας?.....	18
1.5.3 Τρεις Θανάσιμες Πιέσεις των Συστημάτων Υγείας .....	18
1.6 Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης.....	21
1.7 Χρησιμοποίηση Υγειονομικών Υπηρεσιών .....	23

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

##### **“Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”**

2.1 Η ποιότητα στον τομέα της υγείας .....	27
2.2 Ιστορική Αναδρομή της ποιότητας στον τομέα της υγείας .....	28
2.3 Η ανάγκη για Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και τα Οφέλη από τη βελτίωσή της.....	29
2.3.1 Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία .....	29
2.3.2 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας .....	31

2.4 Ποιοτητα υπηρεσιων υγείας και κοστος.....	33
2.5 Αναβάθμιση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας .....	35
2.5.1 Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας & Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας .....	36
2.5.2 Τυποποίηση Διεργασιών του νοσοκομείου .....	37
2.5.3 Τυποποίηση Επιχειρησιακής Πληροφορίας στον Τομέα της Υγείας .....	37
2.5.4 Η συμβολή της κωδικοποίησης στην επιχειρησιακή πληροφορία .....	38
2.5.5 Συστήματα Διαχείρισης της Ιατρικής πληροφορίας στους τομείς του Νοσοκομείου.....	40
2.5.6 Το ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα του Π.Γ.Ν.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" .....	46

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### "ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ Γ.Π.Ν.Ν.

#### «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» "

3.1 Ταυτότητα και Σύντομο Ιστορικό του Νοσοκομείου .....	49
3.2 Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου.....	51
3.3 Κτιριολογικά Στοιχεία του Νοσοκομείου.....	52
3.4 Οργάνωση και Λειτουργίες .....	53
3.4.1 Όργανα Διοίκησης .....	53
3.4.2 Διάρθρωση Υπηρεσιών.....	54

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### “ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Ν.

#### “ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ”

4.1 Ιατρική Περίθαλψη .....	68
4.1.1. Εξωτερικά Απογευματινά Ιατρεία (Ιατρική Περίθαλψη) .....	68
4.1.2 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών .....	74
4.1.3 Ιατρική Παρακολούθηση Εσωτερικού Ασθενή .....	81
4.1.4 Χειρουργεία .....	85
4.2 Νοσηλευτική Περίθαλψη .....	91
4.2.1 Παρακολούθηση Νοσηλείας Εσωτερικού Ασθενή .....	91
4.2.2 Παραγγελία Γενικού Συνταγολογίου .....	98
4.2.3 Διαχείριση Ασθενή στα Πλαίσια Χειρουργείου .....	101
4.3 Διοικητική Περίθαλψη .....	106
4.3.1 Επίσκεψη σε Εξωτερικά Ιατρεία .....	106
4.3.2 Κίνηση Ασθενών .....	114
4.3.3 Διαχείριση Καρτέλας Ασθενή .....	124
4.3.4 Προσέλευση Ασθενή στο ΤΕΠ .....	126

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### “ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Ν.

#### “ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ”

5.1. Ανάπτυξη Ιατρικής Υπηρεσίας.....	130
5.2 Συνολική Παρουσίαση Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.....	131
5.2.1 Γενικά .....	131
5.2.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006 .....	144
5.3 Παθολογικός Τομέας .....	148
5.3.1 Γενικά Στοιχεία για τον Παθολογικό Τομέα .....	148

5.3.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006 .....	152
5.4 Χειρουργικός Τομέας .....	154
5.4.1 Γενικά Στοιχεία Χειρουργικού Τομέα .....	154
5.4.2 Χειρουργικές επεμβάσεις .....	158
5.4.3 Σύγκριση δεδομένων Ετών 2005-2006 .....	160
5.5 Ψυχιατρικός Τομέας .....	161
5.5.1 Γενικά Στοιχεία για τον Ψυχιατρικού Τομέα .....	161
5.5.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006 .....	162
5.6 Εργαστηριακός Τομέας .....	163
5.6.1 Γενικά Στοιχεία Εργαστηριακού Τομέα.....	163
5.6.2 Σύγκριση εξετάσεων ετών 2005 και 2006 .....	163
5.7 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών .....	164
5.7.1 Γενικά Στοιχεία για την Κίνηση του ΤΕΠ .....	164
5.7.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006 .....	166
5.8 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία .....	168
5.8.1 Γενικά Στοιχεία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρειών .....	168
5.8.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006 .....	171
5.8.3 Κανονικά – Υπεράριθμα Ραντεβού .....	178
5.8.4 Δυνατότητα επισκέψεων – Κλεισμένα Ραντεβού .....	182
<b>Συμπεράσματα – Προτάσεις .....</b>	<b>186</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>189</b>

## Ευχαριστίες

Στην παρούσα μελέτη προσπάθησα να χειριστώ όσο το δυνατόν καλύτερα τα λιγοστά στοιχεία, που μου χορηγήθηκαν από το Π.Γ.Ν.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ".

Κατά τη διάρκεια αναζήτησης στοιχείων παρουσιάστηκαν δυσκολίες. Συγκεκριμένα, όταν απευθύνθηκα στο αρμόδιο τμήμα του νοσοκομείο Νίκαιας για την παραλαβή στοιχείων που σχετίζονται με το αντικείμενο της εργασίας μας, υποχρεώθηκα να προβώ στη συμπλήρωση αίτησης για την χορήγηση αυτών. Η διαδικασία αυτή ήταν χρονοβόρα με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διεξαγωγής της εργασίας μου.

Παρ' όλα αυτά αντιμετώπισα διεξοδικά τα προβλήματα που προέκυψαν με σοβαρότητα και σύνεση για την ανάλυση και τη τεκμηρίωση όλων των στοιχείων που είχα στη διάθεσή μου.

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Παναγόπουλο, υπεύθυνο του τμήματος Πληροφορικής και Οργάνωσης για το ενδιαφέρον που παρουσίασε και την πολύτιμη βοήθειά του η οποία ήταν καθοριστική στη διεκπεραίωση της εργασίας μας.

Ελπίζω η έρευνά μου να συνεχιστεί με σκοπό τη περαιτέρω έρευνα του θέματος.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή υγείας είναι «πρώτης γραμμής» ευθύνη της διοίκησης κάθε κράτους προς τα μέλη της. Βέβαια ο βαθμός της ευθύνης και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών υγείας ποικίλλει από κράτος σε κράτος . Η ευθύνη και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών υγείας εκφράζονται μέσα από τα Εθνικά Συστήματα Υγείας που ανυπερθέτως όλα τα κράτη οργανώνουν. Ο τομέας της υγείας στις κοινωνίες του δυτικού κόσμου υφίσταται, αυτή την περίοδο πολλές θεμελιώδεις αλλαγές. Η αυξανόμενη ζήτηση μέσα σε ένα πλαίσιο δημοσιονομικού περιορισμού δημιουργεί την ανάγκη για διαχείριση της αποδοτικότητας και πιο αυστηρό έλεγχο των πόρων που κατευθύνονται στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα στην Ελλάδα, το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές κατά την τελευταία εικοσαετία, με καθοριστικό στοιχείο αναφοράς την θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Παρατηρείται ότι παρ' όλες τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων ΕΣΥ, όλα βασίζονται στην τρισδιάστατη μορφή παροχής υγείας την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Η άσκηση παροχής υπηρεσιών μέσα από τις τρεις αυτές βαθμίδες διαμορφώνει και τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων υγείας κάθε χώρας. Μονάδες Υγείας είναι χώροι που γίνεται η κατάλληλη λειτουργική μίξη της ιατρικής επιστήμης, της τεχνολογίας και της διοικητικής επιστήμης με στόχο την υγεία του πολίτη. Οι νέες ιατρικές πρακτικές, σε συνδυασμό με την νέα τεχνολογία επηρεάζουν ουσιαστικά την απόδοση, την αποτελεσματικότητα αλλά και τους στόχους μιας μονάδας Υγείας. Όροι όπως, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ευρέως χρησιμοποιούνται από την Διοικητική Επιστήμη.

Το Νοσοκομείο παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας με τα ιατρικά τμήματα και τις μονάδες που διαθέτει. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες αποτυπώνονται ποσοτικά σύμφωνα με τα στοιχεία κίνησης κάθε τμήματος. Η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων αυτών αναδεικνύει σημαντικά ευρήματα που απεικονίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα οποία χρήζουν συστηματικής παρακολούθησης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διεξαγωγή αποτελεσμάτων για τη ποιοτικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία του νοσοκομείου με τη συμβολή Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων, εστιάζοντας στην περιγραφή και αποτίμηση της ροής των ασθενών στο Π.Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων». Χρησιμοποιήθηκε συγκριτική μεθοδολογία για την παρούσα έρευνα, χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία των ετών 2005 – 2006.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι υπηρεσίες υγείας, η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, το σύστημα υγείας που επικρατεί στην Ελλάδα, η κρίση των συστημάτων περίθαλψης και η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συμβολή της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και η επίδραση ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος στους τομείς του νοσοκομείου .

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ταυτότητα και το σύντομο ιστορικό του νοσοκομείου, η αποστολή και ο ρόλος του, κάποια κτιριολογικά στοιχεία καθώς και η οργάνωση των λειτουργιών που δραστηριοποιούνται στο νοσοκομείο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναλυτική παρουσίαση της περιγραφής της ροής των ασθενών από την στιγμή που θα εισέλθουν την πύλη του νοσοκομείου έως την έκδοση του εξιτηρίου και την αποχώρηση του ασθενή από το νοσοκομείο .

Στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον Παθολογικό, Χειρουργικό, Εργαστηριακό και Ψυχιατρικό Τομέα, καθώς και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Π.Γ.Ν.Ν «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ». Επίσης, γίνεται σύγκριση στατιστικών στοιχείων μεταξύ των ετών 2005-2006.



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### “ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”

Στο κεφάλαιο αυτό της εργασίας παρουσιάζεται το Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, η κρίση του Συστήματος Υγείας και οι πιέσεις που ασκούνται σ' αυτό .

#### 1.1 Γενικά

Η υγεία θεωρήθηκε και θεωρείται από όλους τους ανθρώπους σε όλες τις εποχές και από όλους τους πολιτισμούς, ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχημένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας μπορεί να διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως εθεωρείτο ολιστικά ως η αρμονία μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που ζούσε. Σ' αυτό το πλαίσιο, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρούνταν βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας των ανθρώπων, αν και η σχέση π.χ. μεταξύ των επιδημιών λοιμωδών νοσημάτων και των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης δεν είχε κατανοηθεί και στο μυαλό των απλών ανθρώπων οι επιδημίες συχνά αποδίδονταν σε θεϊκές δυνάμεις ως τιμωρία για τις αμαρτίες τους.

Η εξέλιξη της επιστημονικής σκέψης στη διάρκεια του 18ου αιώνα είχε ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων εξελίξεων, τη συνεχή πρόοδο της ιατρικής, που άρχισε να λαμβάνει υπόψη της τις διαφορετικές προσεγγίσεις στη μελέτη των αιτίων της νόσου. Η μηχανιστική άποψη ήταν προεξάρχουσα στην ερμηνεία της υγείας και της νόσου και αν και συνέβαλε σταδιακά στην επίλυση κάποιων προβλημάτων, όπως η δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα, είχε επίσης ως αποτέλεσμα την αντίληψη ότι υγεία ήταν μόνον η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Αυτή η αντίληψη υιοθετήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και το κοινό και σ' αυτήν ακόμη και σήμερα βασίζεται η οργάνωση των περισσότερων συστημάτων φροντίδας υγείας.

## 1.2 Τι είναι υγεία

Όπως παρουσιάστηκε στην εισαγωγή η υγεία ήταν ανέκαθεν για τους ανθρώπους βασικό χαρακτηριστικό της ζωής, παρ' όλο που ο ορισμός της εξαρτιόταν από τις εποχές και τις πολιτισμικές επιρροές. Η ανάπτυξη όμως των επιστημών τους τελευταίους δύο αιώνες και η ευκολότερη καταγραφή των απόψεων των ανθρώπων, οδήγησε και στην προσπάθεια ορισμού της υγείας. Παρ' όλα αυτά ο όρος υγεία ακόμη και σήμερα, εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως “την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτός ο ορισμός προκάλεσε σημαντικό κριτικό διάλογο στα χρόνια που ακολούθησαν, κυρίως επειδή δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική . Όμως παρά την κριτική, ορισμοί της υγείας που έχουν δοθεί από διάφορους συγγραφείς, καθώς και από απλούς ανθρώπους μεταπολεμικά, αποδέχονται τη θετική έννοια της υγείας που εμπεριέχεται σε αυτό τον ορισμό, ο οποίος για πρώτη φορά δεν περιορίστηκε στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της νόσου.

Ο Π.Ο.Υ. συνέχισε να αναθεωρεί και διορθώνει αυτό τον ορισμό στα χρόνια που ακολούθησαν, πάντα όμως βασιζόμενος στην ουσία του προαναφερθέντος ορισμού . Στη διακήρυξη της Ottawa για την Προαγωγή Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας “να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον”. Η υγεία σ' αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως “ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα”.

Ο Noack και η Simmons ανασκόπησαν διάφορους ορισμούς της υγείας, που έχουν δοθεί από συγγραφείς επηρεασμένους από τις δυτικές αντιλήψεις και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα για τον τρόπο που παρουσιάζεται η υγεία σ' αυτούς. Κοινά χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν στους ορισμούς που εξετάστηκαν είναι η ολιστική αντίληψη της υγείας και η πολλαπλότητα των διαστάσεων που η υγεία περικλείει. Αυτές οι διαστάσεις που πηγάζουν από τις ακόλουθες θεωρητικές προσεγγίσεις και αναφέρονται σε άτομα ή ομάδες είναι:

α) η βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,

β) η ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,

γ) η κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Πέρα όμως από την υγεία, που ορίζεται ανάλογα με την κατανόηση του όρου από διαφορετικούς συγγραφείς, η έννοια της ευεξίας (wellness) συζητείται επίσης πιο πρόσφατα. Ως ευεξία θεωρείται η διαδικασία βελτιστοποίησης της υγείας και χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο υγεία . Οι Jensen και Allen υποστηρίζουν ότι η ευεξία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας κατ' αναλογία με τις έννοιες νόσος (αντικειμενική) και αρρώστια (υποκειμενική) . Φαίνεται επομένως, ότι ο όρος προστέθηκε στο λεξικό Προαγωγής Υγείας λόγω της παραδοχής ότι για ερευνητικούς σκοπούς χρειάζεται μια μετρήσιμη ποιότητα της υγείας, όπως επίσης για να εξηγηθούν οι παρατηρούμενες διαφορές στον τρόπο που τα άτομα περιγράφουν την κατάσταση της υγείας τους.

### **1.3 Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας**

Η ιστορική καταγραφή της εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, ξεκινά στις αρχές του 20ου αιώνα με το ελληνικό κράτος να διανύει μια περίοδο πολιτειακής αστάθειας και έλλειψης οικονομικών πόρων. Οι πόλεμοι, η Μικρασιατική

Καταστροφή, η οικονομική κρίση οδήγησαν τον πληθυσμό στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Οι κυβερνήσεις περιορίζονταν συνήθως στην καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Το 1922 με τον νόμο 2882 ιδρύθηκε το «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης», η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ για κάθε νομό προβλεπόταν η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου. Οι περιορισμένες όμως οικονομικές δυνατότητες του κράτους δεν επέτρεψαν σημαντικές αλλαγές. Η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος προκάλεσαν μεγάλες καταστροφές στην χώρα, με τις υπηρεσίες παροχής υγείας να στερούνται οργάνωσης και αποτελεσματικότητας.

Το 1953 με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» από την κυβέρνηση Παπάγου επιχειρείται για πρώτη φορά η θέσπιση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Μεταξύ των άλλων προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία υγειονομικών σταθμών.

Το 1961 συστάθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) με στόχο την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Ακολούθησε η περίοδος της δικτατορίας χωρίς ιδιαίτερες εξελίξεις στον τομέα της φροντίδας υγείας πλην της καθιέρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ο «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής» του υπουργού υγείας της δικτατορίας που προέβλεπε την ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στηριζόμενο στους οικογενειακούς γιατρούς, σχέδιο το οποίο δεν προχώρησε. Μετά την πτώση της δικτατορίας γίνεται πλέον αντιληπτή η ανάγκη συνολικής αναθεώρησης των υγειονομικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κοινότητας.

Το 1980 στο νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» με υπουργό Υγείας τον καθηγητή Σ. Δοξιάδη επανατίθεται το θέμα της αποκέντρωσης, του κοινωνικού ελέγχου και της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 1983 ο Νόμος 1397 αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με στόχους την ισότητα και την καθολικότητα στην

πρόσβαση, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις (Νόμος 2071, επί Νέας Δημοκρατίας), με κατάληξη την ψήφιση του Νόμου 2519/1997, και του ελπιδοφόρου 2889 τον Μάρτιο του 2001, όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες οργανωτικές δομές και θεσμοί για την δημόσια υγεία και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης..

Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα, θεωρώντας κεκτημένη και διασφαλισμένη την αξιοπρεπή διαβίωση (κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, αποκομιδή απορριμμάτων) για το μεγαλύτερο τμήμα του ελληνικού πληθυσμού, η πρόληψη σε επίπεδο περιβάλλοντος στοχεύει με αρκετά ικανοποιητικά, προς το παρόν αποτελέσματα, στον έλεγχο και περιορισμό της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, την επεξεργασία των βιομηχανικών και αστικών αποβλήτων, την χρήση εναλλακτικών μέσων μεταφοράς και γενικότερα την ορθολογική χρήση των φυσικών πόρων. Στο πεδίο περιβάλλον και πρόληψη, η πολιτεία έχοντας αναγνωρίσει την σημασία της εξασφάλισης υγιούς περιβάλλοντος ως σταθερά στην διαδικασία προαγωγής της υγείας προχωρά σταδιακά στις πρακτικές περιβαλλοντολογικής προστασίας και την προσπάθεια περιβαλλοντολογικής εκπαίδευσης του πληθυσμού.

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται<sup>1</sup>.

#### **1.4 Ο κλάδος της υγείας**

Η υγεία είναι μία παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από εξειδικευμένους ιατρούς ή από γενικούς παθολόγους με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική

φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων .

Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεση της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 23 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλιότερα, οι managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας . Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς.

Η αναδιοργάνωση τον κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας τον 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως . Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς <sup>2</sup>.

#### *1.4.1 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας*

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική

και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας ,ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.

- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (Breedlove).
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες .

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

Τα τελευταία χρόνια όλο και πιο συχνά ακούγονται από τους γιατρούς, τους managers των νοσοκομείων, τους οικονομολόγους και τους κοινωνιολόγους της υγείας ,οι όροι ποιοτικός έλεγχος η έλεγχος της ιατρικής πράξης η ακόμα διασφάλιση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας . Εδώ και μερικά χρόνια συμπυκνώνουν τις προσπάθειες όλων εκείνων, γιατρών , λοιπών επιστημόνων της υγείας και κυβερνήσεων για βελτίωση της ποιότητας από τη μια και μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από την άλλη. Η προσπάθεια αυτή άρχισε ουσιαστικά στην Αμερική τη δεκαετία του '70 χωρίς να δώσει όμως μέχρι σήμερα εγγυημένα αποτελέσματα. Ήταν και παραμένει μια προσπάθεια για την έξοδο του υγειονομικού συστήματος από μια παρατεταμένη κρίση. Μια κρίση που τη χαρακτήριζαν



οι εξουθενωτικοί ρυθμοί αύξησης του κόστους χωρίς ανάλογες βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας<sup>3</sup>.

## **1.5 Τι είναι σύστημα υγείας?**

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

### *1.5.1 Σκοπός του συστήματος υγείας*

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσω της πρόληψης, της περίθαλψης, της θεραπείας, με τελικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Ένα σύστημα υγείας που προάγει την πρόληψη πρέπει να περιλαμβάνει την Εκπαίδευση στην πρόληψη των προβλημάτων υγείας και παράλληλα παροχή μεθοδολογίας τρόπων ελέγχου και πρόωμης διάγνωσης την Προαγωγή της σωστής διατροφής και παροχή ποιοτικής σίτισης, την Παροχή ασφαλούς ύδρευσης και διαχείρισης των αποβλήτων, την Φροντίδα μητέρας και παιδιού και το σωστό οικογενειακό προγραμματισμό, τους Μαζικούς εμβολιασμούς έναντι των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων και ενίσχυση της έρευνας για την παραγωγή νέων εμβολίων, την Πρόληψη και έλεγχο τοπικών επιδημιών, την Αντιμετώπιση κοινών νοσημάτων και τραυμάτων και την Προληπτική χορήγηση φαρμάκων.

Δεδομένης της πολιτικής, κοινωνικής, οικονομικής και ηθικής κρίσης της ιατρικής σήμερα οι προτάσεις για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας με αναπτυγμένη την πρωτοβάθμια φροντίδα και πρόληψη πρέπει να στηριχθούν στα εξής: Αξιολόγηση των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού μέσω επιδημιολογικών ερευνών και όχι άλογη χρήση εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας, διασύνδεση και επικοινωνία των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο για την καταγραφή και αξιολόγηση των διεθνών επιδημιολογικών δεδομένων, αποδοτική διαχείριση των πόρων, με

αποτελεσματική χρηματοδότηση και περιφερειακή κατανομή, μεταρρυθμιστικά πλάνα υπό κρατικό έλεγχο ώστε να διασφαλίζεται η καθολική και ισότιμη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης από όλους τους πολίτες, αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής με αντίστοιχη αποκατάσταση της χρηματοδότησης τους.

### *1.5.2 Τι προσφέρουν τα συστήματα υγείας?*

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο , τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μονό μια ή δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

- **Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν.**
- **Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών.**
- **Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.**
- **Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας .**

### *1.5.3 Τρεις Θανάσιμες Πιέσεις των Συστημάτων Υγείας*

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Μεγάλης Βρετανίας, μετά από τις μεταρρυθμίσεις των συντηρητικών, θεωρείται ως ένα από τα πιο αποτελεσματικά διεθνώς μοντέλα υγείας, το οποίο συνδυάζει ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους, με

ένα συγκριτικά χαμηλό κόστος. Ιδιαίτερα τονίζεται από τους διεθνείς μελετητές η αποτελεσματικότητα του συστήματος από πλευράς ελέγχου του κόστους.

Σήμερα, για πρώτη φορά μετά από αρκετά χρόνια, τα σημάδια πυκνώνουν ότι το ως τώρα αποτελεσματικό αυτό σύστημα, μπορεί να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο της οικονομικής κατάρρευσης. Αυτό συμβαίνει γιατί ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζει τρεις ισχυρές πιέσεις:

- Η πρώτη αφορά την **ταχύτατη διεθνώς ανάπτυξη νέων φαρμάκων και Θεραπειών**. Το Interferon beta, για παράδειγμα, ένα νέο φάρμακο για την σκλήρυνση κατά πλάκας κοστίζει περίπου 10.000 λίρες το χρόνο ανά ασθενή. Η χορήγησή του δηλαδή σε όλους τους ασθενείς που το έχουν ανάγκη, θα σήμαινε ένα επιπλέον 10% στον εθνικό λογαριασμό φαρμάκων.
- Η δεύτερη πίεση είναι η **γήρανση του πληθυσμού**. Σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των ιατροφαρμακευτικών δαπανών πηγαίνει σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, τα οποία αναλογούν στο 16% του πληθυσμού. Τι θα γίνει όμως μέχρι τα μέσα του νέου αιώνα, όταν το ποσοστό αυτό θα έχει διπλασιαστεί;
- Η τρίτη πίεση είναι ίσως και η πιο σημαντική: **αυξανόμενες προσδοκίες**. Οι ασθενείς δεν είναι πλέον διατεθειμένοι να συνωστίζονται σε σκοτεινούς και βρώμικους νοσοκομειακούς θαλάμους με ανεπαρκές νοσηλευτικό προσωπικό, ούτε να περιμένουν μήνες ολόκληρους αν όχι χρόνια για να υποβληθούν σε μη επείγουσες επεμβάσεις.

Παρά λοιπόν τις μεταρρυθμίσεις οι οποίες στη Μεγάλη Βρετανία αφορούσαν τη χρησιμοποίηση της λογικής της αγοράς από τον ίδιο τον δημόσιο τομέα (αγορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, εσωτερικός ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων κ.λπ.) οι πιέσεις της νέας δημογραφικής, κοινωνικής και τεχνολογικής πραγματικότητας, απαιτούν ένα νέο κύκλο μεταρρυθμίσεων, η διαμόρφωση του οποίου δεν εντάσσεται στις συνήθεις ιδεολογικές αντιπαραθέσεις (ιδιωτικό εναντίον κρατικού), μια που οι ακραίες μορφές των δύο προσεγγίσεων ειδικά στον τομέα της υγείας, παρουσιάζουν προφανείς αδυναμίες. Υπάρχει

δηλαδή από την μια πλευρά το ανεξέλεγκτο κόστος της αποκλειστικά ιδιωτικής προσέγγισης, και από την άλλη οι πολύ κακές υπηρεσίες του κρατικού μονοπωλίου.

Το δικό μας ΕΣΥ οικοδομήθηκε ως γνωστόν με πρότυπο το βρετανικό, όπως αυτό είχε διαμορφωθεί προ των μεταρρυθμίσεων της συντηρητικής κυβέρνησης.

Η δημόσια δυσαρέσκεια και η δυσπιστία των πολιτών στη χώρα μας έναντι του ΕΣΥ είναι όπως προκύπτει και από την έρευνα Ευρωβαρόμετρο που πραγματοποιήθηκε σε όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε.- η εντονότερη στην Ευρώπη, σε ό,τι αφορά την επάρκεια των ιατρικών υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα και από πλευράς κόστους η κατάσταση είναι κυριολεκτικά εκτός ελέγχου. Στην Ελλάδα τα νοσοκομεία, τα οποία διαχειρίζονται ποσά που υπερβαίνουν τα 600 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως, δεν έχουν ούτε καν προϋπολογισμούς, με συνέπεια την ανεξέλεγκτη σπατάλη πόρων. Οι πόροι χάνονται, οι ασθενείς όμως καταφεύγουν όλο και περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα, καθώς σύμφωνα με την έκθεση αξιολόγησης του ΕΣΥ που παρήγγειλε το 1994 ο τότε υπουργός Υγείας κ. Δ. Κρεμαστινός σε ομάδα ξένων ειδικών, περίπου το 42% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτείται από ιδιωτικούς πόρους. Έχουμε δηλαδή το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής χρηματοδότησης στην Ε.Ε.

Ενώ λοιπόν στη Βρετανία έχει ήδη αρχίσει να διεξάγεται δημόσιος διάλογος για την ανεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης για το νοικοκυρεμένο σε σχέση με το δικό μας ΕΣΥ, εμείς δεν τολμούμε ούτε καν να "μετρήσουμε" τι συμβαίνει στο κατ' ευφημισμόν κοινωνικό μας κράτος. Πόσο μάλλον να προβλέψουμε το μέλλον και να επεξεργαστούμε μεταρρυθμίσεις εν όψει των πιέσεων που απειλούν διεθνώς όλα τα συστήματα υγείας. Πιέσεις που έχουν αρχίσει να εμφανίζονται και στην Ελλάδα, όπως φάνηκε τον τελευταίο καιρό από τις διαμαρτυρίες των ασθενών με AIDS, οι οποίοι δεν λαμβάνουν τη νέα, σωτήρια, αλλά πανάκριβη θεραπεία "κοκτέιλ", λόγω της αδυναμίας του ΕΣΥ να καλύψει τη σχετική δαπάνη <sup>4</sup>.

## 1.6 Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης

Στην Ελλάδα, παρά τις επαναλαμβανόμενες προτάσεις, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '50, για την ανάγκη να καθιερωθεί ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ίδρυσή του δεν υλοποιήθηκε πριν από το 1983. Εντούτοις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δεν έλαβε ποτέ τα χαρακτηριστικά ενός καθολικού συστήματος, δεδομένου ότι συνέχισαν να λειτουργούν διάφορα ασφαλιστικά ταμεία και, κατά συνέπεια, οι ανισότητες και οι διαφορετικοί όροι σχετικά με την κατανομή των δαπανών και των παροχών σε ολόκληρο τον πληθυσμό συνέχισαν να ισχύουν.

Τα κυριότερα προβλήματα που πρέπει να επιλύσουν οι σχεδιαστές της πολιτικής για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι τα στρεβλά κίνητρα χρηματοδότησης, η έλλειψη συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης και η αδυναμία αντιμετώπισης των κεκτημένων δικαιωμάτων οργανωμένων ομάδων. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις είναι μάλλον απίθανο να μετασχηματίσουν αυτή την κατάσταση.

Αναλυτικότερα, σε σχέση με τις εκροές, ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης των ενηλίκων είναι πολύ κοντά σε αυτόν των περισσότερων χωρών του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ). Η βρεφική θνησιμότητα παρουσίασε μείωση με το χρόνο, αν και η σχετική θέση της χώρας, συγκρινόμενη με αυτές άλλων χωρών, παρέμεινε κατά βάση αμετάβλητη και ίσως ακόμη να έπεσε χαμηλότερα. Ακόμη, η έξοδος ασθενών σε άλλες χώρες για την παροχή νοσηλείας δε διαφημίζει την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Υποδηλώνει ότι, με την απουσία αυτών των επιλογών, ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης θα ήταν βραχύτερος, ενώ η νεογνική θνησιμότητα μεγαλύτερη.

Ο διαχωρισμός των ιατρών σε αυτούς που δουλεύουν αποκλειστικά για το ΕΣΥ και σε εκείνους που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα είναι ο πρώτος στόχος ο οποίος δεν έχει επιτευχθεί, εξαιτίας της αντίστασης ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων με υψηλότερες δαπάνες κατά κεφαλή (και θετικά καλύτερη ποιότητα περίθαλψης), ενώ το δεύτερο είχε ανάμικτα αποτελέσματα, που επηρεάστηκαν από την αντίσταση στην αλλαγή και τις υπόγειες ιδιωτικές

εργασιακές δραστηριότητες των ιατρών. Ένας άλλος στόχος του ΕΣΥ ήταν η «κοινωνικοποίηση» του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μέσω της μείωσης του αριθμού των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών και της αντίστοιχης αύξησης του αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων. Αυτός ο στόχος φαίνεται να έχει, τουλάχιστον, μερικώς επιτευχθεί.

Ένα διακριτό αρνητικό χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι το περίφημο *φακελάκι*, τα χρήματα δηλαδή που δίνονται στον ιατρό και σε άλλο υγειονομικό προσωπικό από τους συγγενείς του ασθενούς για την εξασφάλιση καλής περίθαλψης. Αυτή η μέθοδος πληρωμής είναι κοινό μυστικό και προφανώς ένας αποδεκτός τρόπος δοσοληψιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να πιστεύουν ότι το δικαιούνται εξαιτίας της αντιλαμβανόμενης ως χαμηλής αμοιβής τους σε σχέση με τον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Και οι πολίτες φαίνεται να έχουν συναινέσει σε αυτό, φοβούμενοι τις συνέπειες, αν δεν το κάνουν. Η παράδοση αυτή, για έναν εξωτερικό παρατηρητή, φαίνεται να είναι μία από τις πιο αρνητικές. Υπαινίσσεται ότι αυτοί που μπορούν να πληρώσουν (ή να πληρώνουν περισσότερο) θα επιτύχουν καλύτερες υπηρεσίες από εκείνους που δεν μπορούν να πληρώσουν (ή πληρώνουν λιγότερα). Εάν η προσδοκία αυτής της πληρωμής σχετίζεται με το να αντιλαμβάνεται κανείς ως μισθό χαμηλού επιπέδου, το μόνο που μπορεί να τονιστεί είναι ότι οι πληροφορίες σχετικά με τις αποδοχές θα είναι γνωστές σε αυτούς που θα εισέλθουν στα υγειονομικά επαγγέλματα. Εάν ένα άτομο δεν ικανοποιείται από τις αναμενόμενες αποδοχές, θα μπορούσε να επιλέξει ένα άλλο επάγγελμα.

Η ύπαρξη αυτού του φαινομένου καταδεικνύει ότι οι παροχές της υγειονομικής περίθαλψης εκμεταλλεύονται τη χαμηλή ελαστικότητα ζήτησής της δηλαδή, τις ανάγκες των ασθενών και τις τρομερές συνέπειες της μη σωστής και ανεπαρκούς παροχής της. Φαίνεται να είναι μία μορφή υγειονομικού εκβιασμού που συμβαίνει στην Ελλάδα και η ανοχή σε αυτό προμηνύει την ανυπαρξία ισχυρού ηθικού οικοδομήματος στην ελληνική κοινωνία.

Στην Ελλάδα, προσπάθειες για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων δεν έχουν καταβληθεί. Η πρώτη αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται στο

N.2519/1997 με την πρόβλεψη σύστασης του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο N.2519/1997). Παρότι η ορολογία, η σχετική με τον έλεγχο και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται άλλοτε δόκιμα και άλλοτε αδόκιμα στα σχετικά κείμενα των επιστημόνων, σε σύγκριση με τα άλλα Κράτη-Μέλη τη Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς, ότι δεν έχει γίνει κανένα ουσιαστικό βήμα από τούς αρμόδιους φορείς προς την κατεύθυνση αυτή.

Στη χώρα μας, το 2002 γίνεται η πρώτη, ουσιαστικά, προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας ως προς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων. Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) ιδρύεται με το Ν.2920/2001 τεύχος Α' ΦΕΚ 131/27.6.2001 και αρχίζει να λειτουργεί στις 16/09/2002.

Η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) της χώρας και σκοπός του είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και ιδίως των αιτιών κακής λειτουργίας, κακής διοίκησης και διαχείρισης και υψηλού κόστους λειτουργίας, ή άλλων παραγόντων που μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών<sup>5</sup>.

### **1.7 Χρησιμοποίηση Υγειονομικών Υπηρεσιών**

Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της αντίστοιχης ζήτησης οδηγεί στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Επομένως οι όροι «ικανοποιημένη ζήτηση» και «χρησιμοποίηση» ταυτίζονται. Σύμφωνα με τον Andersen που διετύπωσε το «συμπεριφοριστικό υπόδειγμα» η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στην έκταση της χρησιμοποίησης από αυτούς που επιτυγχάνουν πρόσβαση. Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων ανήκουν μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους

γιατρούς. Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται μεταβλητές όπως το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Τέλος στην τρίτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας.

Από την άλλη, το «υπόδειγμα αντιλήψεων για την υγεία» εισάγει επιπλέον δομικά χαρακτηριστικά για να μελετήσει την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, όπως η προσωπικότητα, η κοινωνική τάξη, η γνώση για την ασθένεια και η πρότερη επαφή μαζί της. Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και επομένως με αυξημένη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κυρίως λόγω της ύπαρξης χρονίων νοσημάτων. Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ η χρήση της νοσοκομειακής περίθαλψης αυξάνεται με την πάροδο των ετών η χρήση πρωτοβάθμιας φροντίδας μειώνεται. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία. Γενικεύοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι παράγοντες που συντελούν σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι: α) δημογραφικοί, β) κοινωνικοοικονομικοί, γ) επιδημιολογικοί και δ) παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος. Αντίστοιχη αύξηση παρατηρείται και στην συνταγογράφηση.

Σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας. Αν και η νοσηρότητα των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των αντρών, το γεγονός ότι παρουσιάζουν μικρότερη θνησιμότητα από τους άντρες οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο ότι μετατρέπουν ευκολότερα από τους άντρες τις ανάγκες τους σε χρησιμοποίηση.

Χαρακτηριστικό είναι ότι άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων εισάγονται συχνότερα σε νοσοκομεία. Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα υψηλότερου οικονομικού επιπέδου επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων.

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται το άτομο, περιλαμβάνουν δε το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης και σχετίζονται με την κοινωνική θέση.



Όσον αφορά τους επιδημιολογικούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το επίπεδο υγείας φαίνεται βάσει ερευνών ότι είναι καθοριστικής σημασίας στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα το κόστος μετακίνησης, επηρεάζει τα χαμηλά εισοδήματα, ενώ η έλλειψη πληροφόρησης, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, συχνά λόγω λανθασμένης εκτίμησης της κατάστασης της υγείας τους. Στην χώρα μας οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι κυρίως το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ σημαντική θεωρείται και η επίδραση της δομής τόσο του συστήματος υγείας όσο και του ασφαλιστικού συστήματος. Τέλος, από τα δομικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο αφού φαίνεται πως καλύτερης ποιότητας ασφάλιση οδηγεί σε αύξηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας .

Περιφερειακές ανισότητες, όπου συναντώνται, αποτελούν έκφραση των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων των Περιφερειών, του τρόπου ζωής και επιλογών, καθώς και της ανισο-κατανομής των πόρων<sup>6</sup>.

Αξίζει βέβαια να αναφερθεί, ότι η καταβολή πρόσθετων «άτυπων» πληρωμών στο κόστος της φροντίδας είναι εξαιρετικά υψηλή , έτσι ώστε το σύνολο των ιδίων πληρωμών και παραπληρωμών να προσεγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, θεωρούνται από τις χαμηλότερες σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Ωστόσο αν συνυπολογιστούν και οι ιδιωτικές δαπάνες η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης δε, είναι η κοινωνική ασφάλιση (κυρίως εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) και η γενική φορολογία. Η ιδιωτική ασφάλιση, συμμετέχει σε μικρό ποσοστό, αν και ολοένα αυξάνεται .

Είναι χαρακτηριστικό δε, ότι η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, και η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων τα τελευταία χρόνια οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης και στην ολοένα και μεγαλύτερη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων για

υπηρεσίες υγείας .Το κύριο χαρακτηριστικό των τριών βασικών συστημάτων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ( Ε.Σ.Υ., Ι.Κ.Α., ιδιωτικός τομέας) είναι ότι παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις σε κάθε μορφή προληπτικών δραστηριοτήτων, υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας <sup>7</sup>. Στις αστικές περιοχές, η πρωτοβάθμια φροντίδα ακολουθεί πεπαλαιωμένα οργανωτικά και λειτουργικά πρότυπα με αποτέλεσμα την χαμηλή ποιότητα των φροντίδων και την μη ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών υγείας ενώ στην νοσοκομειακή περίθαλψη υπάρχει πρόβλημα ελλειμάτων που επικεντρώνεται στα 25 περίπου μεγάλα αστικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα οποία συγκεντρώνοντας τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, παρουσιάζουν και υψηλότερο έλλειμμα ανά ασθενή.

Δεδομένου ότι πίσω από την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα βρίσκεται η ισότητα, βάσει αυτών των δύο κριτηρίων, πρέπει να καθοριστούν προτεραιότητες σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους. Όσον αφορά την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας από την τρίτη ηλικία το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι στρέφεται σε υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας παρά σε υπηρεσίες πρόληψης με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας να είναι δαπάνες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### “Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται το πώς η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει βελτίωση με την επίδραση των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων στο οποίο εντάσσεται το νοσοκομείο.

#### 2.1 Η ποιότητα στον τομέα της υγείας

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας ταυτίζεται κυρίως με την παροχή των αναγκαίων και πλέον αποτελεσματικών υπηρεσιών και με την ικανοποίηση των «πελατών» και των εργαζομένων. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζεται με την εφαρμογή του κύκλου ποιότητας. Σύμφωνα με τον κύκλο αυτόν, πραγματοποιείται καταρχήν εκτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης και εντοπισμός των προβλημάτων. Στη συνέχεια, επιλέγονται ή διαμορφώνονται κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα καλής πρακτικής για τους τομείς που έχουν επιλεγεί, τα οποία και αποτελούν μέτρα σύγκρισης για την αποτίμηση της ποιότητας, αλλά και οδηγούς δράσης για τη βελτίωσή της.

Τα αποτελέσματα των δράσεων διαμορφώνουν μια καινούργια κατάσταση, που αποτελεί αφετηρία για ένα νέο κύκλο ποιότητας. Παραδοσιακά, οι δράσεις αφορούσαν στη διενέργεια ιατρικού ή κλινικού ελέγχου (medical or clinical audit) για τον εντοπισμό ακατάλληλων ή λαθεμένων ενεργειών, ενώ τα τελευταία χρόνια οι δράσεις ποιότητας έχουν ενταχθεί σε σύγχρονα συστήματα διοίκησης ολικής ποιότητας. Τα συστήματα αυτά είναι επικεντρωμένα στον ασθενή, προσανατολισμένα στο προϊόν, στηριγμένα σε μετρήσεις και διάχυτα σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων. Πολλοί ευρωπαϊκοί οργανισμοί και επιχειρήσεις εφαρμόζουν με βάση τις αρχές αυτές το ευρωπαϊκό μοντέλο ποιότητας, που αποτελεί και βάση αξιολόγησης, βαθμολόγησης και επιβράβευσης. Σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση, συχνά χρησιμοποιούνται τα διεθνή πρότυπα ISO-9000, για την πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων<sup>8</sup>.

## 2.2 Ιστορική Αναδρομή της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στην αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον «Πάπυρο Smith» (Hook, 1973). Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας.

Το 2000π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση. Αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, όπως εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων. Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει Πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών .

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Το παράδειγμά του ακολουθεί ο χειρουργός Godman, τέσσερα χρόνια αργότερα, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης. Το έργο του, όπως και αυτό της Nightingale, εστιάστηκε στο νοσοκομείο. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). Δηλαδή, κατά τον Godman τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που

περιέθαλλαν , τόσο κατά την νοσηλεία τους όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά την λήξη του εξιτηρίου .

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία. Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον Κλάδο. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος .

## **2.3 Η ανάγκη για Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και τα Οφέλη από τη βελτίωσή της**

### *2.3.1 Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία*

Πρόσφατες έρευνες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας, κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές

Η απόδοση από την πλευρά των νοσοκομειακών οργανώσεων, τόσο της κατάλληλης θεραπείας όσο και τον ευχάριστου και ικανοποιητικού περιβάλλοντος ανάρρωσης, αποτελεί μεγάλη πρόκληση. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι :

1. Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των θεραπειών όλων των απαιτούμενων μέσων για την θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και την σωματική ακεραιότητα των τελευταίων.
2. Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare): η υπερβολή εκ μέρους των θεραπειών στην χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στην διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, οδηγεί στην διόγκωση του κόστους της θεραπείας.
3. Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες οδηγούν σε αυξημένα κόστη αλλά και σε απώλειες ανθρωπίνων ζωών.
4. Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας : η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεσή τους οι ιατροί σε όλον τον κόσμο .

Παράλληλα, οι Norman Weinberg αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

1. Λανθασμένη διάγνωση ασθένειας
2. Καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας
3. Προβληματική θεραπεία λόγω λάθος συνταγολόγησης , ακατάλληλης δοσολογίας, επιπλοκών κατά την χορήγηση (π.χ. αλλεργική σοκ).

Τονίζουν δε, ότι τα παραπάνω προβλήματα προκλήθηκαν πιθανόν από: λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη λεπτομερειακής εξέτασης από τους ιατρούς (ανθρώπινο λάθος), παρερμηνεία συμπτωμάτων ή κακή επικοινωνία Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος).

Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω άγνοιας κλπ.) από τα λάθη του συστήματος (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή). Κάθε χρόνο

στις ΗΠΑ χάνουν την ζωή τους 98.000 ασθενείς από ιατρικό λάθος μέσα στα νοσοκομεία. Τα λάθη σύμφωνα με την έρευνα του Medicine οφείλονται σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, σε υπερκόπωση των θεραπόντων ιατρών, σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.α. Η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

### *2.3.2 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας*

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρηση της σε ένα επαρκές - υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

#### **1. Οφέλη για τον ασθενή**

*Υγειονομικά οφέλη.* Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ.

*Ψυχολογικά οφέλη.* Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενή όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση τον ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο, λοιπόν, περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενή και γενικότερα, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντόμευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.

*Οικονομικά οφέλη.* Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη.

## **2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας**

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) συνίστανται κυρίως:

- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους
- Στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

## **3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας**

*Οικονομικά οφέλη.* Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ. οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

## **4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία**

*Οικονομικά οφέλη.* Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.



*Κοινωνικά οφέλη.* Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

##### **5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο**

*Οικονομικά οφέλη.* Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.

*Υγειονομικά οφέλη.* Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.

Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο<sup>9</sup>.

#### **2.4 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κόστος**

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες – χωρίς μάλιστα να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα - σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησαν στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών που αποσκοπούν στη συγκράτηση ή και περιστολή των δαπανών υγείας.

Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα, είναι πλέον η συγκράτηση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Η ανεξέλεγκτη αυτή αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας κρίνεται αναγκαίο να ελεγχθεί, διότι οδηγεί στην περικοπή δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς (παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση κλπ.). Στον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος

επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης των κόστους των υπηρεσιών υγείας και της συνακόλουθης επιβάρυνσης της οικονομίας στο σύνολό της .

Ωστόσο, παρ' όλη τη σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, το επιμέρους κόστος που συνεπάγεται η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων, των διοικήσεων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ερευνητών.

Το 20 -30% τον λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου είναι αποτέλεσμα λαθών, αναποτελεσματικότητας, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, μη εκπαιδευμένου προσωπικού , παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων .

Ο Rutz διακηρύττει ότι «Η πορεία προς την υπεροχή, κοστίζει λιγότερο σε έναν οργανισμό που διαθέτει συστήματα ποιότητας από ότι σε εκείνον που δεν διαθέτει». Ένα πρόσφατο παράδειγμα από τηλεοπτικό πρόγραμμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, μίας γυναίκας που επρόκειτο να χειρουργηθεί για αφαίρεση όγκου από τον εγκέφαλο, επιβεβαιώνει τον Crosby. Ο χειρουργός ιατρός έκανε την τομή στην λάθος πλευρά του κρανίου γιατί η ακτινογραφία είχε τοποθετηθεί ανάποδα στο διαφανοσκόπιο.

Παραδοσιακά, βέβαια, το κόστος σχετίζεται θετικά με την ποιότητα, λόγω των μεγάλων κονδυλίων που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας . Μελέτες όμως που να στηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία, που επικεντρώνεται στην μείωση του κόστους μέσω της ΔΟΠ και τη Βελτίωσης Ποιότητας.

Παραδόξως, το κόστος μπορεί να περιοριστεί από την ποιότητα. Η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας έχει οπωσδήποτε κάποιο κόστος , το οποίο όμως αποδεικνύεται πολύ χαμηλότερο από το κόστος διάθεσης στην αγορά ενός ελαττωματικού προϊόντος (απώλεια αξιοπιστίας, κόστος αντικατάστασης ή επισκευής).

Οι Broyles και Asaaf σημειώνουν ότι παρ' όλο που απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για τη βελτίωση της ποιότητας, ο περιορισμός των λαθών, των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών , οδηγεί σε μείωση του κόστους . Από την καθημερινή πρακτική

μπορεί κανείς να αντλήσει πολλά παραδείγματα χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τα οποία οδηγούν σε επιβάρυνση του κόστους. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα, το κόστος αναβολής μιας εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργειά της, το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας τον ασθενή επειδή χάθηκε ο ιατρικός τον φάκελος κλπ.

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν σε επανάληψη ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά ή στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών, που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα. Επεκτείνεται και στη μείωση της συνολικής παραγωγικότητας της μονάδας, η οποία, με τους ίδιους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, αν δε διέθετε κάποιους απ' αυτούς για την επανάληψη ή τη διόρθωση λανθασμένων ενεργειών, θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους, αλλά και της μείωσης αυτού, δεν είναι απόλυτα εφικτός. Το κόστος σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί, τόσο ως αξία της υπηρεσίας, όσο και ως αξία της ανθρώπινης ζωής. Επειδή όμως, ο δεύτερος τρόπος οδηγεί σε φιλοσοφικές αναζητήσεις, οι οποίες δε λαμβάνονται υπόψη σε μια χρηματοοικονομική ανάλυση ενός οργανισμού, μπορούμε να δηλώσουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες<sup>10</sup>.

## **2.5 Αναβάθμιση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας .**

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ολοένα και πιο έντονη στο χώρο της υγείας η αναγκαιότητα της αναβάθμισης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών με ταυτόχρονη μείωση του κόστους τους. Για το σκοπό αυτό, πέρα από διαδικασίες επιχειρηματικού ανασχεδιασμού (business process reengineering) σημαντική βοήθεια

έρχονται να προσφέρουν και οι τεχνολογίες τηλεπικοινωνιών και πληροφορικής. Έτσι, ολοένα και περισσότερα νοσοκομεία διεθνώς έχουν σε μεγάλο βαθμό υλοποιήσει ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα για την κάλυψη των αναγκών διαχείρισης τόσο διαχειριστικο-οικονομικών όσο και ιατρικών δεδομένων.

Τα πληροφοριακά αυτά συστήματα δίνουν την δυνατότητα αυτοματοποίησης μεγάλου αριθμού διαδικασιών (π.χ. χρεώσεων, παραγγελιοδοσίας / αποτελέσματα, κλπ. ) ενώ ταυτόχρονα επιτρέπουν την μηχανογραφική διαχείριση του φακέλου του ασθενούς (Electronic Patient Record - EPR). Το τελευταίο επιτυγχάνεται μέσω των λεγόμενων Κλινικών Πληροφοριακών Συστημάτων (Clinical Information Systems) που δίνουν την δυνατότητα μηχανογραφικής παρακολούθησης του συνόλου της ιατρικής πληροφορίας ενός ασθενή συμπεριλαμβανομένων του ιστορικού, στοιχείων κλινικής εξέτασης, αποτελεσμάτων παρακλινικών εξετάσεων, στοιχεία απεικονιστικών εξετάσεων, πορίσματα και διαγνώσεις, κλπ. Σημαντική προϋπόθεση στην διαχείριση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, όπως είναι τα ιατρικά δεδομένα, αποτελεί η διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και η προστασία των προσωπικών δεδομένων που επιτυγχάνεται μέσω συστημάτων και τεχνικών ιεραρχικής πρόσβασης στα δεδομένα σύμφωνα με το "ρόλο" κάθε χρήστη στην ροής εργασίας εντός του νοσοκομείου.

Οι τεχνολογίες "έξυπνων καρτών" (smart-cards) τόσο επαγγελματικών (professional) όσο και καρτών υγείας (health cards) διασφαλίζουν την πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του ίδιου του ασθενούς και μόνο στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη παρακολούθησης του ασθενούς.

#### *2.5.1 Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας & Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας*

Τα πληροφοριακά συστήματα υγείας επιτρέπουν την αυτοματοποίηση / ηλεκτρονικοποίηση των εσωτερικών διαδικασιών μίας μονάδας υγείας. Σε συνδυασμό με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς (πλάνο και φαρμακευτική αγωγή) τα πληροφοριακά

συστήματα υγείας επιταχύνουν και διευκολύνουν τη διεκπεραίωση των καθημερινών διαδικασιών μιας μονάδας υγείας .

Η αποτελεσματική Λειτουργία ενός πληροφοριακού συστήματος προϋποθέτει την ηλεκτρονικοποίηση πληθώρα διεργασιών που αφορά τη διαχείριση όλων των διαδικασιών υποστήριξης της κίνησης των ασθενών και της ιατρικής πληροφορίας αλλά και των διαδικασιών υποστήριξης των εσωτερικών καθημερινών Λειτουργιών μιας μονάδας υγείας .

### *2.5.2 Τυποποίηση Διεργασιών του νοσοκομείου*

Προγραμματίζεται η τυποποίηση των διεργασιών που πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία (με έμφαση σε αυτές που θα υποστηρίζονται από το Πληροφοριακό Σύστημα), ο καθορισμός των τμηματικών και πρωτίστως, των διατμηματικών ροών, η αποσαφήνιση των ευθυνών και αρμοδιοτήτων, η αποτύπωση των τηρουμένων αρχείων, η τυποποίηση των πληροφοριών των ηλεκτρονικών εντύπων που θα δημιουργούνται, συμπληρώνονται και διακινούνται μέσω τον πληροφοριακού συστήματος.

Η τυποποίηση των διεργασιών θα παρέχει την αναλυτική βάση για την απαιτούμενη προσαρμογή της «έτοιμης λύσης» που θα επιλεγεί και θα προετοιμάσει τις συνθήκες υποδοχής του Συστήματος.

### *2.5.3 Τυποποίηση Επιχειρησιακής Πληροφορίας στον Τομέα της Υγείας*

Η καταγραφή και διαχείριση υψηλής ποιότητας επιχειρησιακών δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή, στοχεύει στον χώρο της Υγείας:

- Στην υποβοήθηση της παραγωγικής λειτουργίας με πληροφορία που συμβάλει στην ενίσχυση της παραγωγικότητας (βελτίωση βαθμού αξιοποίησης πόρων-αυτοματοποίηση διαδικασιών) αλλά και στην αναβάθμιση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών
- Στην αποτελεσματική παραγωγή δευτερογενούς επιχειρησιακής πληροφορίας (στατιστικά) που συμβάλει στην κατανόηση τάσεων και την λήψη αποφάσεων
- Στην ανάπτυξη Ιατρικού ιστορικού για τον ασθενή βάσει τυποποιημένης (καλύτερα

διαχειρίσιμης) πληροφορίας (διαγνώσεων, συμπτωμάτων, και πράξεων που έγιναν ανά περιστατικό)

- Στον έλεγχο και την επιβεβαίωση της καλής αξιοποίησης των πόρων του συστήματος (σύνδεση ιατρικών πράξεων με την διάγνωση και με την κατανάλωση πόρων) – ανάπτυξη ομαδοποιήσεων ασθενών (DRG ή case mix) και αντιστοίχηση τους στις διαγνώσεις - ιατρικές πράξεις και σε διαδικασίες χρέωσης υπηρεσιών (medical billing)
- Στη λογιστική παρακολούθηση βάσει διτλογραφικού συστήματος με δυνατότητα επιμερισμού κόστους ανά ιατρική πράξη

#### *2.5.4 Η συμβολή της κωδικοποίησης στην επιχειρησιακή πληροφορία*

##### **Η κωδικοποίηση της επιχειρησιακής πληροφορίας συμβάλλει :**

- Στην αναβάθμιση της ποιότητας των επιχειρησιακών δεδομένων που τηρούνται (σε συνδυασμό με ενέργειες ηλεκτρονικής διαχείρισης αυτών)
- Στην τυποποίηση της πληροφορίας (τεκμηρίωσης του Ιατρικού έργου) που ενισχύει την συγκρισιμότητα – δυνατότητα συστηματικότερης ανταλλαγής πληροφορίας μεταξύ επαγγελματιών - δυνατότητα ενοποίησης της πληροφορίας (συστηματική διασύνδεση-ενοποίηση πληροφορίας από καταγραφή κάθε πληροφορίας στο σύστημα.

Το λογισμικό θα έχει ασθενοκεντρική λογική: Όλη η πληροφορία που σχετίζεται με κάθε ασθενή θα είναι διαχειρίσιμη και επεξεργάσιμη σε ενιαίο πλαίσιο (σε αντίθεση με περιπτώσεις όπου υπάρχουν διάσπαρτες νησίδες πληροφορίας σε διάφορα συστήματα για τον ίδιο Ασθενή μέσα στην Μονάδα υγείας, με αρνητικές συνέπειες για την δυνατότητα αξιοποίησης της πληροφορίας), και θα δομείται ανά περιστατικό . Ανάμεσα στις δυνατότητες που προσφέρουν τα πληροφορικά συστήματα υγείας συγκαταλέγονται οι εξής :

- Διαχείριση Ιατρικού φακέλου, μέσω ελεγχόμενης πρόσβασης .
- Υποστήριξη του γραφείου κίνησης ασθενών (από την υποδοχή, εγγραφή, μεταφορά ασθενούς ή κλείσιμο ραντεβού έως τη διακίνηση του Ιατρικού φακέλου του ασθενούς) .

- ❑ Έκδοση & Διαχείριση ιατρικών εγγράφων (παραπεμπτικά, εξιτήρια, εντολές εξετάσεων, κτλ) .
- ❑ Διαχείριση αποτελεσμάτων των διαγνωστικών εξετάσεων .
- ❑ Διαχείριση ραντεβού .
- ❑ Εξαγωγή προεπιλεγμένων διοικητικών αναφορών & δεικτών .
- ❑ Αποστολή ειδοποιήσεων σε επαγγελματίες υγείας ή ασθενείς για τη διεξαγωγή προγραμματισμένων ενεργειών .
- ❑ Συνταγογράφηση .
- ❑ Διαχείριση πρωτοκόλλου .
- ❑ Διαλειτουργικότητα με άλλες εφαρμογές, όπως ηλεκτρονικές προμήθειες, έξυπνες κάρτες, ηλεκτρονικές υπογραφές .

Επέκταση ή ειδική υπομονάδα των πληροφοριακών συστημάτων υγείας αποτελούν τα πληροφοριακά συστήματα εργαστηρίων. Επίσης, σε συνδυασμό με τον ηλεκτρονικό φάκελο δίνουν τη δυνατότητα αυτοματοποιημένης μετάδοσης των εργαστηριακών αποτελεσμάτων στους σταθμούς εργασίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, παράλληλα με την ενημέρωση του φακέλου του ασθενούς. Οι εφαρμογές διαχείρισης των βιολογικών εργαστηρίων μέσω της αυτοματοποίησης των εξετάσεων, διασφαλίζουν την ποιότητα των εργασιών και μειώνουν τα λάθη. Κατά αυτόν τον τρόπο όχι μόνο αυξάνεται ο αριθμός των άρτια διεκπεραιωμένων εξετάσεων αλλά επιταχύνεται και η διαδικασία παράδοσης των αποτελεσμάτων.

Επιπροσθέτως, τα λεπτομερή ιατρικά στοιχεία που συλλέγονται και αποθηκεύονται επιτρέπουν τη διενέργεια μελετών και στατιστικών αναλύσεων των ιατρικών στοιχείων των ασθενών. Τα συστήματα ελέγχου και διαχείρισης των πόρων υποστηρίζονται από ειδικά κατασκευασμένο λογισμικό το οποίο υποστηρίζει συγκεκριμένες (επιλεγμένες από τη μονάδα) διαδικασίες. Η εφαρμογή τους επιτρέπει όχι μόνο τη μέγιστη αξιοποίηση των υποδομών και των συστημάτων αλλά ταυτόχρονα και τη μείωση της σπατάλης, διότι τα

συστήματα ενδοεπιχειρησιακού σχεδιασμού ενοποιούν όλες τις λειτουργίες της μονάδας υγείας, από τη διαχείριση των υλικών της αποθήκης (αναλώσιμα ιατρικά και γραφείου, κτλ), μέχρι τη χρηματο-οικονομική διαχείριση και τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων. Βασικό συστατικό για την επιτυχημένη εφαρμογή ενός συστήματος ελέγχου και διαχείρισης πόρων, είναι ο σωστός σχεδιασμός, βάσει των αναγκών της εκάστοτε μονάδας.

Ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα ενοποιεί τις πληροφορίες που σχετίζονται με τα επιμέρους τμήματα μίας μονάδας και σας δίνει πλήρη εικόνα των αναγκών της μονάδας συνολικά και τμηματικά. Ως εκ τούτου, συμβάλει στη βελτίωση της παραγωγικότητας / αποδοτικότητας, καθώς οι ελλείψεις εντοπίζονται και αντιμετωπίζονται άμεσα μέσω του παράλληλου έλεγχου των παγίων, των χρηματοοικονομικών μεγεθών, της εφοδιαστικής αλυσίδας και της στελέχωσης του κάθε τμήματος<sup>11</sup>.

#### *2.5.5 Συστήματα Διαχείρισης της Ιατρικής πληροφορίας στους τομείς του Νοσοκομείου :*

- **Υποσύστημα Διαχείρισης Ασθενών:** Το σύστημα διαχείρισης και παρακολούθησης απουσία, χειρουργείο, εξιτήριο) και ενημερώνεται αυτόματα η λειτουργία διαχείρισης κλινών.
- **Διαχείριση Ραντεβού Εξωτερικών Ασθενών:** Το υποσύστημα Διαχείρισης Ραντεβού επιτρέπει τον καθορισμό των εξωτερικών Ιατρείων και των ωραρίων λειτουργίας (ωράριο / διάρκεια εξέτασης / αριθμός ιατρών), στοιχεία τα οποία τροφοδοτούν το σύστημα και επιτρέπουν την κατασκευή του πίνακα των ραντεβού. Το προσφερόμενο υποσύστημα έχει τη δυνατότητα ορισμού αργιών και αυτοματισμού πολλών καθημερινών εργασιών της γραμματείας ραντεβού (π.χ. κλείσιμο Ραντεβού ημέρας με αυτόματη αναζήτηση της πρώτης διαθέσιμης ημερομηνίας και ώρας που διατίθεται ο ιατρός η / και η αντίστοιχη κλινική - τμήμα).
- Ειδικότερα στο Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας υλοποιήθηκε σύστημα ραντεβού το οποίο αυτόματα δημιουργεί τις κρατήσεις του ασθενή σε συγκεκριμένο μηχάνημα και ιατρό σύμφωνα με: 1. το πλάνο θεραπείας (επαναλαμβανόμενες συνεδρίες) που



ορίζεται από τον θεράποντα ιατρό 2. τις προτιμήσεις του ασθενή σχετικά με τις ώρες επίσκεψης και 3. την τρέχουσα διαθεσιμότητα του ιατρού και του ακτινοθεραπευτικού μηχανήματος όπου εκτελούνται οι συγκεκριμένες συνεδρίες.

#### **Ιατρική Διαχείριση: Η εφαρμογή καλύπτει :**

1. Ηλεκτρονική παραγγελία ιατρικών εντολών από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την έκδοση εντολών για Εξετάσεις , Νοσηλευτικές Πράξεις , Φαρμακευτική Αγωγή, Κλήσεις Συμβουλών Ιατρών , Διαιτητικές Ανάγκες .
2. Παρακολούθηση Πορείας Ασθενή μέσα από τα αποτελέσματα της υλοποίησης των ιατρικών εντολών (αποτελέσματα εξετάσεων, ηλεκτρονική κάρτα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγή, μετρήσεις ζωτικών σημείων, κλπ)
3. Δημιουργία Ιατρικού Ιστορικού – Διαγνώσεις: Ο ιατρός μπορεί να τεκμηριώσει την αρχική και τελική διάγνωση κατά την εισαγωγή και έξοδο του ασθενούς αντίστοιχα, χρησιμοποιώντας, ταξινόμηση κατά ICD9. Μπορεί επίσης να γίνει ή έκδοση πολλαπλών κωδικών διαγνώσεων ανά τύπο εξέτασης (μία κύρια διάγνωση, πολλές δευτερεύουσες), καθώς και παρακολούθηση αυτών. Επίσης, γίνεται γρήγορη και εύκολη ηλεκτρονική αναζήτηση διάγνωσης, είτε αναζητώντας διάγνωση ανά τομέα του νοσοκομείου (κλινικών ή παρακλινικών εξετάσεων, ακτινοδιαγνωστικό, χειρουργικό κλπ), είτε προσδιοριστικά, επιτρέποντας στο χρήστη να εισάγει κάποια λέξη ή κείμενο. Τότε η εφαρμογή αυτόματα αναζητεί στη βάση δεδομένων τις αντίστοιχες διαγνώσεις του πρωτοκόλλου που εμπεριέχουν τη λέξη αυτή και ο χρήστης μπορεί να επλέξει.

Επισημαίνεται ότι είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται στην Ελλάδα η ενεργή συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού σχετικά με την έκδοση των ιατρικών εντολών και παρακολούθηση πορείας ασθενή σε τέτοια κλίμακα. Για αυτό το λόγο δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην λειτουργικότητα των εφαρμογών σε συνδυασμό με την καλύτερη απόδοση μέσω ενός φιλικού interface.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι κάτωθι δυνατότητες:

- Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση με έλεγχο βάσει καθορισμού μέγιστου επιτρεπόμενης δοσολογίας (Alert Values), Έλεγχος για Συνέργια-αντενδείξεις Φαρμάκων στην ίδια Συνταγή, Έλεγχος για αλλεργία σε ενεργές ουσίες, προτάσεις αλλαγής φαρμακευτικής αγωγής (βάσει ενεργές ουσίας), έλεγχο οδού χορήγησης και σκευάσματος .
- Έκδοση Ιατρικών Εντολών με έλεγχο βάσει διαγνώσεων, φύλου, ειδικών χαρακτηριστικών (βηματοδότης, λοιμώδες νοσήματα, κλπ) .
- Έτοιμα Ηλεκτρονικά Πρωτοκόλλα: για την καταγραφή των ιατρικών, θεραπευτικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών που συμπληρώνονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό βάσει DRGs (Diagnostic Related Groups) τα οποία είτε ακολουθούν κάποιο εξωτερικό πρότυπο .

**Νοσηλευτική Διαχείριση:** Η εφαρμογή καλύπτει πλήρως την νοσηλευτική διαχείριση του ασθενή και ενδεικτικά περιλαμβάνει:

- *Διαχείριση Μεταφορών* νοσηλευτικής αρμοδιότητας που επιτρέπει την καταγραφή της μετακίνησης-ορισμού ασθενή σε άλλο θάλαμο / κλίνη/ αλλαγή κλίνης / ιατρικό εξιτήριο.
- *Διαχείριση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών:* Η διαδικασία διαχείρισης νοσηλείας της εφαρμογής υποστηρίζει και αυτοματοποιεί με τεκμηριωμένο τρόπο το έργο των νοσηλευτών, σε όλους τους θαλάμους / ορόφους νοσηλείας. Επιτρέπει τη τεκμηριωμένη καταγραφή και αυτοματοποίηση των Πλάνων Νοσηλείας, των ζωτικών λειτουργιών του ασθενή , των λήψεων δείγματος, των χορηγηθέντων φαρμάκων που δίδονται ανά ασθενή, των χορηγηθέντων υγειονομικών υλικών που δίδονται ανά ασθενή, των μετρήσεων που προκύπτουν από τη νοσηλεία.
- *Ιστορικό Νοσηλείας:* Με την εκτέλεση των ιατρικών εντολών - νοσηλευτικών πράξεων, τη χορήγηση φαρμάκων / ορών και τη καταγραφή αποτελεσμάτων / ευρημάτων / παρατηρήσεων που προκύπτουν από τη πραγματοποίηση των εργασιών αυτών: Οι «εκτελεσμένες» πράξεις αυτόματα μεταφέρονται από τη Λίστα Εργασιών (προς εκτέλεση)

στην οθόνη «Λογοδοσίας» της Νοσηλευτικής Οθόνης, μέσω της οποίας, εξουσιοδοτημένοι χρήστες (π.χ. προϊστάμενες θαλάμου) έχουν πρόσβαση σε όλες τις ενέργειες τις σχετικές με τον ασθενή και τα αποτελέσματά τους.

Μεγάλη προσοχή δόθηκε στην φιλικότητα του interface της εφαρμογής η διαχείριση της νοσηλευτικής υπηρεσίας γίνεται μέσω της Νοσηλευτικής Οθόνης. Από την οθόνη αυτή, οι νοσηλευτές των θαλάμων / ορόφων νοσηλείας έχουν, ανά πάσα στιγμή, πλήρη εικόνα για τους νοσηλευόμενους, στον όροφο, ασθενείς με την υποβοήθηση από οπτικές ενδείξεις για την ύπαρξη

- «ΝΕΩΝ» εντολών ιατρών για κάθε νοσηλευόμενο ασθενή ,
- «ΕΚΚΡΕΜΩΝ» παραγγελιών για κάθε νοσηλευόμενο ασθενή.

**Διαχείριση Εργαστηριακών / Διαγνωστικών Τμημάτων:** Η εφαρμογή των τμημάτων καλύπτει ένα μεγάλο μέρος κοινών αναγκών: Διαχείριση Παραπεμπτικών, ροή εργασιών εσωτερικά του τμήματος για την προετοιμασία και εκτέλεση της εξέτασης, Αναζήτηση προηγούμενων εξετάσεων για τον ασθενή, Καταχώρηση αποτελεσμάτων, Επικύρωση αποτελεσμάτων, Ακύρωση εξέτασης, Χρέωση υλικών, Χρέωση φαρμάκων. Όλα τα δεδομένα που προκύπτουν από τη παροχή υπηρεσιών και λειτουργία του συστήματος ενσωματώνονται αυτόματα στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΗΦΥ) για κάθε ασθενή. Ο ΗΦΥ έχει αναπτυχθεί βάσει των τελευταίων τεχνολογικών εξελίξεων και υλοποιεί τεχνολογία Πολυμέσων για τη διαχείριση δεδομένων σε πολλαπλές μορφές — βιοσήματα, εικόνα, αρχεία ήχου, αρχεία video, κλπ.

Το λογισμικό εμφανίζει όλες τις εκκρεμότητες ταξινομημένες και όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την επικοινωνία εμφανίζονται με πολύ απλό και εύκολο τρόπο. Δυνατότητα data mining σε βάθος και εύρος χρόνου με κριτήρια αναζήτησης, συσχέτιση με άλλα αποτελέσματα του ίδιου ασθενή, κλπ απαλλάσσουν το προσωπικό από απαραίτητες μεν χρονοβόρες δε εργασίες παρέχοντας με ασφάλεια και αξιοπιστία όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Η διαχείριση της πληροφορίας είναι στιβαρή με ελαχιστοποίηση λαθών, με

υποδιπλασιασμό σχεδόν του απαιτούμενου χρόνου και συνεπώς ουσιαστική μείωση του κόστους παραγωγής, από πλευράς χρόνου απασχόλησης προσωπικού.

**Διαχείριση Εργαστηριακών τμημάτων:** Η εφαρμογή καλύπτει τις ανάγκες εργαστηριακών τμημάτων που δεν καλύπτονται από το σύστημα LIS των Κεντρικών Εργαστηρίων. Τα τμήματα αυτά είναι: Ραδιοϊσότοπων( Πυρηνικής Ιατρικής IN-VITRO), Μοριακής Βιολογίας, Παθολογοανατομικό, και Κυτταρολογικό (Test-PAP). Ενδεικτικά αναφέρονται οι κάτωθι δυνατότητες: Παραλαβή δείγματος, Κωδικοποίηση δείγματος (αριθμός πρωτοκόλλου εργαστηρίου), Διαχείριση δειγμάτων (αποθήκευση δειγμάτων για μελλοντική αναφορά), Δυνατότητα έκδοση ενδο-εργαστηριακής εξέτασης ή επανάληψης για επαλήθευση αποτελέσματος.

Δύνεται επίσης η δυνατότητα παρακολούθησης των χρόνων που αναλώνονται μέσω καταγραφής του χρόνου που αναλώνονται σε κάθε διαδικασία (χρόνος: παραγγελίας εξέτασης, δειγματοληψίας, παραλαβής δείγματος, αρχής εκτέλεσης, ολοκλήρωσης, έκδοσης αποτελέσματος / γνωμάτευσης, ηλεκτρονικής υπογραφής αποτελέσματος).

**Διαχείριση Τμήματος Αιμοδοσίας:** η εφαρμογή καλύπτει πλήρως όλες τις εργασίες του τμήματος Αιμοδοσίας και ακολουθεί πλήρως τη ρουτίνα του τμήματος. Διαχειρίζεται πλήρως το ιστορικό των εξετάσεων όλων των ασθενών και αιμοδοτών. Αυτοματοποιεί την διαδικασία παραλαβής μονάδων, αιτημάτων χορήγησης μονάδων και βοηθάει στον προγραμματισμό εργασίας του ιολογικού εργαστηρίου, του τμήματος διασταυρώσεων και του τμήματος ελέγχου Ομάδας / Rhesus. Διατηρείτε ηλεκτρονικά Βιβλίο Αιμοδοτών, Βιβλίου Διασταυρώσεων, Τα δείγματα που έχουν προέλθει από αιμοληψίες ή από ασθενείς διανέμονται στα τμήματα ελέγχου ομάδας/ Rhesus ή στο ιολογικό εργαστήριο, τα οποία έχουν ήδη ενημερωθεί από το λογισμικό για τις εκκρεμείς εξετάσεις, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος. Επιτρέπεται η διασταύρωση μία μονάδας με πολλαπλούς ασθενείς, καταγράφονται οι μετακινήσεις των μονάδων από /σε άλλα τμήματα, στην

περίπτωση μη χορήγησης υπάρχει δυνατότητα αυτόματης αποδέσμευσης χωρίς όμως να χάνονται οι πληροφορίες και τα αποτελέσματα της διασταύρωσης.

**Πλήρη ενιαίο Ιατρικό Φάκελο:** Καταγραφή ιατρικών πληροφοριών, όπως Ιστορικό, Αναμνηστικό, Χρόνιες Παθήσεις, Κλινική Εξέταση, Εξετάσεις - Παραπεμπτικά — Αποτελέσματα, Φάρμακα — Συνταγές, Οδηγίες.

Το Νοσηλευτικό – Ιατρικό Υποσύστημα καλύπτει τη Διοικητική παρακολούθηση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και των Κλινικών, τη Νοσηλευτική - Ιατρική Φροντίδα και το Φάκελο του Ασθενούς. Το Σύστημα περιλαμβάνει: Καρτέλα Ασθενούς με πλήρη βιογραφικά-ατομικά στοιχεία, Εύκολη πρόσβαση σε όλες τις προγενέστερες νοσηλείες του ασθενή, Απεριόριστες διαγνώσεις κατά κίνηση (εισιτήριο, διακομιδή, εξιτήριο), Καταγραφή Ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών — φύλλο παραλαβής, Ατομικό Αναμνηστικό , Παιδικές νόσοι , Φάρμακα, Επεμβάσεις , Αλλεργίες , Άλλες ουσίες (αλκοόλ, κάπνισμα, ταξικές) , Γενική κατάσταση υγείας, Οικογενειακό Αναμνηστικό, Ημερήσια καταγραφή Στοιχείων Νοσηλευτικού Φακέλου, Πορεία Νόσου , Φαρμακευτική Αγωγή - Έκδοση Ατομικού Συνταγολογίου , Χορήγηση φαρμάκων, Διατροφική αγωγή Ιατρικές εντολές, Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, Λογοδοσία, Γνώμες συμβούλων Ιατρών, Συμπτώματα , Ευρήματα , Διάγνωση , Επιλοκές , Φυσική εξέταση.

Με την εγκατάσταση ενός πληροφοριακού συστήματος το νοσοκομείο , έχει την δυνατότητα της διαχείρισης της Ιατρικής Πληροφορίας σε όλους τους τομείς του , όπως: Αυτοματοποίηση ροής εργασιών μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, εργαστηρίων κ.λ.π. του Οργανισμού, διαχείριση & αυτοματοποίηση Ιατρικών Υπηρεσιών, αυτοματοποίηση, προγραμματισμό & διαχείριση Εξετάσεων και Νοσηλευτικών πράξεων, διαχείριση της παροχής Ιατρικών Υλικών & Φαρμάκων, διαχείριση Ορόφων Νοσηλείας, διαχείριση Εξωτερικών Ιατρείων, διαχείριση Χειρουργείων καθώς και Ηλεκτρονικό Φάκελο Information System (M.I.S), το νοσοκομείο βελτιστοποιεί αφ' ενός την παροχή υπηρεσιών υγείας στους

ασθενείς του, αφ' ετέρου την διαχείριση της ιατρικής πληροφορίας σε όλους τους τομείς του νοσοκομείου.

#### 2.5.6 Το ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα του Π.Γ.Ν.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"

Στο πλαίσιο του νέου πολιτικού σχεδιασμού του Υπ.Υ&ΚΑ για την αναμόρφωση του συστήματος Υγείας προωθείται η επιχειρησιακή αναβάθμιση του συστήματος μέσω της καλύτερης διαχείρισης-αξιοποίησης της επιχειρησιακής πληροφορίας που είναι σε θέση να συλλέξει και της αξιοποίησης νέων τεχνολογιών πληροφορικής που παρέχουν νέες ευκαιρίες εκσυγχρονισμού της λειτουργίας αλλά και αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών και της εξυπηρέτησης του πολίτη. Για αυτό τον λόγο θα υλοποιηθεί ένα ενιαίο πληροφορικό σύστημα σε σύνολο Νοσοκομείων του ΕΣΥ μεγάλης δυναμικότητας .

Το Π.Γ.Ν.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" από το 1993 είναι ενταγμένο στο Ενιαίο πληροφοριακό Σύστημα του τομέα Υγείας το "Κ.Η.Υ.Κ.Υ." με άλλα νοσοκομεία όλης της χώρας . Το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα "Κ.Η.Υ.Κ.Υ." αποτελεί κομβικό έργο στην προσπάθεια αναβάθμισης του συστήματος Υγείας και στοχεύει:

- ο Στην υλοποίηση μίας ολοκληρωμένης και ομοιογενούς ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ λύσης στις Μονάδες Υγείας η οποία θα είναι συμβατή με τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες του ΥπΥ&ΚΑ και θα διασφαλίζει την διαλειτουργικότητα συστημάτων και τον περιορισμό του κόστους .
- ο Στην μηχανογραφική υποστήριξη μεγάλου μέρους των κυρίως επιχειρησιακών διαδικασιών των ΜΥ με τεχνολογία αιχμής
- ο Στην εφαρμογή τυποποίησης σε βασικές διαδικασίες (λογιστική-οικονομική διαχείριση, προμήθειες και διαχείριση υλικών, παραπεμπτικά, τήρηση ιατρικών αρχείων)
- ο Στην ενίσχυση τον Ανθρώπινου Δυναμικού με νέα εργαλεία και την βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης
- ο Στην βελτίωση της απόδοσης τον συστήματος σε κρίσιμες διαστάσεις : άμεση

διαθεσιμότητα στοιχείων θέσης οργανισμού (πάγια, υποχρεώσεις, απαιτήσεις), παρακολούθηση κόστους, διαθεσιμότητα ιατρικών αρχείων, τρόποι `σύλληψης' επιχειρησιακών δεδομένων (data capture)

- ο Στην δυνατότητα συλλογής και επεξεργασίας ενοποιημένων δεδομένων από το σύστημα Υγείας και χάραξης πολιτικής
- ο Στη δημιουργία και/ ή αξιοποίηση δομών, υποδομών και προτύπων που θα επιτρέψουν την ολοκληρωμένη, αξιόπιστη κεντρική διαχείριση και αντιμετώπιση θεμάτων ΤΠΕ στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα
- ο Στη δημιουργία **ασφαλούς πλαισίου διαχείρισης και πρόσβασης σε πληροφορία που θα συμβάλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και ποιότητας παροχής ιατρονοσηλευτικού έργου διασφαλίζοντας ταυτόχρονα το απόρρητο της πληροφορίας.**

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### “ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ Γ.Π.Ν.Ν.

#### «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Στο τρίτο κεφαλαίο γίνεται παρουσίαση της ταυτότητας και το σύντομο ιστορικό του νοσοκομείου, η αποστολή και ο ρόλος του, κάποια κτιριολογικά στοιχεία καθώς και η οργάνωση των λειτουργιών που δραστηριοποιούνται στο Γ.Π.Ν.Ν. “ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ” .

#### 3.1 Ταυτότητα και Σύντομο Ιστορικό του Νοσοκομείου

Η ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά “Αγιος Παντελεήμων” ανέρχεται κατά την περίοδο της Μικρασιατικής Καταστροφής και κυρίως στη διάρκεια των χρόνων που ακολούθησαν, δεδομένης της εγκατάστασης των προσφυγικών πληθυσμών στις περιοχές γύρω από τον Πειραιά. Στα χρόνια αυτά με πρωτοβουλία της οργάνωσης των “Αμερικανίδων Κυριών” άρχισε να λειτουργεί πολυϊατρείο προκειμένου να παρέχει περίθαλψη και φροντίδα στους πολύπαθους πρόσφυγες της εποχής .

Το πολυϊατρείο ονομάστηκε “Νοσοκομείο Αμερικανίδων Κυριών”, εγκαταστάθηκε σε πρόχειρα παραπήγματα με βασικές ελλείψεις ύδρευσης και αποχέτευσης. Στη διάρκεια περίπου μιας δεκαετίας το πολυϊατρείο μετατράπηκε σε Γενικό Νοσοκομείο με προσθήκες και επεκτάσεις γύρω από αυτό. Το 1934 αριθμεί δύναμη 60 κλινών και με τη λήξη της φιλανθρωπικής δραστηριότητας των “Αμερικανίδων Κυριών” το νοσοκομείο περιέρχεται στο Ελληνικό κράτος, μετονομάζεται σε “Προσφυγικό Νοσοκομείο Νέας Κοκκινιάς” και διοικείται από 7μελή εκτελεστική επιτροπή, ενώ ένα χρόνο αργότερα (1935) μετονομάζεται εκ νέου, αντικαθιστώντας τον όρο “ Προσφυγικό Νοσοκομείο” με τον όρο “Πρότυπο Λαϊκό Νοσοκομείο” .

Το μικρό αυτό Νοσοκομείο, όπως έγινε αντιληπτό γρήγορα, ήταν αδύνατον να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες περίθαλψης και φροντίδας των πληθυσμών όχι μόνο της περιοχής γύρω από αυτό αλλά και της ευρύτερης περιοχής του Πειραιά. Το 1937

αποφασίζεται από το Υπουργείο Υγείας η ανέγερση νέου Νοσοκομείου δύναμης 300 κλινών με την επωνυμία “Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά” στη θέση που βρίσκεται σήμερα.

Κατά τη διάρκεια του πολέμου το Νοσοκομείο μετεγκατεστάθηκε σε κτίριο αποθήκης καπνού της “Κομμέρσιαλ Κόμπανι” και με κατάλληλες τροποποιήσεις και κτιριακές παρεμβάσεις διέθετε 210 κλίνες.

Με τη λήξη του πολέμου το Νοσοκομείο συνεχίζει να λειτουργεί στις ίδιες εγκαταστάσεις αφενός και αφετέρου, λίγα χρόνια αργότερα (1948), επαναλαμβάνονται οι εργασίες ανέγερσης του αρχικά σχεδιαζόμενου νοσοκομείου, αφού προηγουμένως είχε αναθεωρηθεί η μελέτη σύμφωνα με την τρέχουσα τεχνολογία. Το 1952 το Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, όπως ονομάζεται πλέον, θεσμοθετήθηκε ως ΝΠΔΔ και άρχισε να λειτουργεί κανονικά, επεκτεινόμενο σταθερά. Η ιατρική του υπηρεσία περιελάμβανε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα. Πλην των ιατρικών αυτών τμημάτων ο Οργανισμός του Νοσοκομείου προέβλεπε τη λειτουργία εξωτερικών ιατρείων και εργαστηρίων. Το 1955-56 λειτουργεί με πλήρη δύναμη 400 κλινών ενώ από το 1954 λειτουργούσε ήδη σε αυτό το Κέντρο Αιμοδοσίας και Παρασκευής Παραγώγων Αίματος. Το 1964 ολοκληρώνονται οι εργασίες κατασκευής και το Νοσοκομείο αριθμεί πλέον 600 κλίνες με ταυτόχρονη υποστήριξη όλων των απαραίτητων εργαστηρίων.

Το 1983 το Νοσοκομείο εντάχθηκε στο ΕΣΥ (Ν. 13997/83) και το 1986 οι οργανικές του κλίνες ανέρχονται στις 630 (ΦΕΚ 901/Β/1986) από τις οποίες οι 300 κατανέμονται στον Παθολογικό, οι 300 στον Χειρουργικό και οι 30 στον Ψυχιατρικό Τομέα. Με το ίδιο ΦΕΚ το Νοσοκομείο ονομάζεται Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας “Δάμων Βασιλείου”. Στο Νοσοκομείο ανήκει επίσης το Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας. Το 1991 (ΦΕΚ 78.Β/91 και 360/Β/91) μετονομάζεται σε Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά “Άγιος Παντελεήμων” και το 1995 αριθμεί 716 οργανικές κλίνες από τις οποίες οι 343 στον Παθολογικό, οι 343 στον Χειρουργικό και οι 30 στον Ψυχιατρικό Τομέα (ΦΕΚ 373/β/95). Το 2001 εντάσσεται στο Γ΄ Πε.Σ.Υ.Π Αττικής βάσει του Ν. 2889 /2001 (ΦΕΚ 37/2-3-01),

αποτελώντας ανεξάρτητη αποκεντρωμένη μονάδα του, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια με την ονομασία "Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων".

Κύρια χαρακτηριστικά της μακράς περιόδου λειτουργίας του Νοσοκομείου ήταν η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των κτιριακών εγκαταστάσεων και ο εκσυγχρονισμός του ιατρό-τεχνολογικού του εξοπλισμού. Με την ένταξη του Νοσοκομείου στο ΕΣΥ η αποστολή του αναβαθμίζεται, εντασσόμενη σε ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

### **3.2 Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου**

Η αποστολή του νοσοκομείου συνίσταται :

- A) στην παροχή περίθαλψης και φροντίδας, σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική του κατάσταση
- B) στην ανάπτυξη και εξέλιξη της ιατρικής έρευνας, στην εκπαίδευση και εξειδίκευση του ιατρικού προσωπικού και
- Γ) στην εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης, κατάρτισης και ειδίκευσης για τις άλλες κατηγορίες προσωπικού

Ο ρόλος του Νοσοκομείου σήμερα είναι πρωταγωνιστικός και αποτελεί το επίκεντρο γύρω από το οποίο διαρθρώνεται το Σύστημα Υγείας στη χώρα μας. Ο κυρίαρχος ρόλος του στην παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας υγείας είναι αναμφισβήτητος, στηριζόμενος τόσο στις συνθήκες λειτουργίας που επικρατούν, όσο και στις συνθήκες συμπεριφοράς του κοινωνικού συνόλου.

Το Νοσοκομείο ανταποκρινόμενο στις απαιτήσεις του κοινωνικού συνόλου, προσπαθεί να αντεπεξέλθει σε συνεχή βάση στην ικανοποίηση των απαιτήσεων του ασθενή πολίτη για :

- Ενημέρωσή του για τη σημασία του θεραπευτικού σχεδίου, των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπευτικής αγωγής στην οποία θα υποβληθεί.

- Παροχή της φροντίδας υγείας που του είναι αναγκαία από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, με έμφαση στην ανθρώπινη συμπεριφορά, στην ευγένεια και στην κατανόηση .
- Νοσηλεία σε αξιοπρεπείς χώρους, κατάλληλα διαμορφωμένους και εξοπλισμένους, που να διασφαλίζουν ποιοτική ιατρική περίθαλψη, διακριτικότητα, ησυχία και να εξασφαλίζουν τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας προς αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και άλλων επιπτώσεων στην κατάσταση των ασθενών και των επισκεπτών.

Η αποστολή και ο ρόλος του Νοσοκομείου επιβραβεύονται από την μεγάλη απήχηση που παρατηρείται στον πλησιέστερο αλλά και στον ευρύτερο πληθυσμό, ο οποίος αναζητεί την ικανοποίηση των έκτακτων και τακτικών αναγκών της υγείας του. Το κύρος και η φήμη του Νοσοκομείου αποτελούν μια ακόμη ένδειξη για την επιτυχή τέλεση της αποστολής του.

Όμως η αποστολή και ο ρόλος του Νοσοκομείου δεν περιορίζεται μόνο στην επιτυχή παροχή περίθαλψης και φροντίδας υγείας. Το Νοσοκομείο δραστηριοποιείται επίσης ενεργά στον τομέα της εκπαίδευσης. Στο Νοσοκομείο παρέχονται πλήρη εκπαιδευτικά προγράμματα εξειδίκευσης σε όλες τις βασικές ιατρικές ειδικότητες. Επίσης παρέχονται νοσηλευτικές ειδικότητες, ενώ λειτουργεί παράλληλα Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης, το οποίο με την υλοποίηση προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης αποσκοπεί στη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού καθώς και του προσωπικού άλλων Νοσοκομείων της χώρας .

### **3.3. Κτιριολογικά Στοιχεία του Νοσοκομείου**

Το Νοσοκομείο στεγάζεται σε πέντε βασικά κτίρια συνολικής επιφάνειας 31.761,198 τ.μ. Το κεντρικό κτίριο διαθέτει 4 ορόφους, 2 υπόγεια και 1 δώμα επιφάνειας 19.015,71τ.μ , το κτίριο Ένα (Κ1) 6 ορόφους, 1 υπόγειο και 1 δώμα σε 5.725,38 τ.μ., το κτίριο Δύο (Κ2) 2 ορόφους και 1 υπόγειο σε 2.142,79τ.μ, το κτίριο Τρία (3) 5 ορόφους, 1 υπόγειο και 1 δώμα σε 3.641,36 τ.μ., και το κτίριο Τέσσερα (4) ισόγειο και 1 υπόγειο σε 1.236,74 τ.μ. Πλην των 31.761,198 τ.μ. το Νοσοκομείο διαθέτει επίσης 7.809,41 τ.μ. καθώς και 4.492,08 τ.μ. για το

τιμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στο οποίο έχουν ολοκληρωθεί οι εργασίες κατασκευής του εδώ και 2 χρόνια και δεν έχει λειτουργήσει ακόμα και σήμερα . Αξιοσημείωτο είναι η έκταση που αναπτύσσεται το Νεφρολογικό Κέντρο (1.617,99 τ.μ.). Η συνολική επιφάνεια επομένως των κτιριολογικών στοιχείων αφορά 44.062.69 τ.μ

### **3.4 Οργάνωση και Λειτουργία**

Η οργάνωση των λειτουργιών και δραστηριοτήτων του νοσοκομείου αποτελεί τη σημαντικότερη ίσως επένδυση καθώς η ορθολογική οργάνωση επιτρέπει την επεξεργασία και το μετασχηματισμό των εισροών σε εκροές, διασφαλίζει τη διαχείριση των πόρων (ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών), συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη των στόχων και στην προσέγγιση των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων.

#### *3.4.1 Όργανα Διοίκησης*

Το Νοσοκομείο εντάσσεται στις Δημόσιες Υγειονομικές περιφέρειες , συνδέεται λειτουργικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά με τα άλλα νοσοκομεία που το συγκροτούν, αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα και διοικείται από το Συμβούλιο Διοίκησης και τον Διοικητή.

Ο Διοικητής έχει τη γενική και ειδική ευθύνη για τη λειτουργία του νοσοκομείου, προϊστάται όλων των επιμέρους υπηρεσιών, συντονίζοντας και εποπτεύοντας το έργο τους, μεριμνά για την ορθολογική διαχείριση των πόρων, φροντίζει για την εκτέλεση έργων κτιριακής υποδομής και προμήθειας εξοπλισμού.

Ο Διοικητής προβλέπεται επίσης να υποβάλλει τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου (ανά τομέα, τμήμα και εργαστήριο) στο Δ.Σ. της Δημόσιας Υγειονομικής περιφέρειας (Ν.2829/01), γνωστοποιεί όλες τις συναφείς αποφάσεις σχετικά με αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του προϋπολογισμού, συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο και καταρτίζει την ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων του νοσοκομείου.

Το Συμβούλιο Διοίκησης συγκροτείται από τους Διευθυντές της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας, τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου, τον Διοικητή και τον Αναπληρωτή Διοικητή.

Οι αρμοδιότητες του Σ.Δ. είναι γνωμοδοτικές και αποφασιστικές και αφορούν αποφάσεις οι οποίες αποσκοπούν στη διασφάλιση της ορθής λειτουργίας του νοσοκομείου. Ειδικότερα οι αποφάσεις επί του προϋπολογισμού αυτές μπορούν να αφορούν τροποποιήσεις, κατάρτιση προγραμμάτων βελτίωσης της υλικοτεχνικής υποδομής του νοσοκομείου, προμήθειας ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, αναμόρφωσης του οργανισμού του νοσοκομείου, υπηρεσιακών θεμάτων προσωπικού και εν γένει λειτουργικών θεμάτων του Νοσοκομείου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο είναι δμελές, αποτελούμενο από 3 Διευθυντές ιατρικών τμημάτων, 1 Αναπληρωτή Διευθυντή, 1 ιατρό Επιμελητή Α', 1 ιατρό Επιμελητή Β', 1 επιστήμονα μη ιατρό, 1 νοσηλεύτη ΠΕ ή ΤΕ και 1 εκπρόσωπο των Ειδικευομένων ιατρών χωρίς δικαίωμα ψήφου.

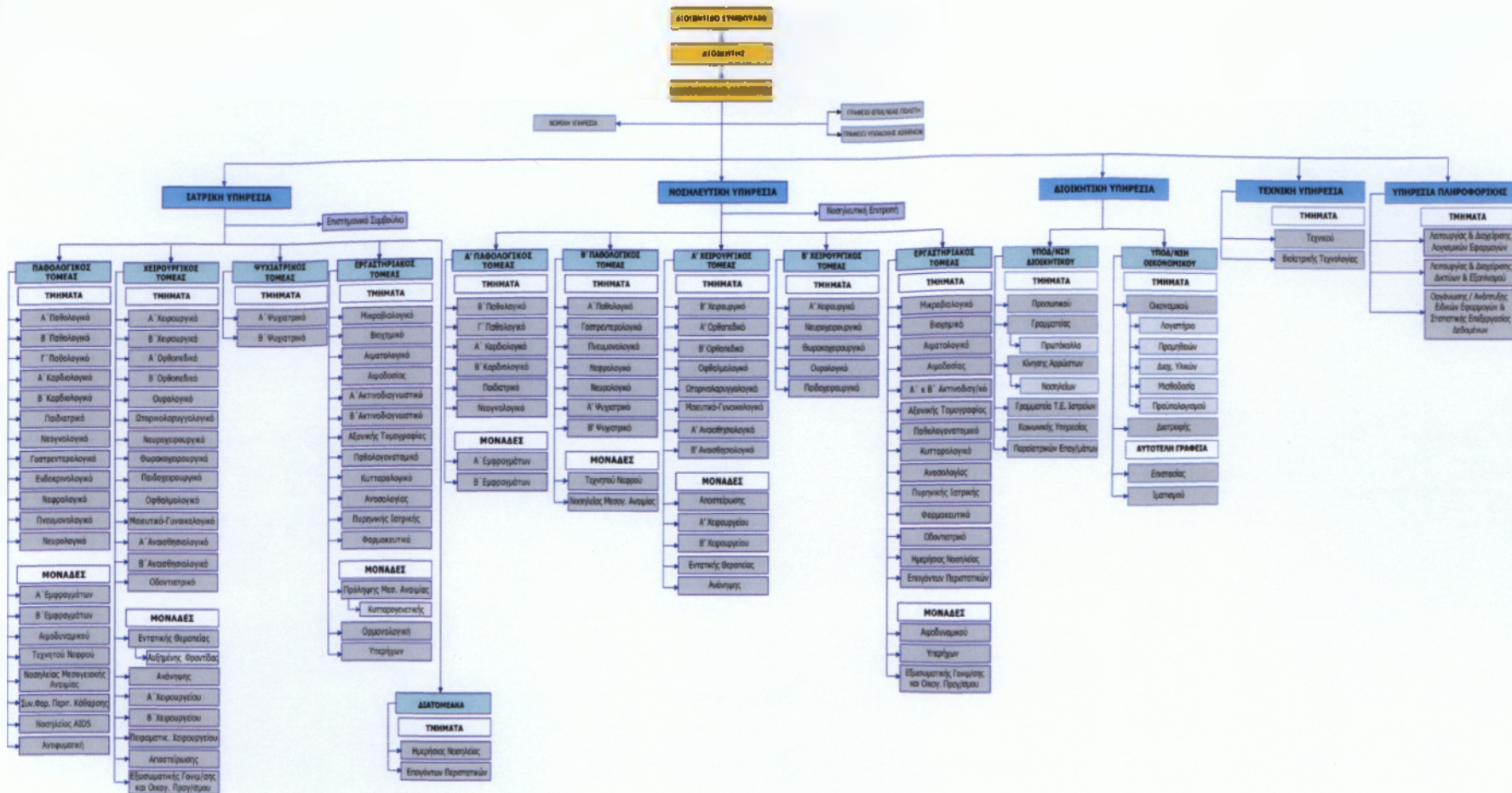
Οι αρμοδιότητες είναι εισηγητικές και γνωμοδοτικές επί θεμάτων που αφορούν γενικά και ειδικά επιστημονικά θέματα. Παράλληλα συντονίζει και παρακολουθεί εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου ενώ ως διοικητικές αρμοδιότητες αναφέρονται μεταξύ άλλων η εισήγηση για την κατάρτιση του προγράμματος ευημεριών και των πινάκων αξιολόγησης υποψηφίων.

#### *3.4.2 Διάρθρωση Υπηρεσιών*

Η οργανωτική δομή του νοσοκομείου στηρίζεται στη διάρθρωση 4 υπηρεσιών, με αντίστοιχες Διευθύνσεις και διοικητικά υπάγονται στον Πρόεδρο του Συμβουλίου Διοίκησης. Οι υπηρεσίες αυτές είναι: α) η Ιατρική, β) η Νοσηλευτική, γ) η Διοικητική και δ) η Τεχνική ε) η Πληροφορική .

Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών αυτών προσδιορίζονται γενικά στις διατάξεις του άρθρου 10 (ΦΕΚ 829/Β/2-12-86) όπως αντίστοιχα και τα καθήκοντα των προϊσταμένων τους

(ΦΕΚ 37/Α/86). Στο Οργανόγραμμα που ακολουθεί αποτυπώνεται η συνολική οργανωτική διάρθρωση του νοσοκομείου και στα επόμενα που ακολουθούν παρουσιάζεται η διάρθρωση των επιμέρους υπηρεσιών.



Διάγραμμα 4.1 Οργανόγραμμα του Π.Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παντελεήμων"



## ➤ **Ιατρική Υπηρεσία**

- Παθολογικός
- Χειρουργικός
- Εργαστηριακός
- Ψυχιατρικός

και στα Διατομεακά Τμήματα. :

1. Ημερήσιας Νοσηλείας

2. Επειγόντων Περιστατικών

Κύρια αρμοδιότητα της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας υγείας, όπως επίσης η έρευνα και η εκπαίδευση.

Τα Όργανα Διοίκησης της Ιατρικής Υπηρεσίας συνίστανται :

- στον Διευθυντή,
- στους Τομεάρχες, επικεφαλείς των Τομέων και
- στους Διευθυντές, επικεφαλείς των ιατρικών τμημάτων.

Ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας αποτελεί το διοικητικό της προϊστάμενο με κύριο έργο το συντονισμό των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την εύρυθμη λειτουργία των ιατρικών τμημάτων που τη συγκροτούν (π.χ. πρόγραμμα ευημεριών, αδειών, ωράριο λειτουργίας εξωτερικών ιατρείων, επισκεπτηρίου κ.ά.).

Σε ότι αφορά επιστημονικά θέματα της Ιατρικής Υπηρεσίας αρμόδιο όργανο είναι το Επιστημονικό Συμβούλιο οι αρμοδιότητες του οποίου αναφέρθηκαν παραπάνω.

Ο Διευθυντής του Τομέα συντονίζει τη λειτουργία των τμημάτων που συγκροτούν τον εν λόγω Τομέα. Ειδικότερα, μεταξύ άλλων καταρτίζει και εισηγείται τον προϋπολογισμό του Τομέα, εποπτεύει την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και συμμετέχει στην αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού του Τομέα.



**Διάγραμμα 4.2** Οργανόγραμμα Ιατρικής Υπηρεσίας

Ο Διευθυντής του Ιατρικού Τμήματος αποτελεί την Τρίτη βαθμίδα διοίκησης ο οποίος είναι παράλληλα Διοικητικά και Επιστημονικά Υπεύθυνος του Τμήματος. Οι διοικητικές του αρμοδιότητες αφορούν :

το συντονισμό του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού έργου που παράγεται στο τμήμα, παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού, συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, εποπτεύει και προωθεί την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

### ➤ **Νοσηλευτική Υπηρεσία**

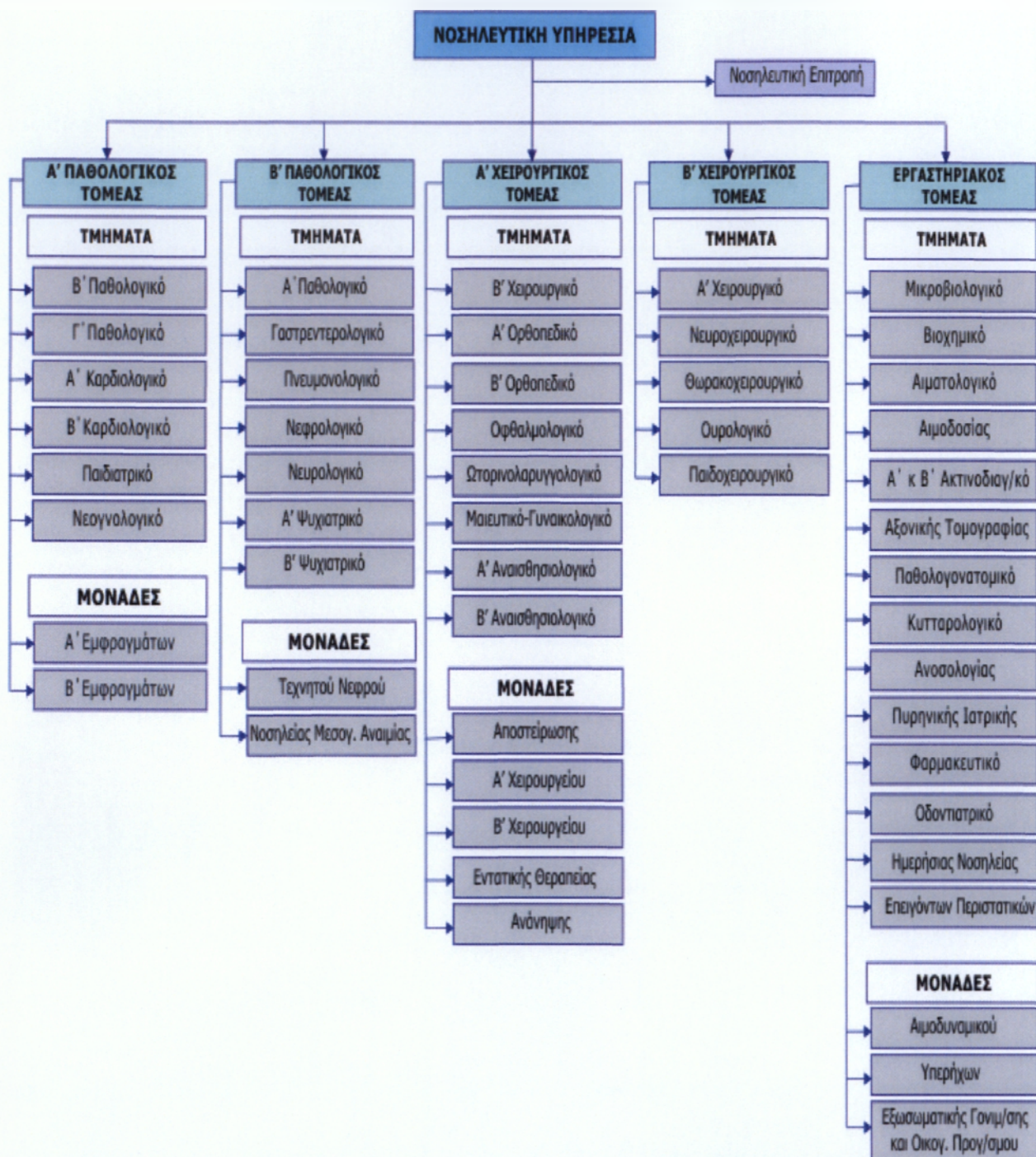
Η Νοσηλευτική Υπηρεσία ακολουθεί την Ιατρική ως προς τη διάρθρωσή της σε αντίστοιχους τομείς και τμήματα (Διάγραμμα 3.3). Ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας προτείνεται από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο και ορίζεται από το Δ.Σ του ΠΕΣΥΠ. Οι Τομεάρχες ορίζονται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου μετά από πρόταση του Νοσηλευτικού Συμβουλίου ενώ οι Προϊστάμενοι των Τμημάτων από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Ως προς τις αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αυτές θεωρούνται ότι είναι, κατ' αντιστοιχία των αρμοδιοτήτων της Ιατρικής Υπηρεσίας, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με τις οδηγίες των υπευθύνων κατ' άρρωστο ιατρών, η προώθηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της νοσηλευτικής έρευνας.

Η Νοσηλευτική Επιτροπή προβλέπεται να λειτουργήσει ως Όργανο Διοίκησης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας συγκροτούμενο από :

τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,

1 Προϊστάμενο τμήματος από κάθε Τομέα και

1 διπλωματούχο νοσηλευτή τμήματος από κάθε Τομέα αντίστοιχα.



**Διάγραμμα 3.3** Οργανόγραμμα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Οι αρμοδιότητες είναι γνωμοδοτικές και αφορούν κάθε θέμα που άπτεται της λειτουργίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Οι νοσηλευτές διακρίνονται σε 3 κατηγορίες ανάλογα της εκπαιδευτικής βαθμίδας:

- α) της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πανεπιστημιακής και Τεχνολογικής εκπαίδευσης),
- β) της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Αδελφές Νοσοκόμες),

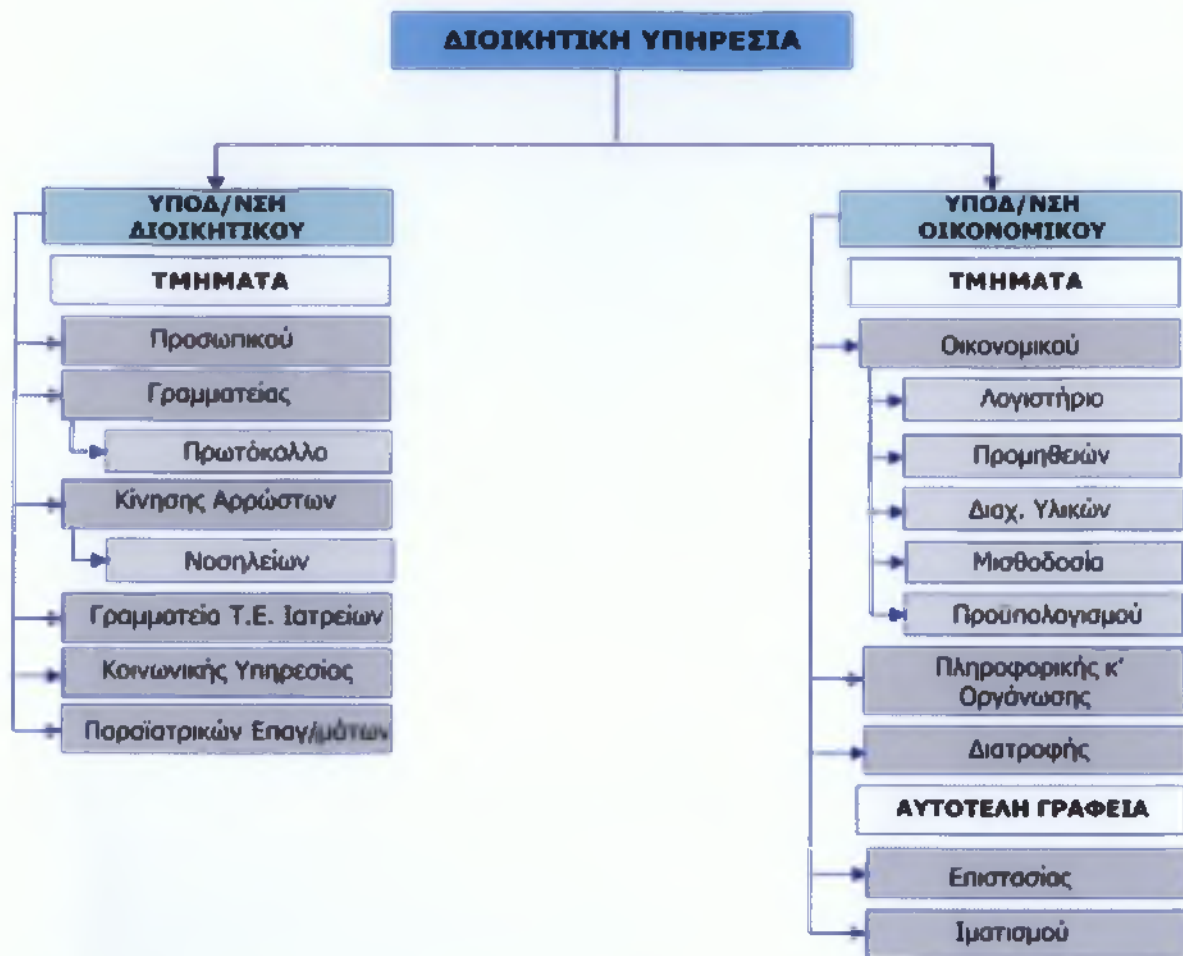
γ) της υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Πρακτικοί Νοσοκόμοι) και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό.

Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα βελτιώνεται συστηματικά τα τελευταία χρόνια δεδομένου του κοινού συστήματος εργασίας που εφαρμόζεται μεταξύ των τμημάτων, όπως της καταγραφής και της επιχειρούμενης εφαρμογής νοσηλευτικών διαδικασιών (πρωτόκολλα).

#### ➤ **Διοικητική Υπηρεσία**

Η Διεύθυνση της Διοικητικής Υπηρεσίας συντίθεται από 2 Υποδιευθύνσεις, η κάθε μία από τις οποίες επιμερίζεται σε τμήματα και γραφεία ανάλογα με το αντικείμενο εργασίας. Η διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 3.4 Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού αποτελείται από 6 Τμήματα τα οποία είναι τα εξής:

- Τμήμα Προσωπικού
- Τμήμα Γραμματείας
- Τμήμα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών
- Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων



**Διάγραμμα 3.4** Οργανόγραμμα Διοικητικής Υπηρεσίας

Το Τμήμα Προσωπικού έχει την ευθύνη για την τήρηση κάθε είδους μεταβολών στην υπηρεσιακή κατάσταση των υπαλλήλων, την εποπτεία και τον έλεγχο του προσωπικού ως προς την εφαρμογή του Υπαλληλικού Κώδικα, την παρακολούθηση του Οργανισμού του Νοσοκομείου κ.ά.

Το Τμήμα Γραμματείας είναι υπεύθυνο για την τήρηση του πρωτοκόλλου, τη διακίνηση της αλληλογραφίας, τη γραμματειακή υποστήριξη των υπηρεσιών, το αρχείο φακέλων ασθενών, θέματα διοικητικής μέριμνας κ.ά.

Το Τμήμα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων παρέχει γραμματειακή στήριξη στην καθημερινή λειτουργία των ιατρείων, ρυθμίζει την προσέλευση των ασθενών και φροντίζει για την υποδοχή και την έγκαιρη εξυπηρέτησή τους (ραντεβού, στατιστικά στοιχεία, είσπραξη δικαιωμάτων κλπ).

Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών είναι υπεύθυνο για την εισαγωγή και την έξοδο των ασθενών, την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής, τη λογιστική παρακολούθηση των νοσηλευομένων, τη χρέωση των δαπανών νοσηλείας ενώ τηρεί επίσης στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη νοσηλευτική κίνηση του νοσοκομείου, έκδοση βεβαιώσεων και πιστοποιητικών με στοιχεία νοσηλευομένων ασθενών κλπ.

Το Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη των ασθενών σε κοινωνικά προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν.

Το Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση και τον προγραμματισμό απασχόλησης των τεχνολόγων, των χειριστών-εμφανιστών, των εργοθεραπευτών και των φυσικοθεραπευτών.

Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού απαρτίζεται από 2 Τμήματα και 2 Αυτοτελή Γραφεία:

- Τμήμα Οικονομικού
- Τμήμα Διατροφής
- Αυτοτελές Γραφείο Επιστασίας
- Αυτοτελές Γραφείο Ιματισμού

Το Τμήμα Οικονομικού περιλαμβάνει 5 Γραφεία

- Λογιστήριο - Ταμείο,
- Προμηθειών
- Διαχείρισης Υλικού
- Μισθοδοσίας
- Προϋπολογισμού - Απολογισμού

και είναι υπεύθυνο για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του νοσοκομείου. Η πραγματοποίηση δαπανών, η εκκαθάριση αποδοχών του προσωπικού, οι προμήθειες, η διαχείριση και ο εφοδιασμός, η είσπραξη εσόδων, η τήρηση λογιστικών βιβλίων και η κατάρτιση ισολογισμού και απολογισμού αποτελούν επίσης αρμοδιότητες του Τμήματος Οικονομικού.

Το Τμήμα Διατροφής έχει την ευθύνη για τη διαμόρφωση του διαιτολογίου των ασθενών και του προσωπικού, την κατάρτιση προγραμμάτων ενημέρωσης υγιεινής διατροφής γενικά αλλά και ειδικά, σε περιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενών που οφείλουν να ακολουθούν οδηγίες διατροφής μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Το Αυτοτελές Γραφείο Επιστασίας είναι υπεύθυνο για την καθαριότητα όλων των χώρων του νοσοκομείου και την εποπτεία των συναφών εργασιών.

Το Αυτοτελές Γραφείο Ιματισμού είναι αρμόδιο για τη φύλαξη, τη διάθεση και την καθαριότητα του ιματισμού που απαιτείται για τη λειτουργία των τμημάτων και του προσωπικού.

#### ➤ **Τεχνική Υπηρεσία**

Η Διεύθυνση της Τεχνικής Υπηρεσίας αποτελείται από 2 τμήματα, το Τμήμα Τεχνικού και το Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας και το Οργανόγραμμά της παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.5



**Διάγραμμα 3.5** Οργανόγραμμα Τεχνικής Υπηρεσίας

Το Τμήμα Τεχνικού είναι υπεύθυνο για την εκτέλεση, συντήρηση, ανανέωση και βελτίωση των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου όπως επίσης για την εκπόνηση σχετικών μελετών.



Το Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό, την καταγραφή, τη διάθεση και την υποστήριξη του ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού του νοσοκομείου.

### ➤ Υπηρεσία Πληροφορικής

Η Υπηρεσία Πληροφορικής και Οργάνωσης είναι υπεύθυνο για την πληροφορική οργάνωση του νοσοκομείου, την μηχανογράφηση των λειτουργιών του, την τήρηση και επεξεργασία στατιστικών δεδομένων όπως και τη ροή της πληροφορίας και την υποστήριξη των εφαρμογών μεταξύ των υπηρεσιών και των τμημάτων του Νοσοκομείου. Η Υπηρεσία Πληροφορικής και Οργάνωσης περιλαμβάνει τα τμήματα :

- Λειτουργίας και Διαχείρισης Λογισμικού Εφαρμογών.
- Λειτουργίας και Διαχείρισης Δικτύου και Εξοπλισμού.
- Οργάνωσης και Ανάπτυξης Ειδικών Εφαρμογών και Στατιστικής Επεξεργασίας Δεδομένων



**Διάγραμμα 3.6** Οργανόγραμμα Υπηρεσία Πληροφορικής

Το τμήμα Λειτουργίας και Διαχείρισης Λογισμικών Εφαρμογών έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Η εγκατάσταση κάθε νέας εφαρμογής πληροφορικής και η έναρξη λειτουργίας της.
- Η διαχείριση της κάθε εφαρμογής από συστηματικής και λειτουργικής πλευράς.
- Η εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου και η αποτελεσματική εκμετάλλευση των συστημάτων πληροφορικής.

- Η συνεχής παρακολούθηση των νέων τεχνολογιών και η αξιολόγηση της δυνατότητας αξιοποίησής τους από το νοσοκομείο.

Το τμήμα Λειτουργίας και Διαχείρισης Δικτύων και Εξοπλισμού έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Την διαχείριση και λειτουργία του εξοπλισμού πληροφορικής, την βελτιστοποίηση της αξιοποίησης του εξοπλισμού σε συνάρτηση και με τις εφαρμογές που λειτουργούν σε κάθε τμήμα του εξοπλισμού.
- Την εγκατάσταση και συντήρηση τοπικού ή ευρύτερου δικτύου υπολογιστών.
- Την διαχείριση της πρόσβασης των χρηστών στο δίκτυο.
- Την διαχείριση της επικοινωνίας του εσωτερικού δικτύου με εξωτερικά δίκτυα.
- Την προστασία του δικτύου και την αριστοποίηση των πόρων του δικτύου (δίσκων κλπ).
- Την διαχείριση της απόδοσης του δικτύου και την σχεδίαση της επέκτασης του δικτύου.
- Την κατάρτιση μελετών και τεχνικών προδιαγραφών για την προμήθεια εξοπλισμού πληροφορικής (H/Y, S/w, SYSTEM S/W κλπ).

Το τμήμα Οργάνωσης /Ανάπτυξης Ειδικών Εφαρμογών και Στατιστικής Επεξεργασίας Δεδομένων έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Αναπτύσσει περιορισμένης έκτασης εφαρμογές για :
  - α) Την επέκταση της λειτουργικότητας του δικτύου και των υποσυστημάτων της ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας
  - β) Την προσαρμογή ειδικών πακέτων λογισμικού, για περιορισμένης έκτασης εφαρμογές
  - γ) Την παρακολούθηση των δεικτών ιατρο-νοσηλευτικής και διοικητικο-οικονομικής λειτουργίας του Νοσοκομείου
  - δ) Την πρόσβαση στο διαδίκτυο

- Καταρτίζει το Στρατηγικό Πλάνο Πληροφορικής, με βάση τους γενικότερους στρατηγικούς στόχους του Νοσοκομείου, αλλά και τις ειδικότερες λειτουργικές ανάγκες του.
- Παρακολουθεί την υλοποίηση του Στρατηγικού Πλάνου και ενημερώνεται για την πορεία των έργων πληροφορικής, των τυχόν προβλημάτων ή καθυστερήσεων ή ακόμη και για τυχόν αποκλίσεις από τον αρχικά προβλεπόμενο προϋπολογισμό έργων.
- Υποβάλλει και δέχεται προτάσεις προς και από τα αρμόδια τμήματα για την εκπόνηση των μελετών και την παρακολούθηση των διαδικασιών που σχετίζονται με την εγκατάσταση των νέων συστημάτων πληροφορικής.
- Είναι υπεύθυνο για την λήψη και γενικά συλλογή πληροφοριών από τα διάφορα υποσυστήματα του Νοσοκομείου για την διοίκηση και την ιατρική υπηρεσία.

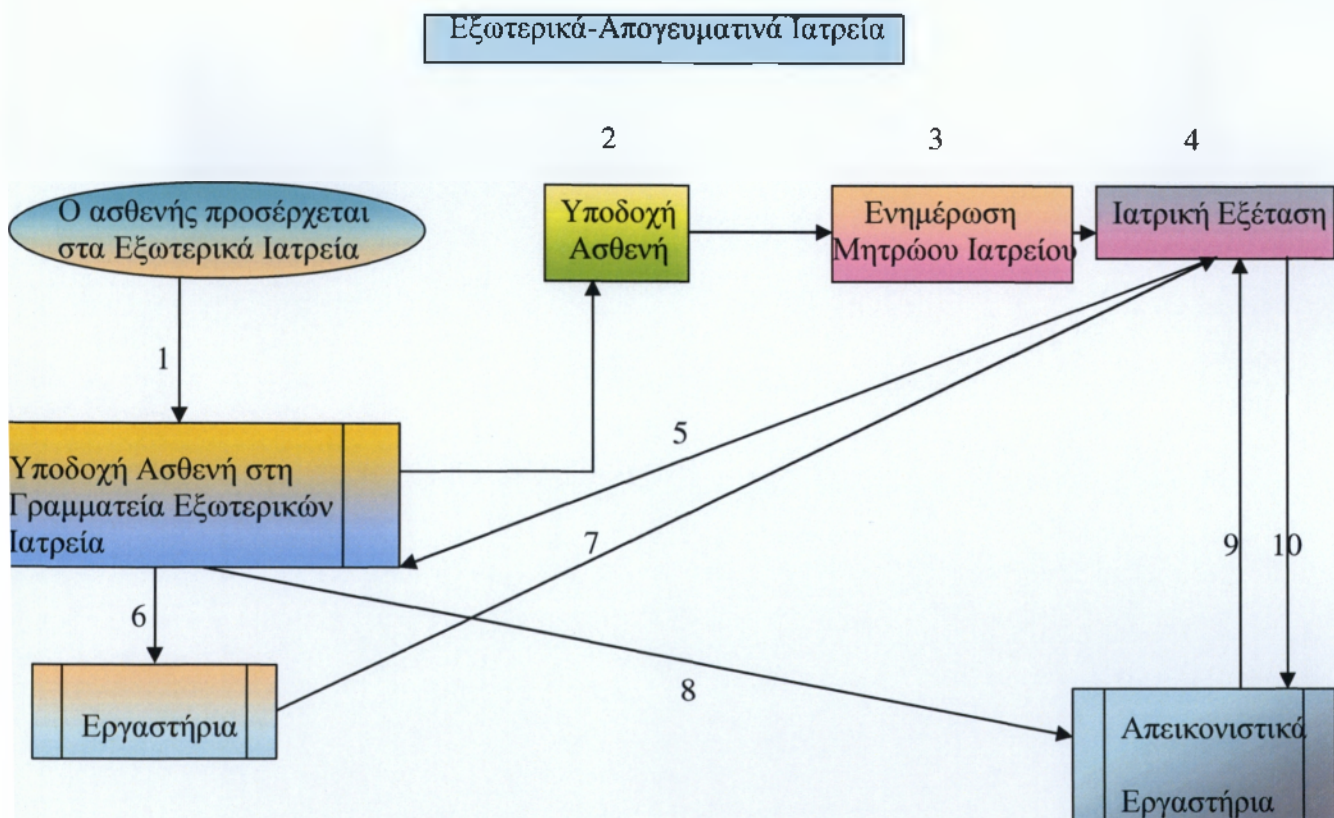
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### “ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Ν. “ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ”

Σ ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται περιγραφή της διαδικασίας της ροής των ασθενών από την στιγμή που θα εισέλθει ο ασθενής είτε για να επισκεφτεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου είτε για να επισκεφτεί τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία μέχρι την στιγμή της έκδοσης του Ιατρικού και διοικητικού εξιτηρίου και της αποχώρησης του από το νοσοκομείο .

#### 4.1 Ιατρική Περίθαλψη

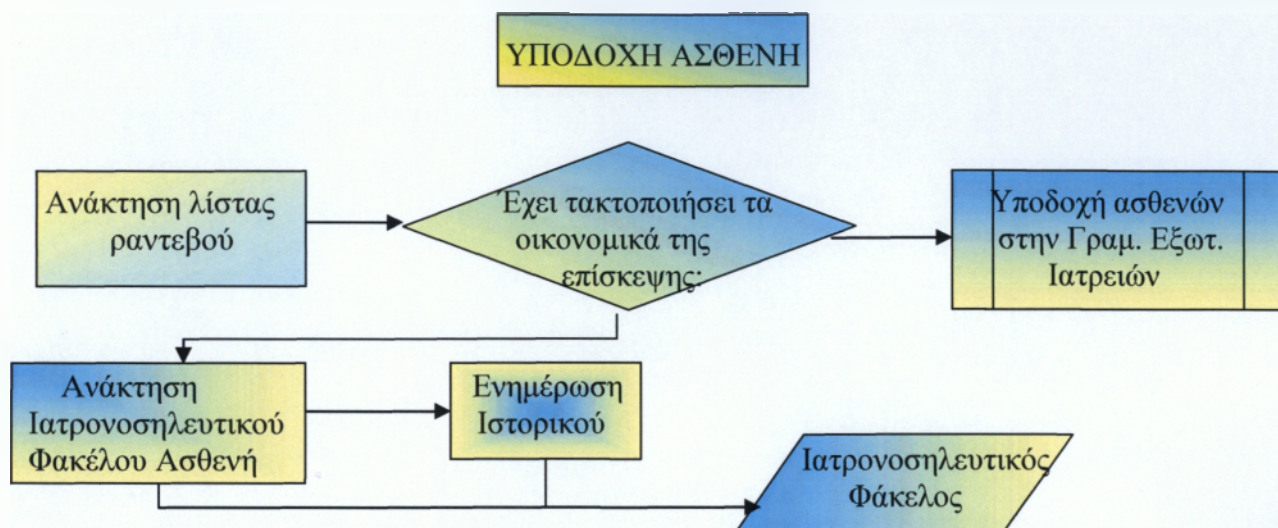
##### 4.1.1. Εξωτερικά Απογευματινά Ιατρεία (Ιατρική Περίθαλψη)



Διάγραμμα Ροής 4.1 : Εξωτερικά Απογευματινά Ιατρεία

Ο εξωτερικός ασθενής προσέρχεται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. Αρχικά περνά από τη Γραμματεία Εξωτ. Ιατρείων. Εκεί ενημερώνονται τα ραντεβού, γίνονται οι όποιες χρεώσεις απαιτούνται, εκδίδονται τα σχετικά έγγραφα. Στη συνέχεια ο ασθενής κατευθύνεται στα ιατρεία όπου γίνεται η υποδοχή του ασθενή. Από τη Γραμ. Εξ. Ιατρείων ο ασθενής είναι δυνατόν να προωθηθεί προς τα εργαστήρια εάν έχει να κάνει μόνο κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις ή προς τα απεικονιστικά εργαστήρια για τις αντίστοιχες εξετάσεις. Όταν ο ασθενής προσέλθει στο ιατρείο διενεργούνται οι απαραίτητες διαδικασίες για την υποδοχή του, και στη συνέχεια ο ιατρός είτε προχωρεί στην ιατρική εξέταση και σε διάγνωση, είτε προχωρεί με την εκτέλεση συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων . Πριν την εκτέλεση της ιατρικής εξέτασης, ο ιατρός ενημερώνει το Μητρώο του Ιατρείου. (Η ενημέρωση του μητρώου μπορεί να ολοκληρωθεί αφού τελειώσει η ιατρική εξέταση /πράξη). Κατά την ιατρική εξέταση μπορεί να προκύψει η ανάγκη για εκτέλεση κάποιας παρακλινικής εξέτασης (πχ ακτινογραφία) ή κάποιας εργαστηριακής. Στην περίπτωση εργαστηριακής εξέτασης, (γίνεται την ίδια ημέρα) ο ασθενής μεταβαίνει πρώτα στην Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων προκειμένου να τακτοποιήσει τα οικονομικά της εξέτασης και στην συνέχεια μεταβαίνει στα εργαστήρια για την διενέργεια της εξέτασης . Μετά την εκτέλεση της εξέτασης επιστρέφει στο ιατρείο . Στην περίπτωση παρακλινικών εξετάσεων και εφόσον για την εκτέλεση της εξέτασης δεν χρειάζεται να ορισθεί ραντεβού, ο ασθενής μεταβαίνει στην Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων προκειμένου να τακτοποιήσει τα οικονομικά της εξέτασης και στην συνέχεια μεταβαίνει στα απεικονιστικά εργαστήρια για την διενέργεια της εξέτασης .Αν για την διενέργεια της εξέτασης χρειάζεται να ορισθεί ραντεβού ο ασθενής μεταβαίνει στην Γραμματεία των απεικονιστικών για να κλείσει ραντεβού . Στην περίπτωση αυτή, η διενέργεια της απεικονιστικής εξέτασης και η προσκόμιση των αποτελεσμάτων στον ιατρό γίνεται στα πλαίσια επόμενης επίσκεψης του ασθενή στο Νοσοκομείο. Μετά την διενέργεια των παρακλινικών (απεικονιστικών εξετάσεων) ο ασθενής επιστρέφει με τα αποτελέσματα της εξέτασης στον ιατρό για να γίνει η διάγνωση .

- Υποδοχή Ασθενούς



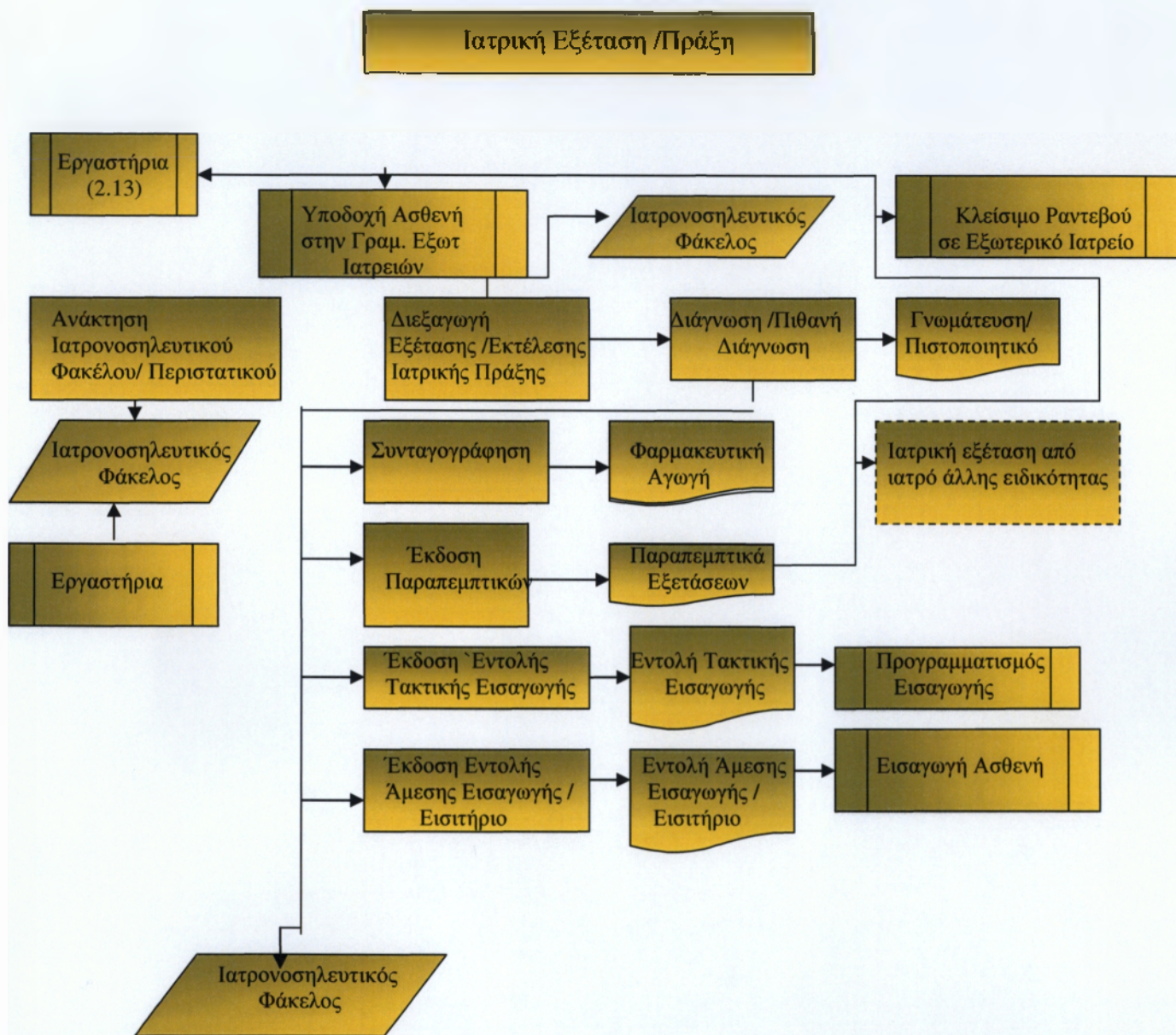
**Διάγραμμα Ροής 4.2 :** Υποδοχή Ασθενούς

Η παρούσα διαδικασία αφορά την υποδοχή του ασθενή στο ιατρείο για την εξέταση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ιατρείου. Συνήθως η υποδοχή γίνεται από το προσωπικό υποστήριξης όπως ειδικευόμενοι ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό. Έχει προηγηθεί η διαδικασία (Υποδοχή Ασθενή στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων) όπου κατά την άφιξη του ασθενή στην Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων και εφόσον δεν υπάρχει ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενή δημιουργείται ο ηλεκτρονικός φάκελος και καταγράφονται τα βασικά δημογραφικά στοιχεία. Αν υπάρχει ήδη ο ηλεκτρονικός φάκελος, γίνεται η ανάκτηση της καρτέλας των δημογραφικών και μπορεί να γίνει πιθανή ενημέρωση /αλλαγή κάποιων δημογραφικών. Επίσης στα πλαίσια της διαδικασίας δημιουργείται το περιστατικό, επικυρώνεται το ραντεβού και γίνεται η τακτοποίηση των οικονομικών της επίσκεψης.

Όταν πλέον ο ασθενής προσέρχεται στο ιατρείο και στα πλαίσια της παρούσας διαδικασίας γίνεται ανάκτηση της λίστας ραντεβού του ιατρείου και ελέγχεται αν ο ασθενής υπάρχει στη λίστα αφιχθέντων. Ο ασθενής τοποθετείται στη λίστα αφιχθέντων όταν έχει περάσει από την

Γραμματεία Εξωτερικών και έχει τακτοποιήσει τα οικονομικά της επίσκεψης. Στα πλαίσια της διαχείρισης του ασθενή από το Διοικητικό Προσωπικό της Γραμματείας, θα έχει προηγηθεί η ενημέρωση της λίστας ραντεβού σχετικά με την άφιξη του ασθενή. Στην περίπτωση που δεν έχει γίνει τακτοποίηση των οικονομικών ο ασθενής αποστέλλεται στην Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων. Αν ο ασθενής έχει ήδη περάσει από την Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων οπότε έχει τακτοποιήσει και τα οικονομικά της επίσκεψης, η υποδοχή του από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συνεχίσει με την πιθανή ανάκτηση του φακέλου του και την επιβεβαίωση των δημογραφικών στοιχείων. Είναι πιθανό στα πλαίσια της υποδοχής, το προσωπικό υποστήριξης του ιατρείου να πάρει κάποιο ιστορικό από τον ασθενή και να προβεί σε κάποια αρχική εξέταση οπότε γίνεται και η σχετική ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού φακέλου. Αναλυτικότερα στοιχεία καταγράφονται στην συνέχεια κατά την εξέταση στα πλαίσια της διαδικασίας Ιατρική Εξέταση / Πράξη. Έτσι, η καταγραφή στοιχείων στο φάκελο του ασθενή είναι μια κλιμακούμενη δραστηριότητα.

- *Ιατρική Εξέταση / Πράξη*



**Διάγραμμα Ροής 4.3 :** Ιατρική Εξέταση / Πράξη

Πραγματοποιείται ανάκτηση του ιατρονοσηλευτικού φακέλου βάση συγκεκριμένων κριτηρίων όπως κωδικός ασθενή ή περιστατικού ή στοιχεία ασθενή (ονοματεπώνυμο κλπ). Ο ιατρός ενημερώνεται από τον φάκελο του ασθενή σχετικά με το ιστορικό του (πχ κληρονομικό ιστορικό, φάρμακα που παίρνει, παθήσεις) ενώ μπορεί και να προσθέσει κάποια επιπλέον στοιχεία



στην περίπτωση που κάτι έχει αλλάξει από την τελευταία ενημέρωση. Ακόμη γίνεται αυτόματη ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού φακέλου του ασθενή με τυχόν εργαστηριακά αποτελέσματα .Πραγματοποιείται η διεξαγωγή της κλινικής εξέτασης ή της ιατρικής πράξης. Στα πλαίσια αυτά καταγράφει τα σχετικά δεδομένα από την διενέργεια της εξέτασης ή της πράξης .Ο γιατρός κάνει τη διάγνωση ή την πιθανή διάγνωση, σύμφωνα με τα ευρήματα της εξέτασης αλλά και τα αποτελέσματα των όποιων εξετάσεων όπως βρίσκονται στον ιατρικό φάκελο. Ενημερώνει τον φάκελο με την διάγνωση.

Μετά την εκτέλεση της εξέτασης ή της πράξης μπορεί να κάνει τα εξής:

**1** Να δοθούν οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή και να συνταχθεί η κατάλληλη συνταγογράφηση στο βιβλιάριο του ασθενή. Ο ιατρός αν θέλει μπορεί να ενημερώσει τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή με τα σχετικά φάρμακα.

**2** Να καταγραφούν και να εκδοθούν παραπεμπτικά για ιατρικές ( εργαστηριακές) παρακλινικές εξετάσεις. Στην περίπτωση που η παραπομπή του ασθενή γίνεται σε άλλο ιατρεία, το παραπεμπτικό εκτυπώνεται και δίνεται στον ασθενή. Ο ιατρός του άλλου ιατρείου συνεχίζει με την ιατρική εξέταση . Υπάρχει επίσης περίπτωση ο ασθενής που παραπέμπεται σε άλλα ιατρεία να χρειαστεί να κλείσει πρώτα ραντεβού οπότε συνεχίζει με την διαδικασία. Στην περίπτωση εργαστηριακών εξετάσεων ο ασθενής θα προσκομίσει τα παραπεμπτικό στην Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων προκειμένου να τακτοποιήσει τα οικονομικά των εξετάσεων. Αν το παραπεμπτικό έχει καταγραφεί στο σύστημα στα Εξωτερικά ιατρεία, η Γραμματεία Εξ. Ιατρείων ενημερώνεται αυτόματα με τα δεδομένα του παραπεμπτικού . Επίσης τα παραπεμπτικά αποστέλλονται ηλεκτρονικά στα εργαστήρια για την διενέργεια των εξετάσεων.

**3** Να συνταχθεί-εκδοθεί Εντολή Τακτικής Εισαγωγής. Η διαδικασία συνεχίζει με τον προγραμματισμό Εισαγωγής .

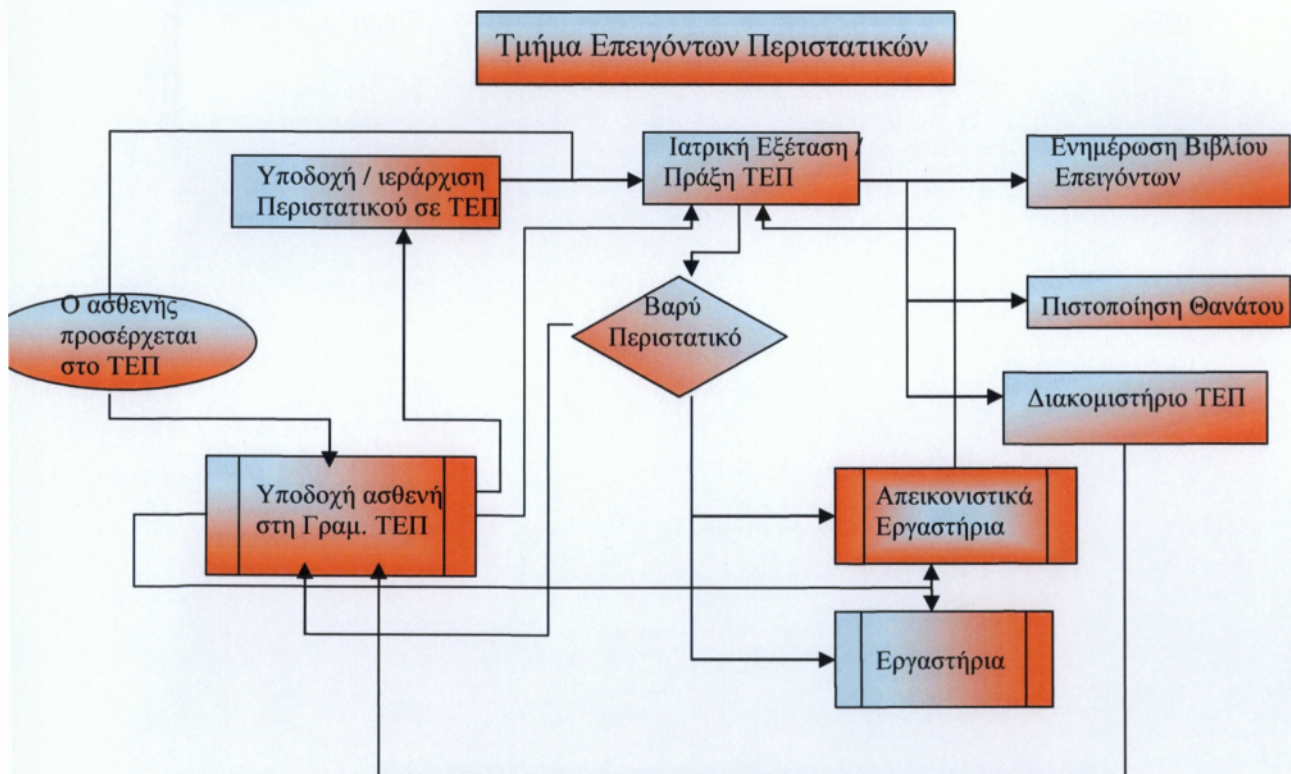
**4** Να συνταχθεί-εκδοθεί Εντολή Άμεσης Εισαγωγής . Η διαδικασία συνεχίζει με την Εισαγωγή Ασθενή (Το Γραφείο Κίνησης ενημερώνεται αυτόματα με τα δεδομένα του εισιτηρίου και

συνεχίζει με την διαδικασία της εισαγωγής).

Τα δεδομένα των παραπάνω ενεργειών ενημερώνουν τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο. Μέσω του ΟΠΣ, τα δεδομένα αυτά όπως πχ εισιτήριο εισαγωγής, ή παραπεμπτικά εργαστηριακών εξετάσεων είναι διαθέσιμα στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου από τα οποία πρόκειται να περάσει στην συνέχεια ο ασθενής για να ολοκληρωθούν οι αντίστοιχες διαδικασίες, (πχ το εισιτήριο είναι διαθέσιμο αυτόματα στα Γραφείο Κίνησης όπου και διεκπεραιώνεται η διαδικασία της εισαγωγής, τα παραπεμπτικά των εργαστηριακών εξετάσεων είναι διαθέσιμα αυτόματα στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρειών και τα εργαστήρια όπου γίνεται η χρέωση και η διενέργεια των εξετάσεων).

5 Ο γιατρός αν χρειαστεί εκδίδει τη γνωμάτευση /πιστοποιητικό για τον ασθενή.

#### 4.1.2 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών



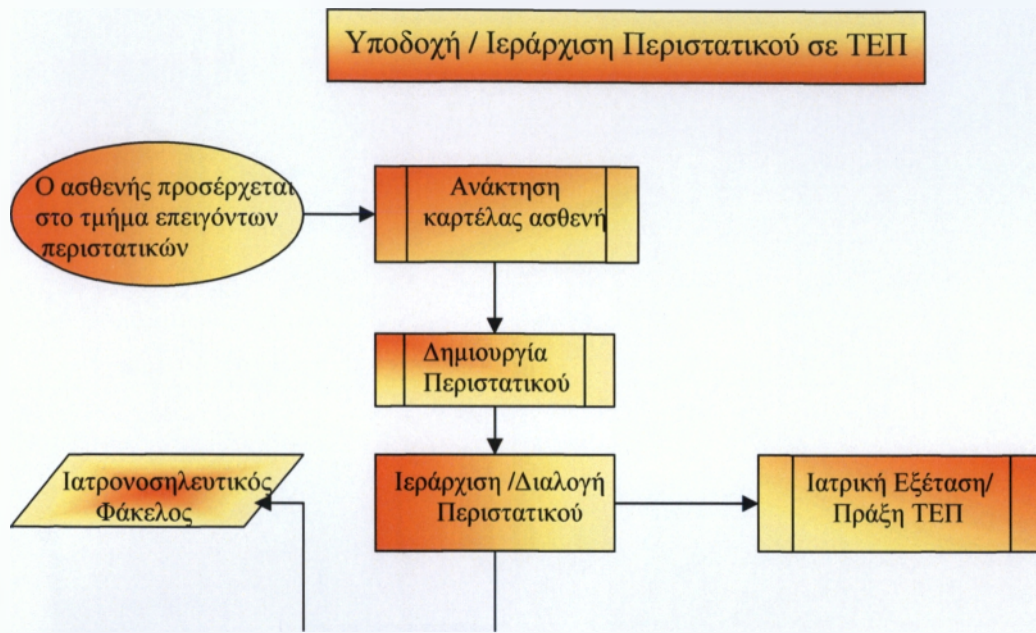
Διάγραμμα Ροής 4.4 : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Ο ασθενής προσέρχεται στα ΤΕΠ. Υπάρχει περίπτωση να περάσει πρώτα από την Γραμματεία ΤΕΠ όπου εκτελείται η διαδικασία της Υποδοχής του από την Γραμματεία ΤΕΠ κατά την οποία γίνεται αναζήτηση - ανάκτηση ή δημιουργία του ηλεκτρονικού του φακέλου και πιθανή τακτοποίηση των οικονομικών της επίσκεψης. Μετά την πιθανή υποδοχή του ασθενή στην Γραμματεία, και εφόσον το νοσοκομείο μπορεί να υποστηρίξει την σχετική διαδικασία μπορεί να γίνει κάποια ιεράρχηση / διαλογή του περιστατικού και να αποφασισθεί σε ποιο ιατρείο θα πρέπει να πάει ο ασθενής . Μετά την πιθανή ιεράρχηση του περιστατικού, ο ασθενής συνεχίζει με την ιατρική εξέταση /πράξη . Υπάρχει επίσης περίπτωση ο ασθενής με το που θα έρθει στα ΤΕΠ να συνεχίζει απ' ευθείας με την διαδικασία της ιατρικής εξέτασης.

Στα πλαίσια της εξέτασης στο ιατρείο ΤΕΠ, εάν χρειάζεται, ο ιατρός καταγράφει παραπεμπτικά για παρακλινικές /απεικονιστικές ή εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες εκτελούνται αμέσως χωρίς ραντεβού. Ανάλογα με την βαρύτητα του περιστατικού οι εξετάσεις γίνονται αμέσως χωρίς να χρειασθεί ο ασθενής να περάσει πρώτα από την Γραμματεία ΤΕΠ για την τακτοποίηση των οικονομικών . Αλλιώς ο ασθενής μπορεί να χρειασθεί πρώτα να περάσει από την Γραμματεία ΤΕΠ για την τακτοποίηση των οικονομικών της εξέτασης και αφού γίνει αυτό στην συνέχεια να συνεχίσει για τα εργαστήρια. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών χρησιμοποιούνται για την ιατρική εξέταση / διάγνωση. Στα πλαίσια της ιατρικής εξέτασης, ο ιατρός ενημερώνει το βιβλίο επειγόντων με τα στοιχεία του ασθενή και περιστατικού. Η ενημέρωση του Μητρώου μπορεί να ξεκινήσει πριν την διενέργεια της ιατρικής εξέτασης με την απογραφή των δημογραφικών στοιχείων κλπ και να ολοκληρωθεί μετά το τέλος της εξέτασης με την καταγραφή της διάγνωσης, των ενεργειών κλπ. Στην περίπτωση που ο ασθενής πεθάνει, γίνεται η πιστοποίηση θανάτου του από τον ιατρό .

Τέλος, υπάρχει περίπτωση να αποφασιστεί διακομιδή του ασθενή οπότε αφού γίνουν οι σχετικές ενέργειες ο ασθενής ή ο συνοδός του ενδέχεται να περάσει από την Γραμματεία για την τακτοποίηση των οικονομικών .

- Υποδοχή / Ιεράρχηση Περιστατικού σε ΤΕΠ



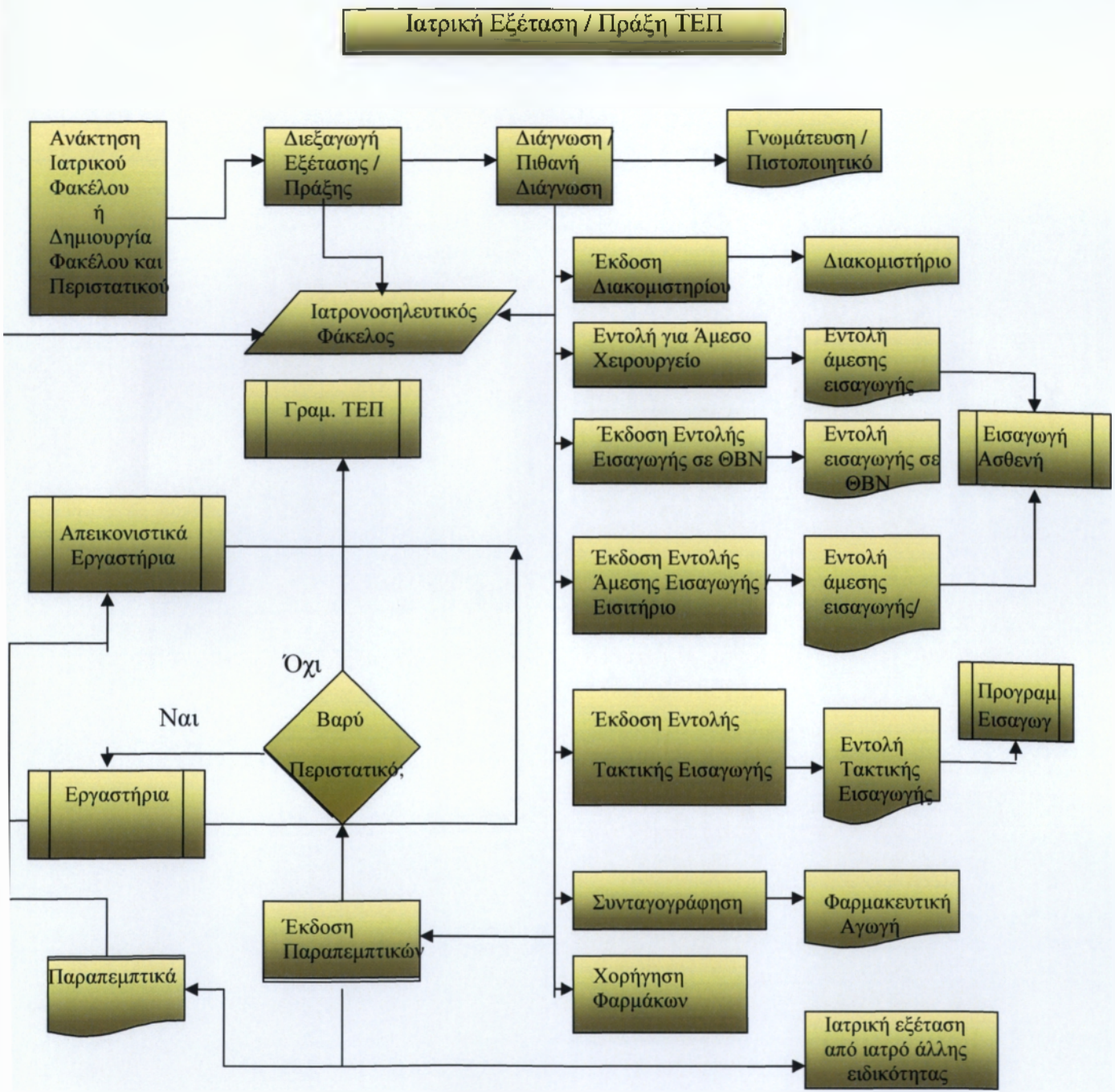
**Διάγραμμα Ροής 4.5 :** Υποδοχή / Ιεράρχηση Περιστατικού σε ΤΕΠ

Η διαδικασία αυτή και ανάλογα με την στελέχωση των ΤΕΠ μπορεί να γίνεται στην Γραμματεία ΤΕΠ από διοικητικό προσωπικό και ουσιαστικά συμπεριλαμβάνεται στην διαδικασία . Εναλλακτικά, κάποιες από τις ενέργειες που γίνονται στα πλαίσια της διαδικασίας μπορούν να γίνονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην υποδοχή των ΤΕΠ στα πλαίσια της παρούσας διαδικασίας. Η υλοποίηση της παρούσας διαδικασίας εξαρτάται από τον τρόπο οργάνωσης του φορέα .

Ο ασθενής προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, και το Διοικητικό ή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μέσω της διαδικασίας αναζητά και ανακτά αν υπάρχει την καρτέλα (φάκελο) του ασθενή. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει η καρτέλα γίνεται η δημιουργία με την καταγραφή των βασικών δημογραφικών ενώ υπάρχει η δυνατότητα και για δημιουργία καρτέλας για άγνωστο ασθενή .Δημιουργείται το περιστατικό στο σύστημα (στην περίπτωση που αυτό δεν έχει γίνει στην Γραμματεία ΤΕΠ) μέσω της διαδικασίας και καταγράφονται τα βασικά στοιχεία του περιστατικού (ώρα άφιξης, σύμπτωμα ).Πιθανόν γίνεται κάποια διαλογή του περιστατικού,

δίνεται κάποια προτεραιότητα στο περιστατικό ανάλογα με τη βαρύτητά του, γίνεται η ανάθεση του ασθενή σε ιατρείο, και ενημερώνεται κατάλληλα ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος του ασθενή. Ο ασθενής συνεχίζει με την ιατρική εξέταση.

- Ιατρική Εξέταση / Πράξη ΤΕΠ



Διάγραμμα Ροής 4.6 : Ιατρική Εξέταση / Πράξη ΤΕΠ

Εάν είναι εφικτό λόγω της βαρύτητας του περιστατικού πραγματοποιείται ανάκτηση του ιατρονοσηλευτικού φακέλου του ασθενή βάση συγκεκριμένων κριτηρίων όπως στοιχεία ασθενή (ονοματεπώνυμο κλπ). Η δημιουργία του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή στην περίπτωση που δεν υπήρχε φάκελος, ή αν υπήρχε, η ανάκτηση του, και η δημιουργία του περιστατικού γίνονται είτε στην Γραμματεία ΤΕΠ από διοικητικό προσωπικό είτε στα πλαίσια της υποδοχής / ιεράρχησης του περιστατικού από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην υποδοχή των ΤΕΠ. Εναλλακτικά, οι ενέργειες αυτές μπορούν να γίνουν και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μέσα στο ιατρείο στα πλαίσια της εξέτασης. Πραγματοποιείται η διεξαγωγή της εξέτασης και ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος . Ο ιατρός πραγματοποιεί την πιθανή διάγνωση σε σχέση με τα αποτελέσματα της εξέτασης και στη συνέχεια μπορεί να γίνει κάτι από τα παρακάτω:

- Να συνταχθεί-εκδοθεί το σχετικό διακομιστήριο προς άλλο φορέα
- Να συνταχθεί - εκδοθεί εντολή για άμεσο χειρουργείο . Το Γραφείο Κίνησης ενημερώνεται αυτόματα με τα δεδομένα του εισιτηρίου και συνεχίζει με την διαδικασία της εισαγωγής.
- Να συνταχθεί - εκδοθεί εντολή για εισαγωγή σε .Θ.Β.Ν.
- Να συνταχθεί - εκδοθεί εντολή για άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ουσιαστικά στα πλαίσια της ενέργειας αυτής, ο ιατρός ξεκινά να γράφει το εισιτήριο της εισαγωγής. Η διαδικασία συνεχίζει με την Εισαγωγή Ασθενή (Το Γραφείο Κίνησης ενημερώνεται αυτόματα με τα δεδομένα του εισιτηρίου και συνεχίζει με την διαδικασία της εισαγωγής) .
- Να συνταχθεί - εκδοθεί Εντολή Τακτικής Εισαγωγής . Η διαδικασία συνεχίζει με τον προγραμματισμό εισαγωγής
- Να δοθούν οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή και να συνταχθεί η κατάλληλη συνταγογράφηση στο βιβλιάριο του ασθενή . Ο ιατρός αν θέλει μπορεί να ενημερώσει τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή με τα σχετικά φάρμακα .
- Να χορηγηθούν φάρμακα στον ασθενή .
- Να ζητηθούν επιπλέον εξετάσεις (ιατρικές, εργαστηριακές, απεικονιστικές κλπ) με την

έκδοση των κατάλληλων παραπεμπτικών .

ο Επιπλέον, αν το παραπεμπτικό έχει καταγραφεί στο σύστημα στα ΤΕΠ, η Γραμματεία ΤΕΠ ενημερώνεται αυτόματα με τα δεδομένα του παραπεμπτικού.

ο Επίσης, η παραπομπή μπορεί να αφορά εξέταση του ασθενή από ιατρό άλλης ειδικότητας . Το παραπεμπτικό εκτυπώνεται και δίνεται στον ασθενή. Στην περίπτωση βαρέων περιστατικών οι ιατροί καλούνται και έρχονται στο θάλαμο για την εξέταση του ασθενή χωρίς να χρειάζεται ο ασθενής να μεταβαίνει σε αυτούς.

- Να συνταχθεί -εκδοθεί γνωμάτευση/πιστοποιητικό .

Σε περίπτωση που χρειάζονται επιπλέον εξετάσεις, ο ασθενής τις πραγματοποιεί στα ανάλογα τμήματα. Με την έκδοση των αποτελεσμάτων από τα εργαστήρια, αυτά αποστέλλονται ηλεκτρονικά και ενημερώνουν τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή . Τα δεδομένα των παραπάνω ενεργειών ενημερώνουν τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο. Μέσω του ΟΠΣ, τα δεδομένα αυτά όπως πχ εισιτήριο εισαγωγής, ή παραπεμπτικά εργαστηριακών εξετάσεων είναι διαθέσιμα στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου από τα οποία πρόκειται να περάσει στην συνέχεια ο ασθενής για να ολοκληρωθούν οι αντίστοιχες διαδικασίες (πχ το εισιτήριο είναι διαθέσιμο αυτόματα στο Γραφείο Κίνησης όπου και διεκπεραιώνεται η διαδικασία της εισαγωγής, τα παραπεμπτικά των εργαστηριακών εξετάσεων είναι διαθέσιμα αυτόματα στη Γραμματεία ΤΕΠ και τα εργαστήρια όπου γίνεται η χρέωση και η διενέργεια των εξετάσεων).

- Ενημέρωση Βιβλίου Επειγόντων

Ενημέρωση Βιβλίου Επειγόντων

Καταχώρηση στο  
Βιβλίο Επειγόντων

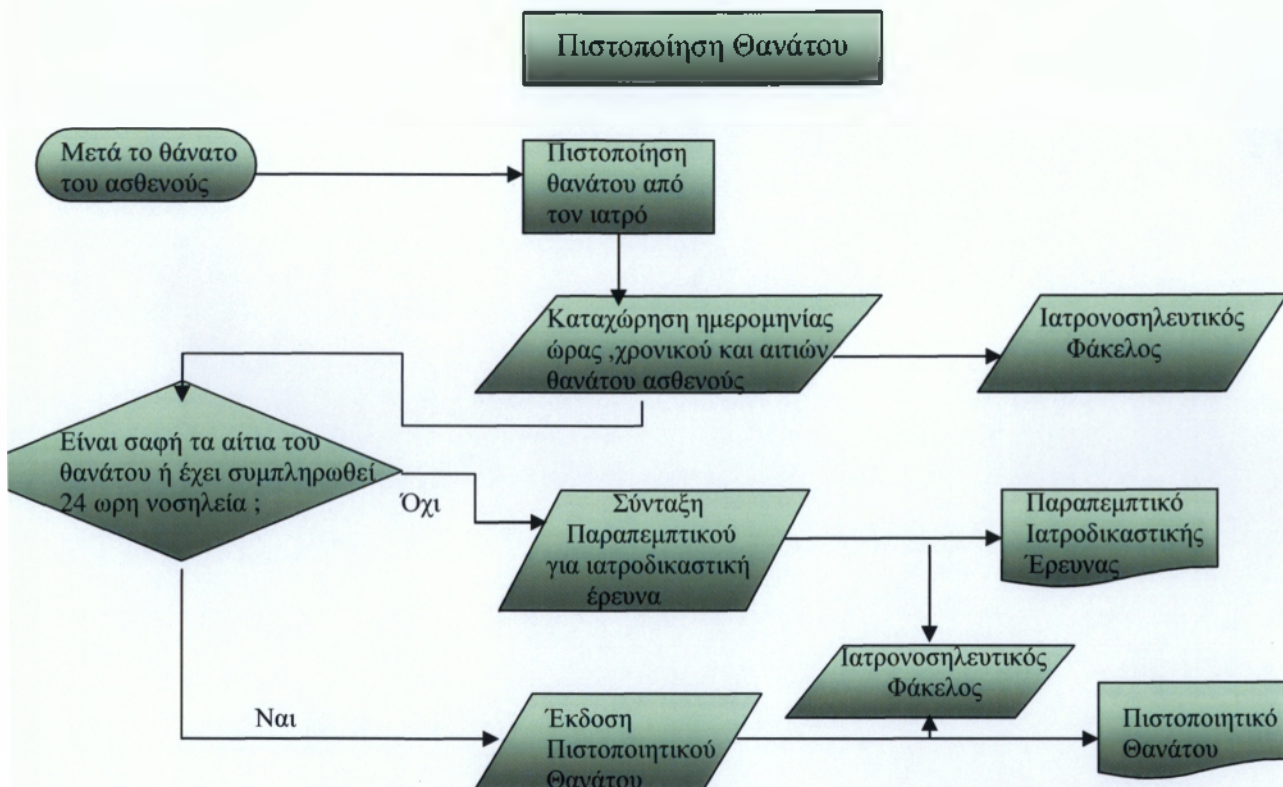
**Διάγραμμα Ροής 4.7 :** Ενημέρωση Βιβλίου Επειγόντων

## Αναλυτική περιγραφή διαδικασίας

A. Ο ιατρός καταγράφει στο Βιβλίο επειγόντων:

1. Τα στοιχεία του ασθενή
2. Ημερομηνία εξέτασης
3. Τη διάγνωση
4. Οδηγίες

- Πιστοποίηση Θανάτου



**Διάγραμμα Ροής 4.8 :** Πιστοποίηση Θανάτου

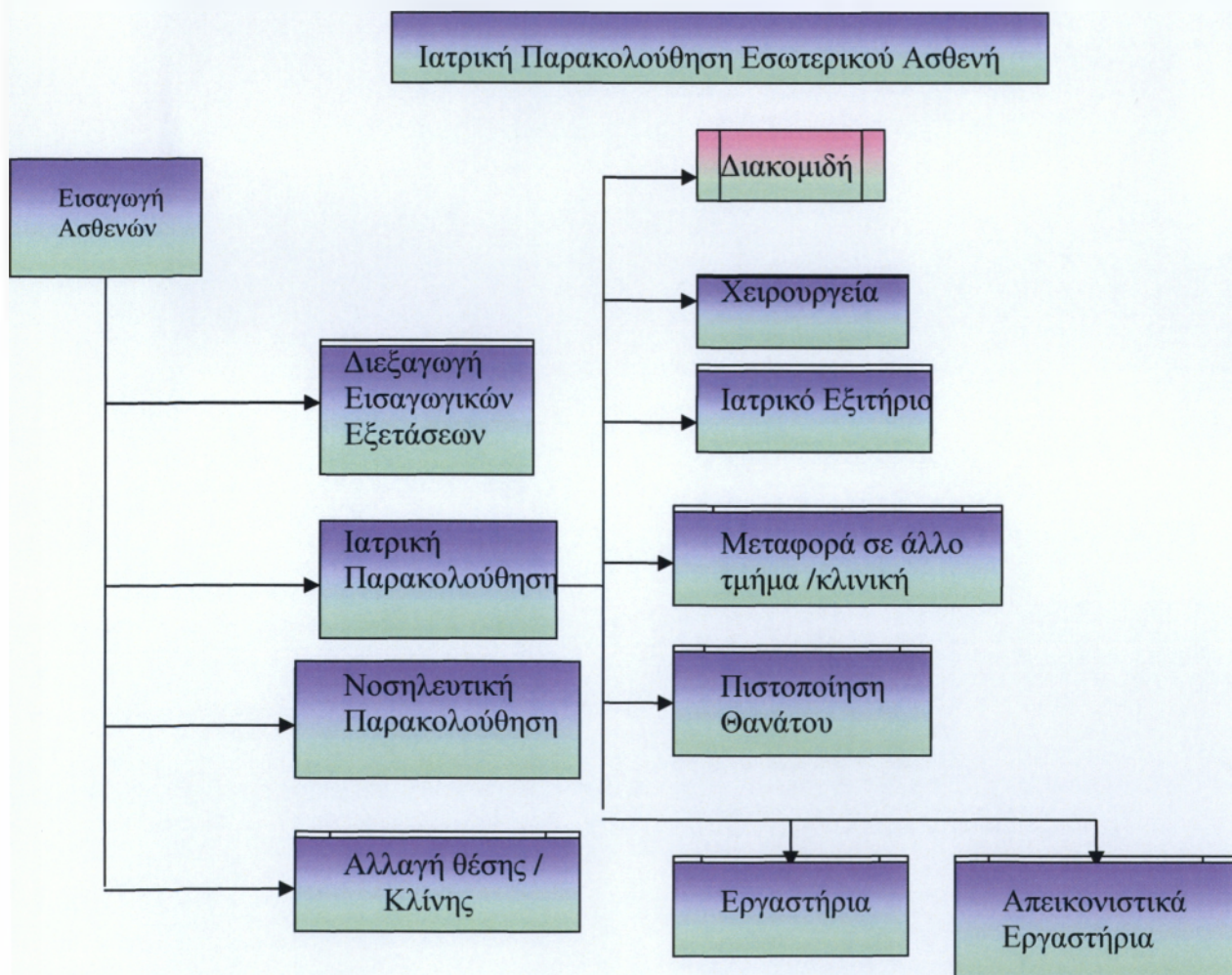
Μετά το θάνατο του ασθενή, ο ιατρός πιστοποιεί τον θάνατό του γίνεται η καταγραφή της ημερομηνίας και ώρας θανάτου, χρονικού και αιτίας θανάτου και ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος .Αν ο ασθενής δεν έχει συμπληρώσει 24ωρη νοσηλεία ή γενικώς αν τα αίτια του θανάτου του είναι ασαφή, καταγράφεται και εκδίδεται το παραπεμπτικό



ιατροδικαστικής έρευνας . Αν ο ασθενής έχει συμπληρώσει 24ωρη νοσηλεία ή αν τα αίτια του θανάτου του είναι σαφή, εκδίδεται το πιστοποιητικό θανάτου σε όσα αντίτυπα χρειάζεται, είτε για να δοθούν στους συγγενείς του ασθενή, είτε να μπουν στο φάκελο και όπου αλλού χρειαστεί. Στην περίπτωση αυτή μπορεί αν χρειαστεί να ζητηθεί ιατροδικαστική έρευνα. Επίσης υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να μην έχει συμπληρώσει 24ωρη νοσηλεία και επειδή είναι γνωστός στο νοσοκομείο να μην χρειαστεί να γίνει ιατροδικαστική έρευνα αλλά να γίνει κανονικά έκδοση πιστοποιητικού.

#### 4.1.3 Ιατρική Παρακολούθηση Εσωτερικού Ασθενή

- Ιατρική Παρακολούθηση Εσωτερικού Ασθενή



Διάγραμμα Ροής 4.9 : Ιατρική Παρακολούθηση Εσωτερικού Ασθενή

Γίνεται η εισαγωγή του ασθενή από τη γραφείο κίνησης . Πρώτα, ανάλογα με τη κλινική που εισάγεται ο ασθενής, του γίνονται κάποιες εξετάσεις . Ο ιατρός εξετάζει τον ασθενή κατά τακτά χρονικά διαστήματα και δίνει τις ιατρικές οδηγίες . Με βάση τις οδηγίες αυτές ο ασθενής μπορεί να διακομιστεί σε άλλο νοσοκομείο, μπορεί να χειρουργηθεί εάν χρειαστεί , να πάρει ιατρικό εξιτήριο για να βγει από τα νοσοκομείο ή να μεταφερθεί σε άλλα τμήμα / κλινική . Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας οι νοσηλεύτριες εκτελούν τις ιατρικές οδηγίες για να γίνουν π.χ. αιματολογικές μετρήσεις ζωτικών σημείων, εξετάσεις κλπ. Επίσης μπορεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή να μεταφερθεί σε άλλη θέση/ κλίνη (πχ επειδή δεν υπήρχαν αρχικά κλίνες στη θέση που επιθυμούσε) . Στη περίπτωση που ο ασθενής απεβίωσε, γίνεται η πιστοποίηση θανάτου του από τον ιατρό. Τέλος, στα πλαίσια της ιατρικής παρακολούθησης των εσωτερικών ασθενών γίνεται η έκδοση παραπεμπτικών για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις στα διάφορα εργαστήρια .

- Διεξαγωγή Εισαγωγικών Εξετάσεων

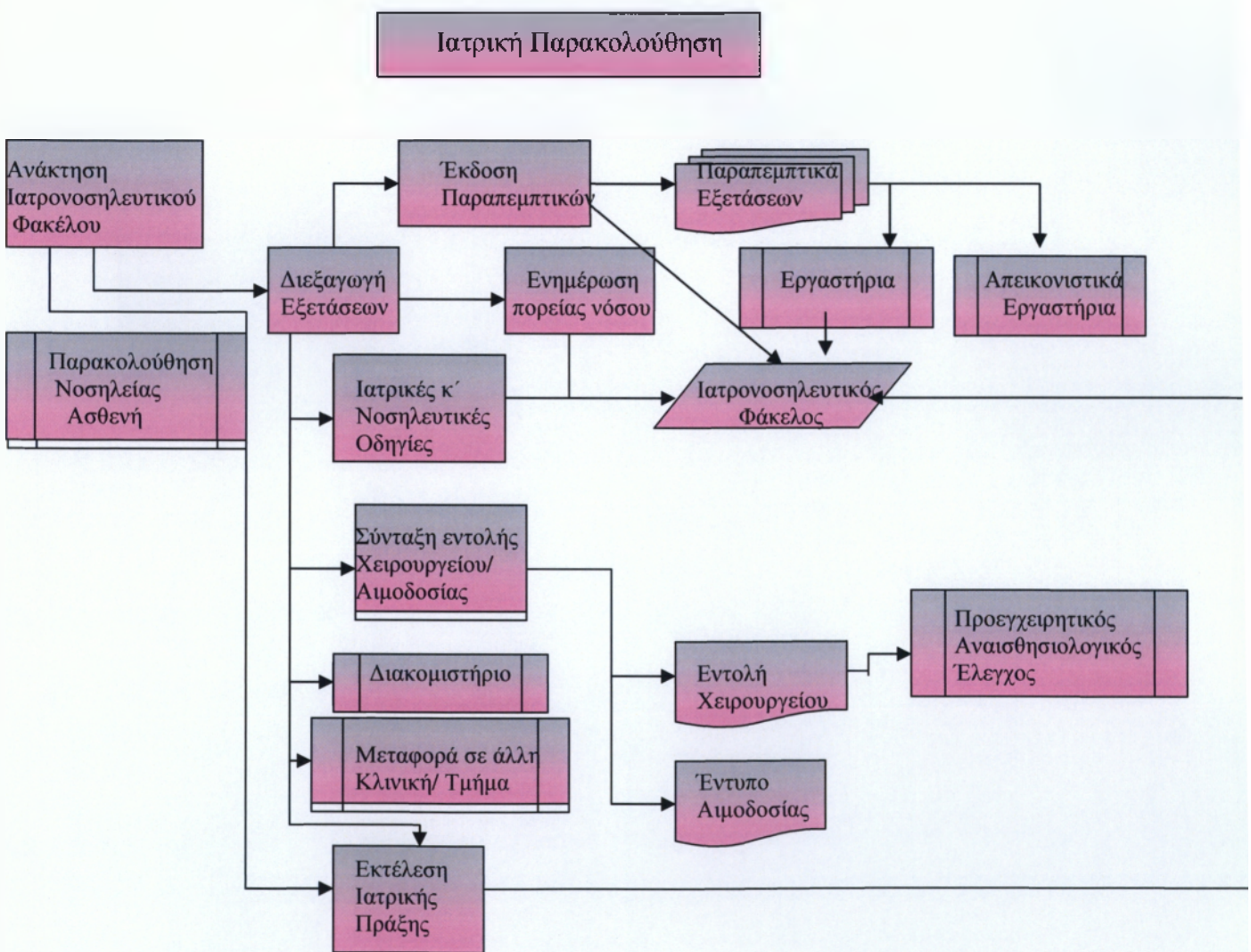


**Διάγραμμα Ροής 4.10 :** Διεξαγωγή Εισαγωγικών Εξετάσεων

Μετά την εισαγωγή του ασθενούς, και ανάλογα με το τμήμα / κλινική που θα εισαχθεί π.χ. χειρουργικό, ο ασθενής πρέπει να κάνει κάποιες εισαγωγικές εξετάσεις (ακτινογραφία,

καρδιογράφημα, αιματολογικές /βιοχημικές κλπ). Για τις εξετάσεις αυτές δημιουργούνται παραπεμπτικά. (Τα παραπεμπτικά που αφορούν τα εργαστήρια που περιλαμβάνονται στο έργο μπορούν να αποστέλλονται ηλεκτρονικά). Εάν η εξέταση είναι παρακλινική ο ασθενής κατευθύνεται στο ανάλογο (απεικονιστικό) τμήμα για να γίνει η εξέταση. Εάν η εξέταση είναι εργαστηριακή γίνεται η λήψη δείγματος και το δείγμα μαζί με τα παραπεμπτικά στέλνεται στο εργαστήριο. (Τα παραπεμπτικά αποστέλλεται ηλεκτρονικά)

- Ιατρική Παρακολούθηση

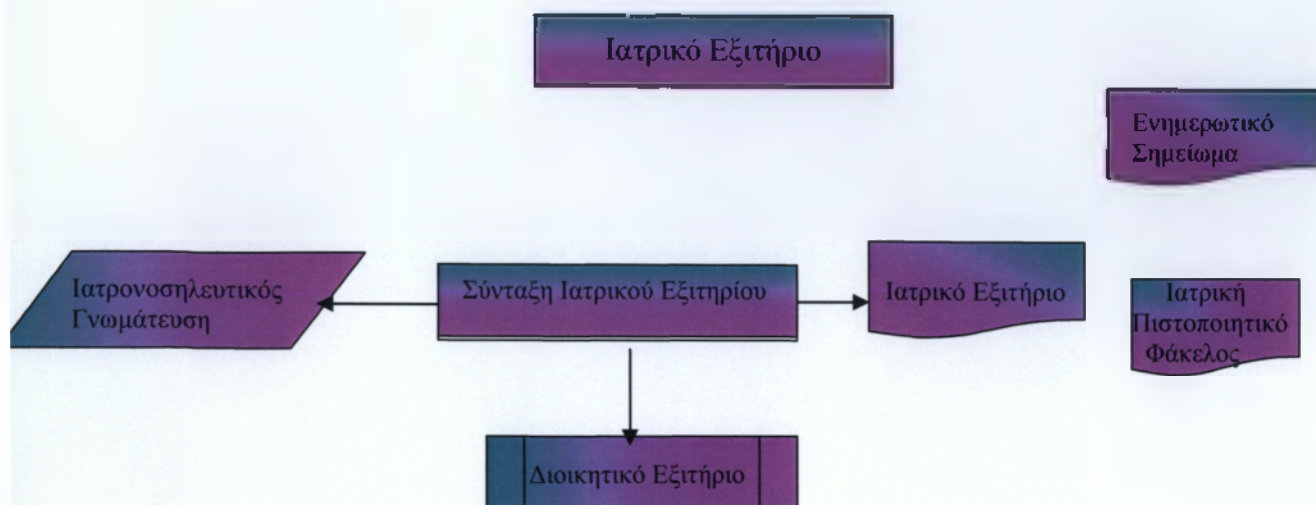


Διάγραμμα Ροής 4.11 : Ιατρική Παρακολούθηση

Ο ιατρός ενημερώνεται από τον φάκελο του ασθενούς σχετικά με την πορεία του, τα αποτελέσματα εξετάσεων, κλπ. .Ο ιατρός εξετάζει τον ασθενή και ενημερώνει τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενούς σχετικά με τη πορεία νόσου του ασθενή.

Έπειτα καταγράφει τις ιατρικές οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό και ενημερώνεται με αυτές ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος. Οι οδηγίες μπορεί να αφορούν τη λήψη ζωτικών σημείων, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την διενέργεια εξετάσεων, κλπ. Με βάση αυτές τις οδηγίες γίνεται η παρακολούθηση της νοσηλείας του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την οποία τα νοσηλευτικό προσωπικό έχει πρόσβαση μέσω του συστήματος στις ιατρικές οδηγίες. Εάν ο ασθενής πρόκειται να μπει στο χειρουργείο, ο ιατρός πρώτα συμπληρώνει το έντυπο της αιμοδοσίας για τον αριθμό των φιαλών αίματος που θα χρειαστούν και στη συνέχεια δίνει την εντολή για το χειρουργείο. Στη συνέχεια πραγματοποιείται ο προεγχειρητικός αναισθησιολογικός έλεγχος . Στη περίπτωση που το περιστατικό δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από το νοσοκομείο, και πρέπει ο ασθενής να πάει σε άλλο νοσοκομείο, χρησιμοποιείται η διαδικασία έκδοσης διακομιστηρίου . Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να χρειασθεί να γίνει μεταφορά ασθενή. Συνήθως ο ιατρός δίνει την εντολή και το νοσηλευτικό προσωπικό την καταγράφει και την εκτελεί ύστερα από επικοινωνία με την άλλη κλινική. Η κλινική στην οποία πρόκειται να μεταφερθεί ο ασθενής ενημερώνεται αυτόματα για την μεταφορά. Επίσης υπάρχει αυτόματη ενημέρωση του Γραφείου Κίνησης αλλά και του λογιστηρίου ασθενή ώστε οι χρεώσεις να γίνονται με βάση την νέα θέση του ασθενή . Ο ιατρός μπορεί να εκτελέσει ιατρικές πράξεις και να ενημερώσει με αυτές τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο. Στα πλαίσια της εσωτερικής νοσηλείας του ασθενή, γίνεται η έκδοση παραπεμπτικών εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων και η σχετική ενημέρωση του φακέλου του ασθενή . Με το ΟΠΣ, τα παραπεμπτικά προς τα εργαστηριακά τμήματα αποστέλλονται ηλεκτρονικά. Στην εκτέλεση των εξετάσεων (αιμοληψία) συμμετέχει και το νοσηλευτικό προσωπικό στα πλαίσια της παρακολούθησης νοσηλείας εσωτερικού ασθενή. Τα αποτελέσματα από τα εργαστήρια αποστέλλονται ηλεκτρονικά στον φάκελο του ασθενή .

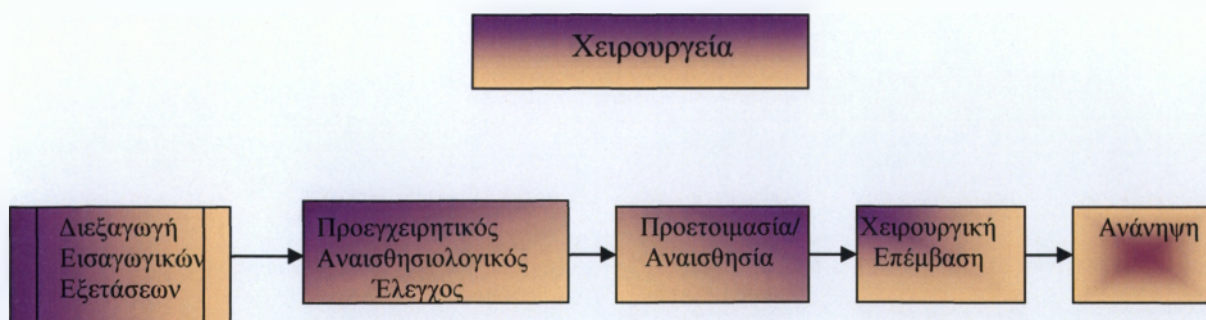
- Ιατρικό Εξιτήριο



**Διάγραμμα Ροής 4.12 :** Ιατρικό Εξιτήριο

Ο ιατρός συντάσσει τα ιατρικό εξιτήριο και ενημερώνεται ο ιατρικός φάκελος με τα δεδομένα των εξιτηρίου . Με την ενέργεια αυτή ουσιαστικά ξεκινά από την κλινική η διαδικασία εξόδου του ασθενή. Επίσης γίνεται η σύνταξη και έκδοση του ενημερωτικού σημειώματος και της ιατρικής γνωμάτευσης τα οποία δίνονται στον ασθενή. Το εξιτήριο αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο Γραφείο Κίνησης το οποίο ενημερώνεται αυτόματα για την έναρξη της διαδικασίας εξόδου και ολοκληρώνει την διαδικασία εξόδου .

#### 4.1.4 Χειρουργεία

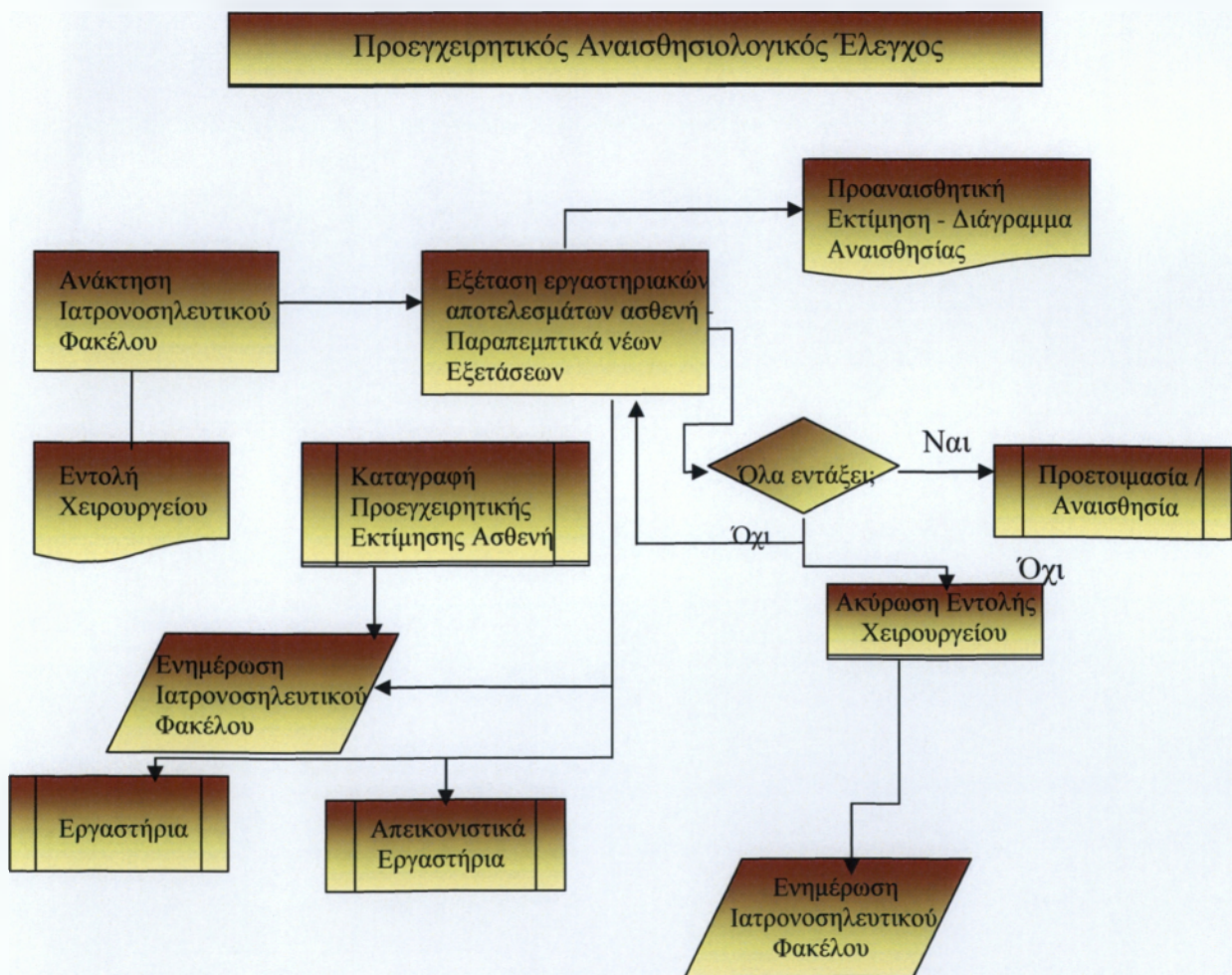


**Διάγραμμα Ροής 4.13 :** Χειρουργεία

Ο ασθενής εισάγεται για κάποια χειρουργική επέμβαση ένα 24ωρο πριν όπου γίνονται

κάποιες εισαγωγικές εξετάσεις (καρδιογράφημα, ακτινογραφία, αιματολογικές-βιοχημικές, άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις). Τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών τα εξετάζει ο αναισθησιολόγος μαζί με τον χειρουργό ιατρό στα πλαίσια του προεγχειρητικού / αναισθησιολογικού ελέγχου . Στα πλαίσια αυτού του ελέγχου μπορεί να γίνουν και επιπλέον εξετάσεις. Αν ο αναισθησιολόγος σε συνεργασία με τον χειρουργό-ιατρό δώσουν τη συγκατάθεση τους για την διεξαγωγή της εγχείρισης, γίνεται η προετοιμασία του ασθενή και στη συνέχεια γίνεται η χειρουργική επέμβαση . Μετά το τέλος της επέμβασης και πριν την μεταφορά του ασθενή στην κλινική γίνεται η ανάνηψη του ασθενή .

- Προεγχειρητικός Αναισθησιολογικός Έλεγχος



Διάγραμμα Ροής 4.14 : Προεγχειρητικός Αναισθησιολογικός Έλεγχος

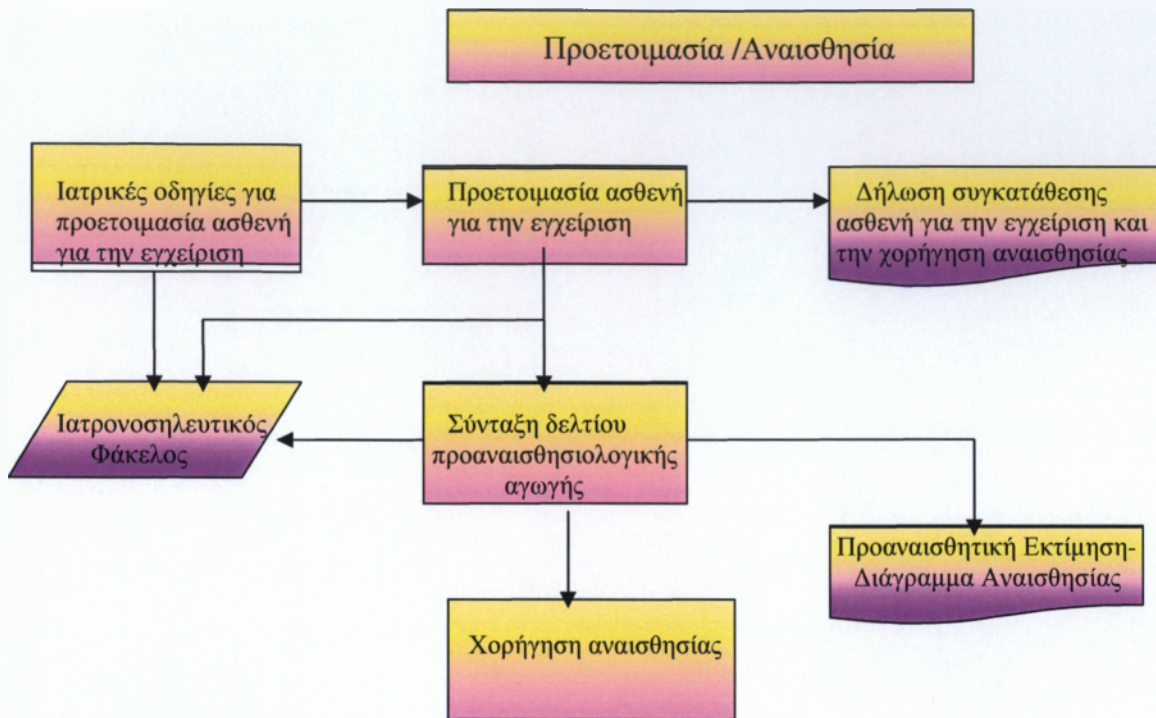
Η διαδικασία αυτή γίνεται όσο ακόμη ο ασθενής βρίσκεται στην κλινική πριν οριστικοποιηθεί η διενέργεια της εγχείρισης.

Ο χειρουργός ιατρός έχει δώσει εντολή για εκτέλεση χειρουργείου στον ασθενή. Γίνεται ανάκτηση του ιατρονοσηλευτικού φακέλου όπου έχουν αποθηκευτεί τα εργαστηριακά αποτελέσματα των εισαγωγικών εξετάσεων του ασθενή. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά ενημερώνεται ο αναισθησιολόγος με τον χειρουργό ιατρό. Πραγματοποιείται η εξέταση των εισαγωγικών εργαστηριακών αποτελεσμάτων του ασθενή από τον αναισθησιολόγο και το ιατρικό προσωπικό. Καταγράφεται χειρόγραφα η προαναισθητική εκτίμηση το σχετικό έντυπο (προαναισθητικής εκτίμησης — Διάγραμμα Αναισθησίας).

Αν κριθεί απαραίτητο ο αναισθησιολόγος ή ο χειρουργός ιατρός μπορεί να δώσει εντολή για εκτέλεση κάποιων επιπλέον εξετάσεων . Τα αποτελέσματα αποστέλλονται επίσης ηλεκτρονικά στην περίπτωση των εργαστηριακών τμημάτων (πλην των απεικονιστικών) . Ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος του ασθενή με τα δεδομένα των εργαστηριακών εξετάσεων.

Παράλληλα, με την παραπάνω ενέργεια, γίνεται η προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό της χειρουργικής κλινικής ή και του αναισθησιολογικού τμήματος. Με την παραλαβή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων ο αναισθησιολόγος ή ο χειρουργός μπορεί να ζητήσει επανάληψη κάποιων εξετάσεων να ακυρώσει το χειρουργείο ή να δώσει την άδεια για την πραγματοποίησή του, οπότε σε αυτή την περίπτωση θα ακολουθήσει η διαδικασία προετοιμασίας για χειρουργείο . Ενημερώνεται ο φάκελος του ασθενή.

- Προετοιμασία / Αναισθησία



**Διάγραμμα Ροής 4.15 :** Προετοιμασία / Αναισθησία

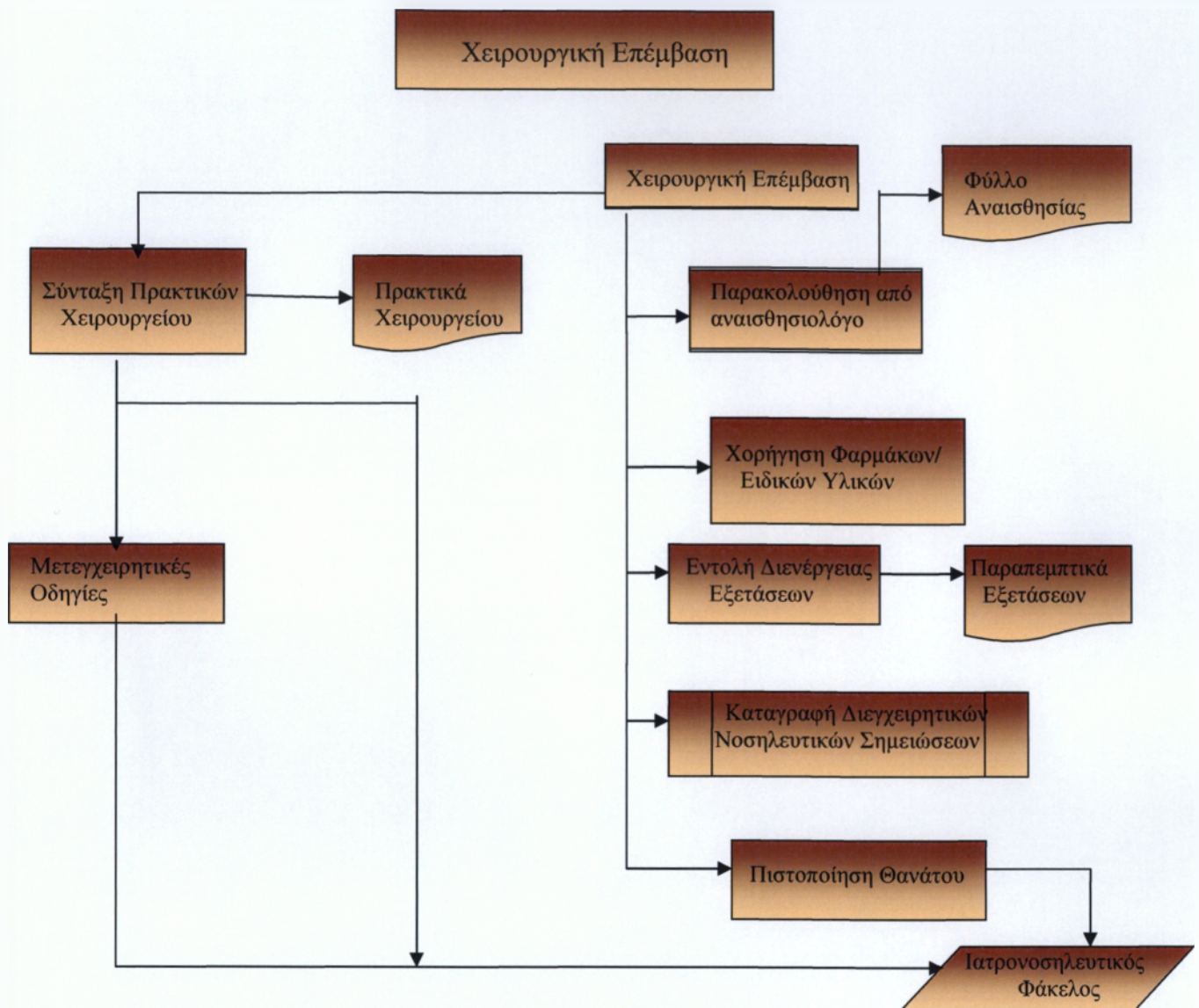
Η διαδικασία αυτή εκτελείται εν μέρει στην κλινική και εν μέρει στο χειρουργείο.

Ο θεράπων ιατρός δίνει οδηγίες για την εγχείριση σχετικά με την προετοιμασία του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό και πιθανόν τις καταγράφει στον φάκελο του ασθενή .

Το νοσηλευτικό προσωπικό προετοιμάζει τον ασθενή για την εγχείριση (ξύρισμα, υποκλεισμός κλπ). Στα πλαίσια της προετοιμασίας καταγράφεται και τυπώνεται η Δήλωση συγκατάθεσης του ασθενή για την εγχείριση και την Χορήγηση Αναισθησίας και δίνεται στον ασθενή για υπογραφή . Ο αναισθησιολόγος συντάσσει χειρόγραφα το Διάγραμμα Αναισθησίας . Ο αναισθησιολόγος χορηγεί την αναισθησία .



- Χειρουργική Επέμβαση



**Διάγραμμα Ροής 4.16 :** Χειρουργική Επέμβαση

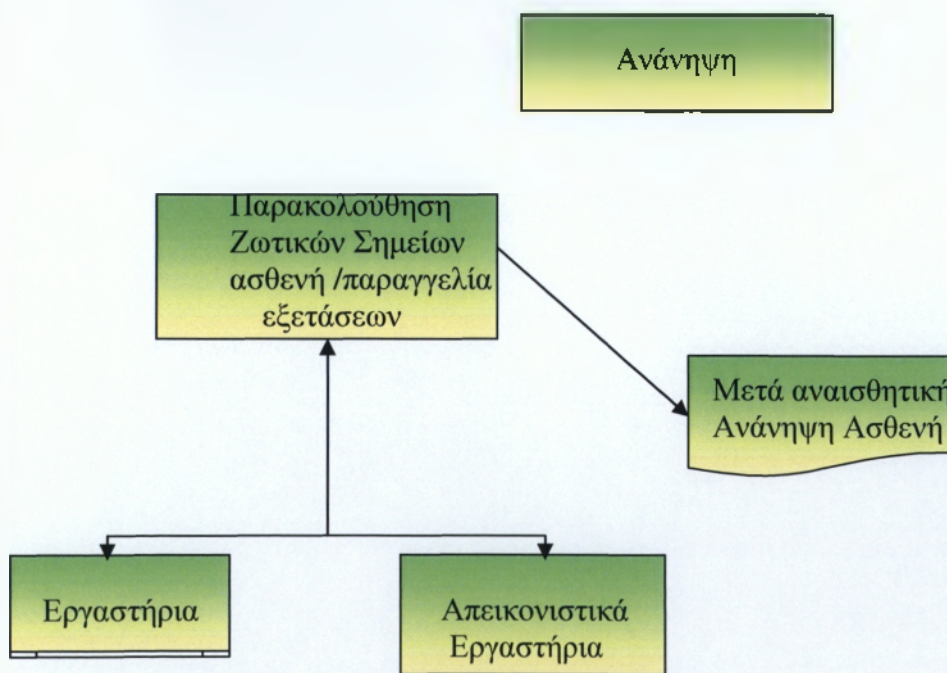
Κάποια βήματα αυτής της διαδικασίας εκτελούνται την στιγμή της εγχείρησης και κάποια άλλα στην κλινική όπου μεταφέρεται ο ασθενής μετά το τέλος της εγχείρησης εκτελείται η χειρουργική επέμβαση από το χειρουργό και τους βοηθούς του.

Μετά το τέλος της επέμβασης, ο χειρουργός συντάσσει τα πρακτικά χειρουργείου και ενημερώνει τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενή . Μετά το τέλος της επέμβασης ο Χειρουργός καταγράφει τις μετεγχειρητικές οδηγίες και ενημερώνει τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο

του ασθενή .Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ο αναισθησιολόγος παρακολουθεί τη κατάσταση του ασθενή και καταγράφει το σχετικό έντυπο του διαγράμματος αναισθησίας το οποίο είναι μέρος των πρακτικών του χειρουργείου .Εάν χρειάζεται κατά τη διάρκεια της επέμβασης μπορεί να χορηγηθούν φάρμακα και ειδικά υλικά στον ασθενή. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ο Χειρουργός μπορεί να κρίνει ότι χρειάζονται εξετάσεις όπως π.χ. μια ακτινογραφία ή κάποια ιστολογική εξέταση οπότε γίνεται η καταγραφή των σχετικών παραπεμπτικών (η καταγραφή παραπεμπτικών που αφορούν εξετάσεις που γίνονται μετά το τέλος της εγχείρησης όπως πχ μια παθολογοανατομική, μπορεί να γίνεται στο σύστημα και να τυπώνεται το σχετικό παραπεμπτικό) .

Κατά την διάρκεια της επέμβασης, το νοσηλευτικό προσωπικό που παρίσταται στην επέμβαση καταγράφει τα φάρμακα και υλικά αναισθησίας καθώς και τα υγειονομικά υλικά της εγχείρησης στις σχετικές καρτέλες .Στη περίπτωση που ο ασθενής πεθάνει, γίνεται η πιστοποίηση θανάτου από το χειρουργό και ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος .

- Ανάνηψη

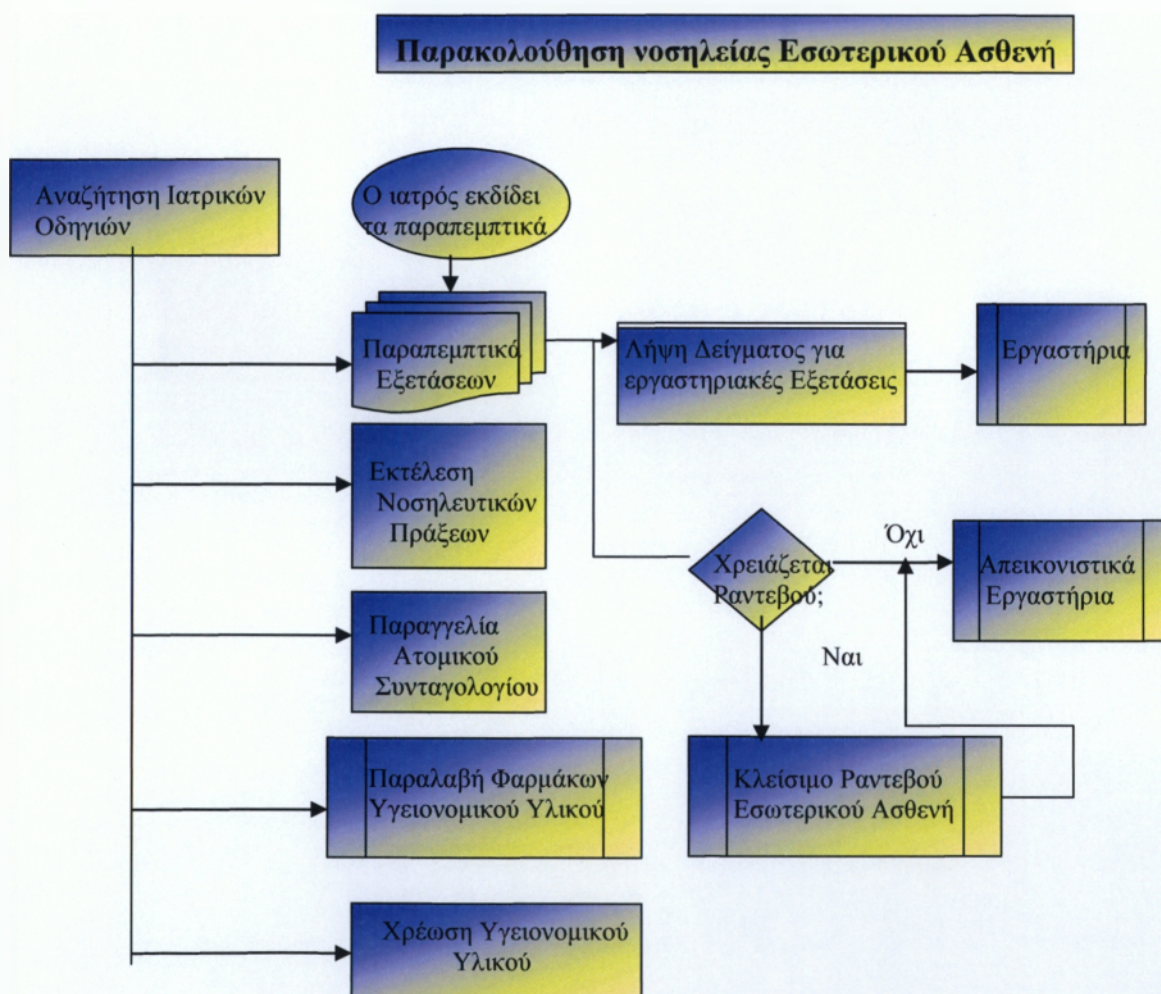


Διάγραμμα Ροής 4.17 : Ανάνηψη

Μετά την επέμβαση και πριν βγει ο ασθενής από το χώρο του χειρουργείου, μεταφέρεται στο χώρο της ανάνηψης όπου γίνεται παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή, μέχρι να τελειώσει η ανάνηψη του. Ο αναισθησιολόγος που παρακολουθεί τον ασθενή μπορεί να ζητήσει τη διενέργεια εξετάσεων. Επίσης καταγράφεται το έντυπο της Μετααναισθητικής Ανάνηψης Ασθενή.

## 4.2 Νοσηλευτική Περίθαλψη

### 4.2.1 Παρακολούθηση Νοσηλείας Εσωτερικού Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.18 :** Παρακολούθηση νοσηλείας Εσωτερικού Ασθενή

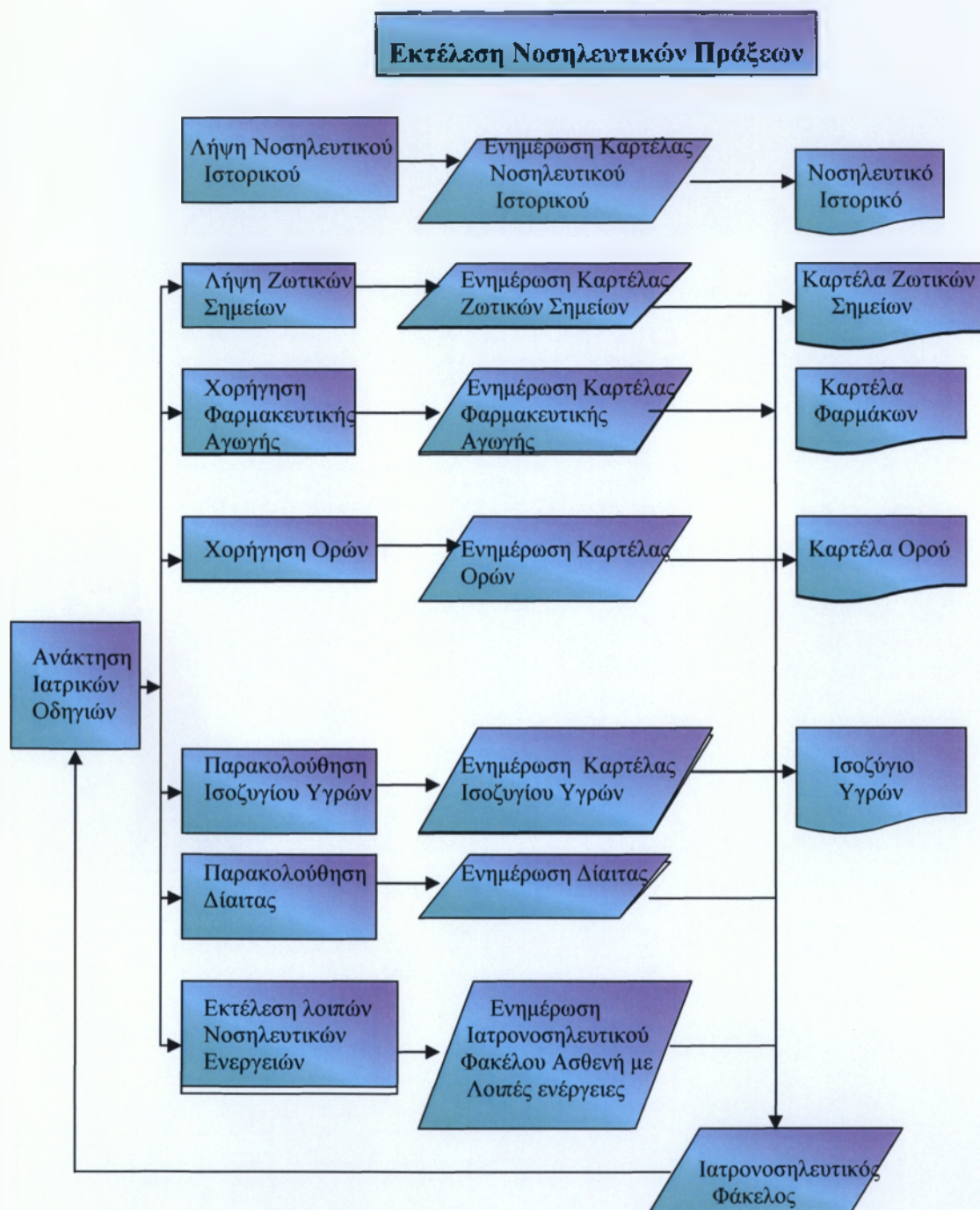
Οι νοσηλεύτριες στις κλινικές βλέπουν για κάθε ασθενή τις ιατρικές οδηγίες που έχουν

αποθηκευτεί στον αντίστοιχο ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενή και με βάση αυτές προχωρούν στην εκτέλεσή τους στα πλαίσια διαχείρισης του ασθενή. Εάν ο γιατρός έχει πει να γίνουν εξετάσεις, και με βάση τα παραπεμπτικά που έχουν εκδοθεί από τον ιατρό, παίρνουν το δείγμα από τον ασθενή και το στέλνουν στο εργαστήριο μαζί με το παραπεμπτικό ή αναλαμβάνουν να μεταφερθεί ο ασθενής στο απεικονιστικό τμήμα για να γίνει η εξέταση αφού πρώτα κλεισθεί ραντεβού εφόσον απαιτείται από το εργαστήριο. Η αποστολή των παραπεμπτικών προς τα εργαστηριακά τμήματα πλην των απεικονιστικών γίνεται και ηλεκτρονικά. Στην περίπτωση αυτή και στα πλαίσια των εξετάσεων οι οποίες απαιτούν την λήψη δείγματος, κατά την έκδοση των παραπεμπτικών γίνεται αυτόματα η έκδοση των κωδικών (barcodes) οι οποίοι χρησιμοποιούνται για την ταυτοποίηση των δειγμάτων. Οι κωδικοί αυτοί τυπώνονται από ειδικούς εκτυπωτές που υπάρχουν στην κλινική και το νοσηλευτικό /ιατρικό προσωπικό που κάνει την λήψη δείγματος αναλαμβάνει να κολλήσει τα καρτελάκια πάνω στα μπουκαλάκια με τα δείγματα). Επιπλέον, στα πλαίσια της καθημερινής παρακολούθησης των ασθενών, το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί νοσηλευτικές πράξεις με βάση τις ιατρικές οδηγίες.

Στα πλαίσια χορήγησης φαρμάκων στον ασθενή ή χρήσης υγειονομικών υλικών, η προϊστάμενη της κλινικής συντάσσει πρώτα τα ατομικά συνταγολόγια με τα οποία γίνονται οι παραγγελίες των φαρμάκων και των υγειονομικών υλικών εκτός κλειστού νοσηλίου στο φαρμακείο ή το τμήμα Διαχείρισης Υλικού του Νοσοκομείου. (Με βάση τα ατομικά συνταγολόγια γίνεται η χρέωση του ασθενή κατά την έξοδο). Η προϊστάμενη της κλινικής κάνει την παραλαβή των φαρμάκων και υγειονομικών υλικών από τα φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού.

Στην περίπτωση που κάποια υγειονομικά υλικά έχουν παραγγελθεί μαζικά με χρέωση στην κλινική αλλά στην συνέχεια χρειάζεται να χρεωθούν εσωτερικά σε συγκεκριμένους ασθενής, η Νοσηλευτική Υπηρεσία καταγράφει τα υγειονομικά υλικά που χρησιμοποιήθηκαν ανά ασθενή.

- Εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων



**Διάγραμμα Ροής 4.19 :** Εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων

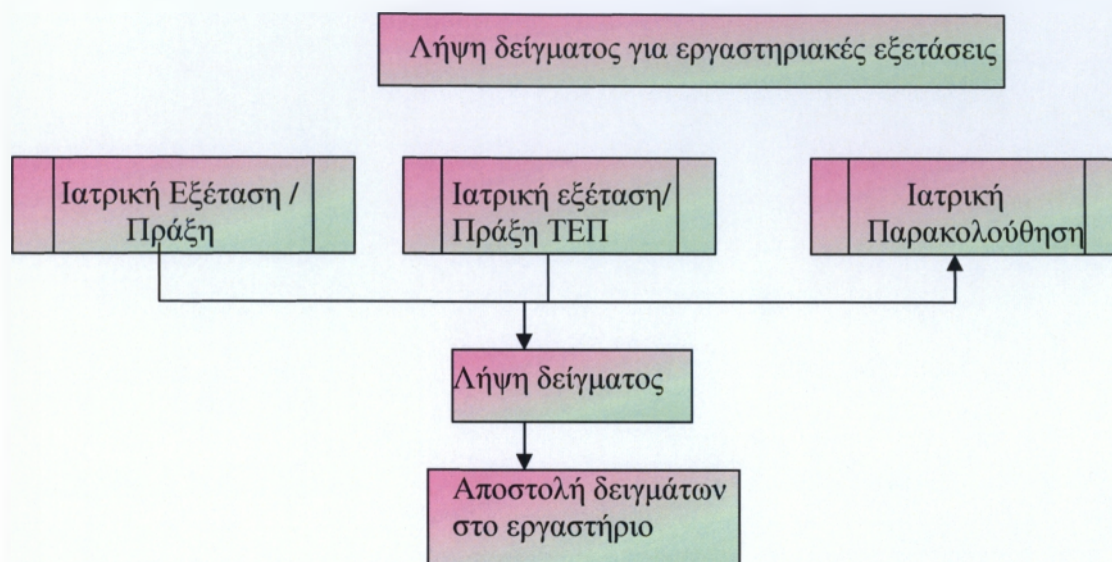
Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων στις κλινικές στα πλαίσια της καθημερινής νοσηλείας του ασθενή. Κατά την εισαγωγή του ασθενή στην κλινική το νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφει το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενή. Στα

πλαίσια της καθημερινής παρακολούθησης του ασθενή, το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει ανάκτηση των ιατρικών οδηγιών που έχουν καταχωρηθεί στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενή και με βάση τις ιατρικές οδηγίες εκτελεί διάφορες νοσηλευτικές πράξεις. Επίσης πολλές από τις νοσηλευτικές πράξεις που θεωρούνται πράξεις ρουτίνας εκτελούνται χωρίς να υπάρχουν οι αντίστοιχες οδηγίες. Πιο συγκεκριμένα γίνονται τα εξής :

- 1 Όταν έρθει η ώρα της κάθε μέτρησης γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή (π.χ. θερμοκρασία, σφύξεις, πίεση κλπ) .
- 2 Γίνεται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και καταγραφή της αντίστοιχης ενέργειας στην σχετική καρτέλα χορήγησης φαρμάκων .
- 3 Γίνεται χορήγηση ορών και καταγραφή της αντίστοιχης ενέργειας στην σχετική καρτέλα .
- 4 Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών και καταγραφή των δεδομένων προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών στη σχετική καρτέλα .
- 5 Παρακολούθηση και καταγραφή διαίτας .
- 6 Εκτέλεση λοιπών νοσηλευτικών ενεργειών ανάλογα με την περίπτωση (πχ προετοιμασία ασθενή για εγχείριση, κλπ) και καταγραφή των σχετικών ενεργειών στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο .

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις τα δεδομένα που καταγράφονται στα πλαίσια της εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων και της σχετικής λογοδοσίας του νοσηλευτικού προσωπικού ενημερώνουν τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενή.

- Λήψη δείγματος για εργαστηριακές εξετάσεις



**Διάγραμμα Ροής 4.20 :** Λήψη δείγματος για εργαστηριακές εξετάσεις

Η διαδικασία αυτή δεν αφορά το σύστημα. Έχει προηγηθεί η καταγραφή του σχετικού παραπεμπτικού για εργαστηριακές εξετάσεις από το ιατρικό προσωπικό. Τα παραπεμπτικά έχουν εκτυπωθεί έχουν υπογραφεί από τον γιατρό και επιπλέον έχουν αποσταλεί ηλεκτρονικά στα εργαστήρια. Στα πλαίσια της παραγγελίας, το σύστημα παράγει επίσης για κάθε παραγγελία έναν barcode για την ταυτοποίηση του δείγματος. Το barcode έχει εκτυπωθεί σε αυτοκόλλητα ταμπελάκια σε ειδικό barcode Printer. Το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παίρνει τα δείγματα από τους ασθενείς για τις εξετάσεις που πρόκειται να γίνουν και κολλάει τα ταμπελάκια με τον σχετικό barcode στα αντίστοιχα μπουκαλάκια με το δείγμα. Τα δείγματα μαζί με τα εκτυπωμένα παραπεμπτικά αποστέλλονται στο αντίστοιχο εργαστήριο για να γίνουν οι εξετάσεις.

- Παραγγελία ατομικού συνταγολογίου



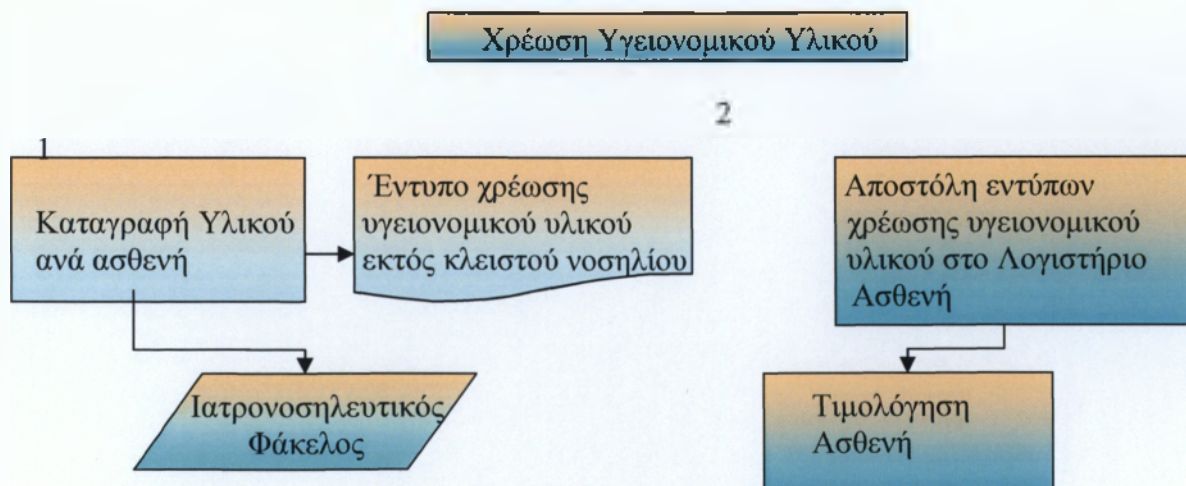
**Διάγραμμα Ροής 4.21 :** Παραγγελία ατομικού συνταγολογίου

Η διαδικασία αυτή αφορά την εκ των προτέρων παραγγελία και χρέωση φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, λοιπού υλικού εκτός κλειστού νοσηλίου από κλινικές προκειμένου να γίνει στην συνέχεια η άμεση χορήγηση τους σε συγκεκριμένο ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό βλέπει τις σχετικές ιατρικές οδηγίες για την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να χορηγηθεί στον ασθενή. Βάσει αυτών, κάθε 2-3 μέρες συνήθως, συντάσσει ατομικά συνταγολόγια με τα οποία γίνεται η παραγγελία των φαρμάκων και υγειονομικού υλικού εκτός κλειστού νοσηλίου στο φαρμακείο. Η σύνταξη ατομικών συνταγολογίων μπορεί να αφορά και υγειονομικό υλικού εκτός κλειστού νοσηλίου που τα διαχειρίζεται το τμήμα Διαχείρισης Υλικού του Νοσοκομείου. Τα ατομικά συνταγολόγια εκτυπώνονται και υπογράφονται από τον ιατρό. Ταυτόχρονα με την σύνταξη των ατομικών συνταγολογίων ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος του ασθενή. Αργότερα με βάση τα δεδομένα παραλαβής των φαρμάκων, που αποστέλλονται ηλεκτρονικά από



το σύστημα του Φαρμακείου ή της Διαχείρισης Υλικού και αποθηκεύονται στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή γίνεται η αυτόματη χρέωση των φαρμάκων και υγειονομικού υλικού εκτός κλειστού νοσηλίου για τον ασθενή. (Μέσω του ηλεκτρονικού φακέλου υποστηρίζεται η αυτόματη ενημέρωση του Λογιστηρίου Ασθενών με όλα τα δεδομένα νοσηλείας του ασθενή για φάρμακα, υλικά, εξετάσεις εκτός κλειστού νοσηλίου που λαμβάνονται υπόψη κατά την χρέωση του). Γίνεται η αποστολή των εκτυπωμένων ατομικών συνταγολογίων στο φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού. Ταυτόχρονα ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος για την διενέργεια της παραγγελίας . Με το ΟΠΣ υποστηρίζεται επίσης και η ηλεκτρονική παραγγελία των φαρμάκων και του υλικού από τις κλινικές στο φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού. Έτσι το Φαρμακείο και η Διαχείριση Υλικού δεν χρειάζεται να καταχωρήσουν εκ νέου τα δεδομένα παραγγελίας στο σύστημά τους . Στα πλαίσια μιας παραγγελίας ατομικού συνταγολογίου υπάρχει περίπτωση να γίνει επιστροφή κάποιων φαρμάκων ή υλικών εφόσον αυτά δεν δοθούν στον ασθενή .Στα πλαίσια αυτής της ενέργειας ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος και το αντίστοιχο σύστημα του φαρμακείου /Διαχείρισης Υλικών και εκδίδεται το σχετικό έντυπο επιστροφής που αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο φαρμακείο και στο Λογιστήριο Ασθενών προκειμένου τα δεδομένα της επιστροφής να ληφθούν υπόψη κατά την χρέωση του ασθενή.

- Χρέωση Υγειονομικού Υλικού

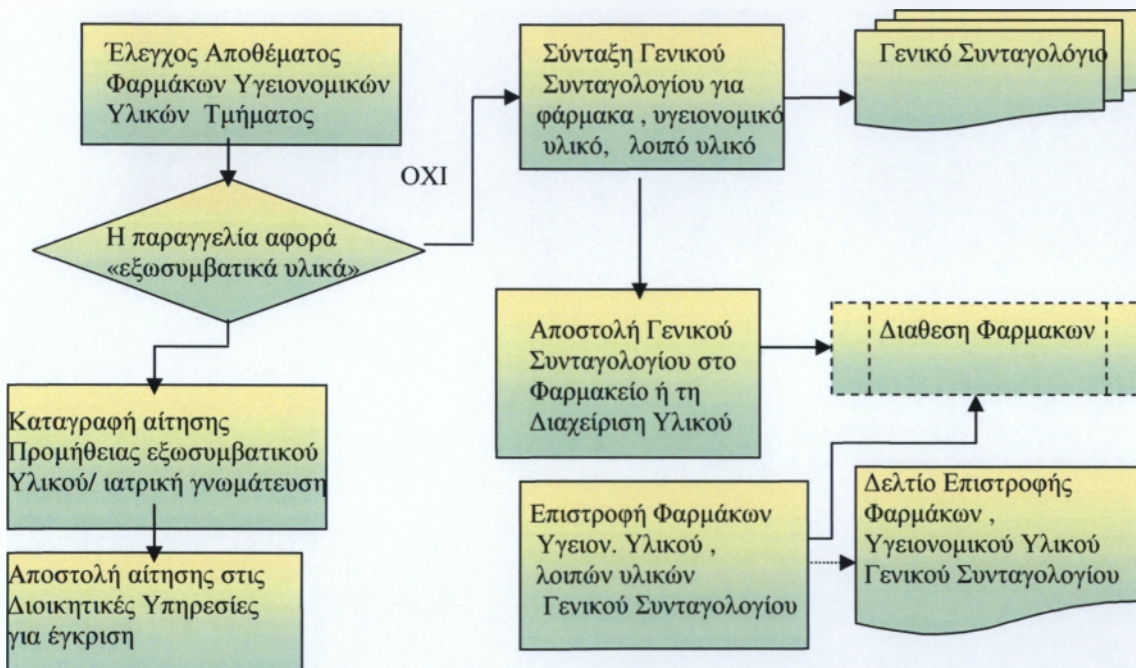


**Διάγραμμα Ροής 4.22 :** Χρέωση Υγειονομικού Υλικού

Η διαδικασία αφορά την εκ των υστέρων χρέωση υγειονομικού υλικού σε ασθενή στην περίπτωση που το υλικό αρχικά είχε παραγγελθεί με γενικό συνταγολόγιο. Η διαδικασία αυτή δεν περιλαμβάνει παραγγελία προς το Φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού.

Το νοσηλευτικό καταγράφει τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν ανά ασθενή .Αυτό γίνεται για υγειονομικά υλικά εκτός κλειστού νοσηλίου που πρόκειται να χρεωθούν στον ασθενή. Το έντυπο εκτυπώνεται και υπογράφεται. Ο Ιατρονοσηλευτικός φάκελος του ασθενή ενημερώνεται με τα σχετικά δεδομένα με τα οποία γίνεται η χρέωση. (Υποστηρίζεται η αυτόματη ενημέρωση του Λογιστηρίου Ασθενών με όλα τα δεδομένα νοσηλείας του ασθενή που λαμβάνονται υπόψη κατά την χρέωση του όπως φάρμακα, υγειονομικό υλικό, εργαστηριακές εξετάσεις εκτός κλειστού νοσηλίου).

#### 4.2.2 Παραγγελία Γενικού Συνταγολογίου



Διάγραμμα Ροής 4.23 : Παραγγελία Γενικού Συνταγολογίου

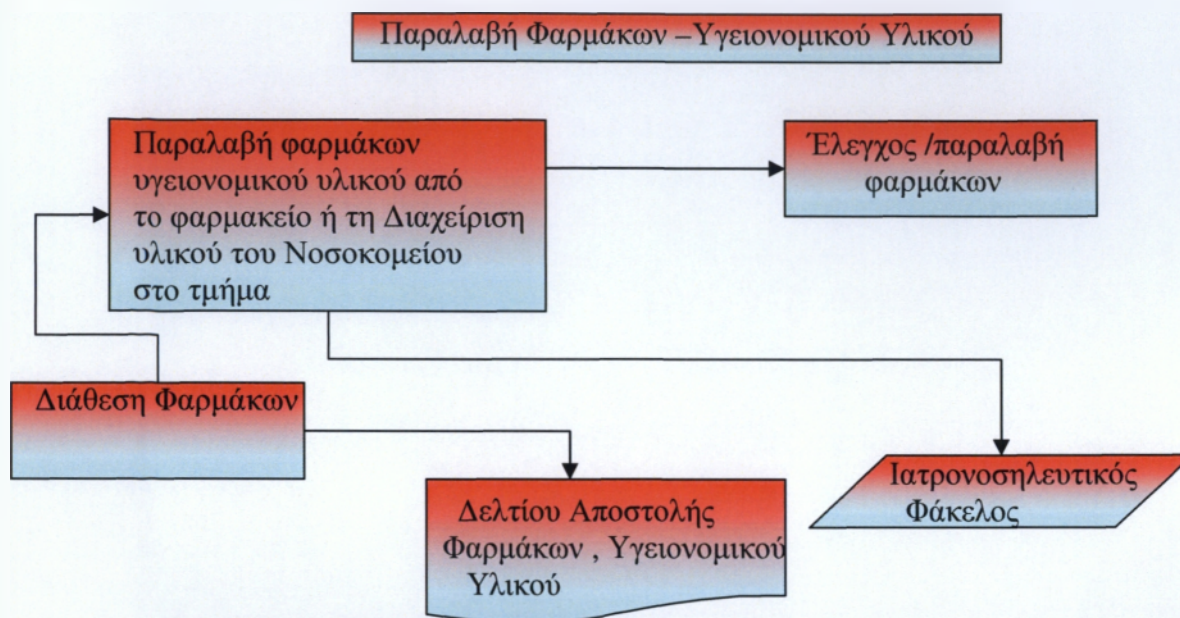
Η παρούσα διαδικασία αφορά παραγγελίες για φάρμακα, υγειονομικά υλικά, λοιπά υλικά γενικού συνταγολογίου από τις κλινικές καθώς και από το χειρουργείο. Στην συνέχεια όταν κάποια υλικά χορηγηθούν σε ασθενείς κάποια από τα υλικά αυτά μπορεί να χρεωθούν σε ασθενείς στα πλαίσια των διαδικασιών χρέωσης φαρμάκων και υγειονομικού υλικού σε ασθενή.

Η προϊστάμενη νοσηλεύτρια ελέγχει τις ιατρικές οδηγίες όσο αφορά τα φάρμακα, υγειονομικά υλικά, λοιπά υλικά που χρειάζεται το τμήμα συνολικά στα πλαίσια της καθημερινής του λειτουργίας .

Βάσει των παραπάνω και στην περίπτωση που η παραγγελία δεν αφορά «εξωσυμβατικά υλικά» συντάσσει το γενικό συνταγολόγιο για φάρμακα, υγειονομικό υλικό, λοιπό υλικό για την διενέργεια της παραγγελίας προς το φαρμακείο ή το τμήμα Διαχείρισης Υλικού του Νοσοκομείου . Το Γενικό Συνταγολόγιο αποστέλλεται στο Φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού. Με το ΟΠΣ η παραγγελία φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, λοιπού υλικού γενικού συνταγολογίου γίνεται ηλεκτρονικά προς το αντίστοιχο σύστημα του Φαρμακείου /Διαχείρισης Υλικού . Αν απαιτείται εκτελείται η διαδικασία της επιστροφής για φάρμακα, υγειονομικά υλικά, λοιπά υλικά γενικού συνταγολογίου. Στα πλαίσια αυτής της διαδικασίας εκδίδεται από το ΟΠΣ το σχετικό δελτίο επιστροφής το οποίο αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού . Στην περίπτωση που η παραγγελία αφορά «εξωσυμβατικά υλικά» τότε καταγράφεται η ειδική αίτηση για την προμήθεια των υλικών η οποία περιλαμβάνει και σχετική ιατρική γνωμάτευση .

Η αίτηση για την προμήθεια των εξωσυμβατικών υλικών (με την ιατρική γνωμάτευση) αποστέλλεται στο Τμήμα Προμηθειών προκειμένου να ακολουθηθεί η διαδικασία έγκρισης από την Οικονομική Υπηρεσία του Νοσοκομείου για να μπορέσει να γίνει στη συνέχεια η προμήθεια .

- Παραλαβή Φαρμάκων –Υγειονομικού Υλικού



**Διάγραμμα Ροής 4.24 :** Παραλαβή Φαρμάκων –Υγειονομικού Υλικού

Η διαδικασία αυτή αφορά την παραλαβή φαρμάκων, υγειονομικών υλικών, λοιπών υλικών που είχαν παραγγελθεί με βάση τόσο το ατομικό όσο και το γενικό συνταγολόγιο από τις κλινικές καθώς και από τα χειρουργεία. Στην συνέχεια κάποια από τα φάρμακα και υλικά μπορεί να χρεωθούν σε ασθενείς με τις διαδικασίες χρέωσης .

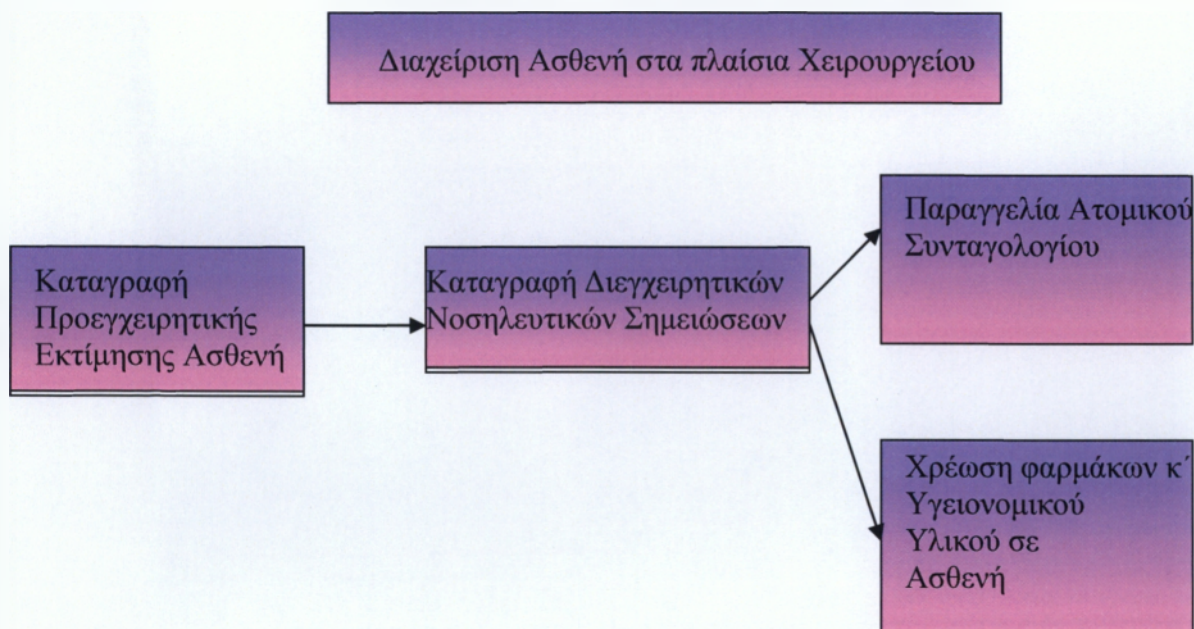
Το Φαρμακείο ή η Διαχείριση Υλικού αποστέλλει τα φάρμακα , το υγειονομικό υλικό κλπ που είχε παραγγείλει το τμήμα. Μαζί με τα φάρμακα, υγειονομικό υλικό αποστέλλεται και το σχετικό δελτίο αποστολής το οποίο στην ουσία είναι το δελτίο Παραγγελίας (Γενικό ή Ατομικό Συνταγολόγιο). Με το ΟΠΣ, η αποστολή του δελτίου Αποστολής γίνεται ηλεκτρονικά από το Φαρμακείο ή την διαχείριση Υλικού στο τμήμα . (Εξαιρούνται οι ατομικές συνταγές ναρκωτικών οι οποίες γίνονται χειρόγραφο με χρήση των ειδικών εντύπων).

Στην περίπτωση που τα φάρμακα/ υγειονομικό υλικό που παραλαμβάνονται αφορούν παραγγελία ατομικού συνταγολογίου ενημερώνεται κατάλληλα ο αντίστοιχος ιατρονοσηλευτικός φάκελος του ασθενή όσο αφορά τα τελικά φάρμακα / υγειονομικό υλικό που αποστάληκαν. Με

βάση τα δεδομένα αυτά, γίνεται η χρέωση των φαρμάκων εκτός κλειστού νοσηλίου στον συγκεκριμένο ασθενή από το Λογιστήριο Ασθενών.

Η προϊστάμενη νοσηλεύτρια της κλινικής ελέγχει τα φάρμακα / υγειονομικό υλικό που παραλαμβάνει σε σχέση με αυτά που έχει παραγγείλει και αυτά που έχει αποστείλει τελικά το Φαρμακείο / Διαχείριση Υλικού .

#### 4.2.3 Διαχείριση Ασθενή στα Πλαίσια Χειρουργείου

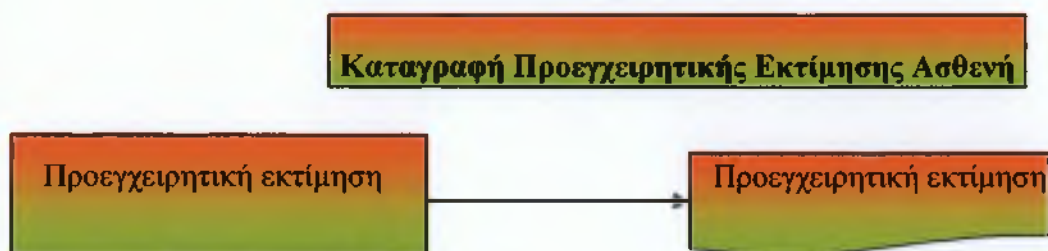


**Διάγραμμα Ροής 4.25 :** Διαχείριση Ασθενή στα Πλαίσια Χειρουργείου

Στα πλαίσια διαχείρισης ενός ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί, αρχικά το νοσηλευτικό προσωπικό της χειρουργικής κλινικής ή /και του αναισθησιολογικού, παράλληλα με την προεγχειρητική εκτίμηση που γίνεται από το ιατρικό προσωπικό και τον αναισθησιολόγο, καταγράφει την αντίστοιχη προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενή και ενημερώνει τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο . Στα πλαίσια της εγχείρισης, το νοσηλευτικό προσωπικό (χειρουργείων και αναισθησιολογικού τμήματος) καταγράφει τις διεγχειρητικές σημειώσεις όπου μεταξύ άλλων καταγράφονται τα φάρμακα και υλικά αναισθησίας καθώς και τα υλικά της εγχείρισης . Τέλος,

μετά την εγχείριση, και με βάση τις διεγχειρητικές σημειώσεις, γίνεται είτε η παραγγελία και χρέωση με ατομικό συνταγολόγιο των φαρμάκων και υλικών αναισθησίας ή υγειονομικού υλικού εγχείρισης προς το Φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού με σκοπό την αναπλήρωση των αποθεμάτων των Χειρουργείων σε φάρμακα και υλικά εγχείρισης και την χρέωση του ασθενή, είτε μόνο η χρέωση, (χωρίς να γίνεται ταυτόχρονα και παραγγελία), των φαρμάκων και υλικών αναισθησίας και υλικών της εγχείρισης στον ασθενή με την καταγραφή του σχετικού εντύπου.

- Καταγραφή Προεγχειρητικής Εκτίμησης Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.26 :** Καταγραφή Προεγχειρητικής Εκτίμησης Ασθενή

Στα πλαίσια της διαδικασίας (Προεγχειρητικός Αναισθησιολογικός Έλεγχος) που εκτελείται από τον χειρουργό ιατρό και τον αναισθησιολόγο, το νοσηλευτικό προσωπικό της χειρουργικής κλινικής ή/ και του αναισθησιολογικού καταγράφει την αντίστοιχη προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενή.

- Καταγραφή Διεγχειρητικών Νοσηλευτικών Σημειώσεων



**Διάγραμμα Ροής 4.27 :** Καταγραφή Διεγχειρητικών Νοσηλευτικών Σημειώσεων

Στα πλαίσια της διαδικασίας (Χειρουργική Επέμβαση) το νοσηλευτικό προσωπικό του αναισθησιολογικού τμήματος και των χειρουργείων καταγράφει τις Διεγχειρητικές Σημειώσεις. Η καταγραφή των διεγχειρητικών σημειώσεων γίνεται την στιγμή της εγχείρισης σε σχετικά έντυπα από τις δύο ομάδες νοσηλευτών των χειρουργείων και του αναισθησιολογικού τμήματος.

- Παραγγελία Ατομικού Συνταγολογίου



**Διάγραμμα Ροής 4.28 :** Παραγγελία Ατομικού Συνταγολογίου

Η διαδικασία αυτή αφορά την εκ των υστέρων παραγγελία και χρέωση ατομικού συνταγολογίου φαρμάκων και υλικών αναισθησίας ή υγειονομικού υλικού εγχείρισης από το χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου προς το Φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού με σκοπό την αναπλήρωση των αποθεμάτων των Χειρουργείων και την χρέωση του ασθενή (δηλαδή τα φάρμακα και υλικά που χρησιμοποιήθηκαν στην εγχείριση και τα οποία είχαν παραγγελθεί με κάποιο γενικό συνταγολόγιο, μετά την εγχείριση με την διαδικασία αυτή παραγγέλνονται και ταυτόχρονα γίνεται και η χρέωσή τους στον ασθενή).

Μετά το τέλος της εγχείρισης, το νοσηλευτικό προσωπικό παραλαμβάνει τις σχετικές Διεγχειρητικές Σημειώσεις που έχουν γραφτεί στα πλαίσια της εγχείρισης και οι οποίες αναφέρουν

το φάρμακα και υλικά αναισθησίας καθώς και τα υλικά εγχείρισης που χρησιμοποιήθηκαν στον ασθενή. Βάσει αυτών, συντάσσει ατομικά συνταγολόγια με τα οποία γίνεται η παραγγελία των αντίστοιχων φαρμάκων και υγειονομικών υλικών εκτός κλειστού νοσηλίου στο φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού με σκοπό την αναπλήρωση των αποθεμάτων των χειρουργείων.

Ταυτόχρονα με την σύνταξη των ατομικών συνταγολογίων ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος του ασθενή . Με βάση τα δεδομένα αυτά, γίνεται η χρέωση των φαρμάκων και υγειονομικού υλικού εκτός κλειστού νοσηλίου για τον ασθενή.

Γίνεται η αποστολή των ατομικών συνταγολογίων στο φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού. Ταυτόχρονα ενημερώνεται ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος για την διενέργεια της παραγγελίας . Με το ΟΠΣ υποστηρίζεται η ηλεκτρονική παραγγελία των φαρμάκων από τις κλινικές στο φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού.

- Χρέωση Φαρμάκων και Υγειονομικού Υλικού σε Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.29 :** Χρέωση Φαρμάκων και Υγειονομικού Υλικού σε Ασθενή

Η διαδικασία αυτή αφορά την εκ των υστέρων χρέωση φαρμάκων και υγειονομικού υλικού σε ασθενή στην περίπτωση που το υλικό αρχικά είχε παραγγελθεί με γενικό συνταγολόγιο. Η



διαδικασία αυτή δεν περιλαμβάνει παραγγελία προς το Φαρμακείο ή τη Διαχείριση Υλικού.

1. Την στιγμή της εγχείρισης, το νοσηλευτικό προσωπικό του αναισθησιολογικού τμήματος καταγράφει σε ειδικό έντυπο τα φάρμακα και υλικά αναισθησίας που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του χειρουργείου .

2. Την στιγμή της εγχείρισης, το νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργικού τμήματος καταγράφει σε ειδικά έντυπα τα υγειονομικά υλικά που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του χειρουργείου .

3. Τα δεδομένα από τα έντυπα αυτά καταχωρούνται στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενή. Με τον τρόπο αυτό τα δεδομένα που απαιτούνται για την χρέωση του ασθενή ενημερώνουν αυτόματα το Λογιστήριο Ασθενών .

4. Στην περίπτωση που δεν γίνει η καταχώρηση των δεδομένων χρέωσης στο σύστημα από το νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων , τότε τα σχετικά έντυπα (ένα αντίτυπο) αποστέλλονται στο Λογιστήριο Ασθενών προκειμένου να γίνει η καταχώρηση των δεδομένων στο σύστημα από το αντίστοιχο προσωπικό στα πλαίσια της διαδικασίας της Τιμολόγησης Ασθενή .

- Η καταγραφή των δεδομένων σχετικά με τα φάρμακα και τα υλικά της εγχείρισης γίνεται αρχικά την στιγμή της χορήγησής τους στα σχετικά έντυπα. Μετά το τέλος της εγχείρισης και ανάλογα με το νοσοκομείο τα δεδομένα αυτά καταχωρούνται στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενή είτε από το Νοσηλευτικό Προσωπικό είτε από Διοικητικό του Λογιστηρίου Ασθενών που βρίσκεται έξω από το χώρο των χειρουργείων. Η τρίτη εναλλακτική επιλογή είναι τα έντυπα να αποσταλούν στο Λογιστήριο Ασθενών όπου θα γίνει η καταχώρηση τους στα πλαίσια της τιμολόγησης του ασθενή.

- Η καταχώρηση δεδομένων στο ΟΠΣ από το νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων προϋποθέτει την εγκατάσταση σταθμών εργασίας στο χειρουργικό τμήμα. Στην περίπτωση που αυτό δεν γίνει και αποφασισθεί ότι όλα τα βήματα της διαδικασίας που περιγράφηκαν παραπάνω θα γίνονται χειρόγραφα, τότε όλα τα σχετικά έντυπα παραγγελίας και χρέωσης υλικών θα

μεταφέρονται στο Λογιστήριο Ασθενών και θα καταχωρούνται από το αντίστοιχο προσωπικό στα πλαίσια της διαδικασίας τιμολόγησης ασθενή προκειμένου να γίνει η χρέωση του ασθενή.

### 4.3 Διοικητική Περίθαλψη

#### 4.3.1 Επίσκεψη σε Εξωτερικά Ιατρεία



**Διάγραμμα Ροής 4.30 :** Επίσκεψη σε Εξωτερικά Ιατρεία

Για τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων, δημιουργείται πρώτα το πρόγραμμα λειτουργίας τους με τα Τμήματα / ιατρούς, τις ώρες που δέχονται και τη διάρκεια του ραντεβού. Οι ασθενείς κλείνουν ραντεβού για να μπορέσουν να εξεταστούν από ιατρό ή να κάνουν παρακλινικές εξετάσεις. Μπορεί να μπου και στη λίστα αναμονής εάν θέλουν στη περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμη ώρα από τον ιατρό για κανονικό ραντεβού. Όταν έρθει η ώρα του ραντεβού οι ασθενείς προσέρχονται στη γραμματεία των εξωτερικών ιατρείων για να πληρώσουν τα αντίστοιχα εξέταστρα (εάν χρειάζεται), να βγουν τα απαραίτητα παραπεμπτικά και να μπορέσουν να κάνουν τις εξετάσεις τους. Υπάρχει ακόμα η δυνατότητα να ακυρωθεί ένα ραντεβού (από τον ασθενή ή από τον φορέα υγείας), είτε να διαγραφεί μια εγγραφή από τη λίστα αναμονής . Ένα ραντεβού μπορεί επίσης να μεταφερθεί σε άλλη ημερομηνία ή να γίνει προγραμματισμός από τη λίστα αναμονής .

- Πρόγραμμα Λειτουργίας Εξωτερικών Ιατρείων

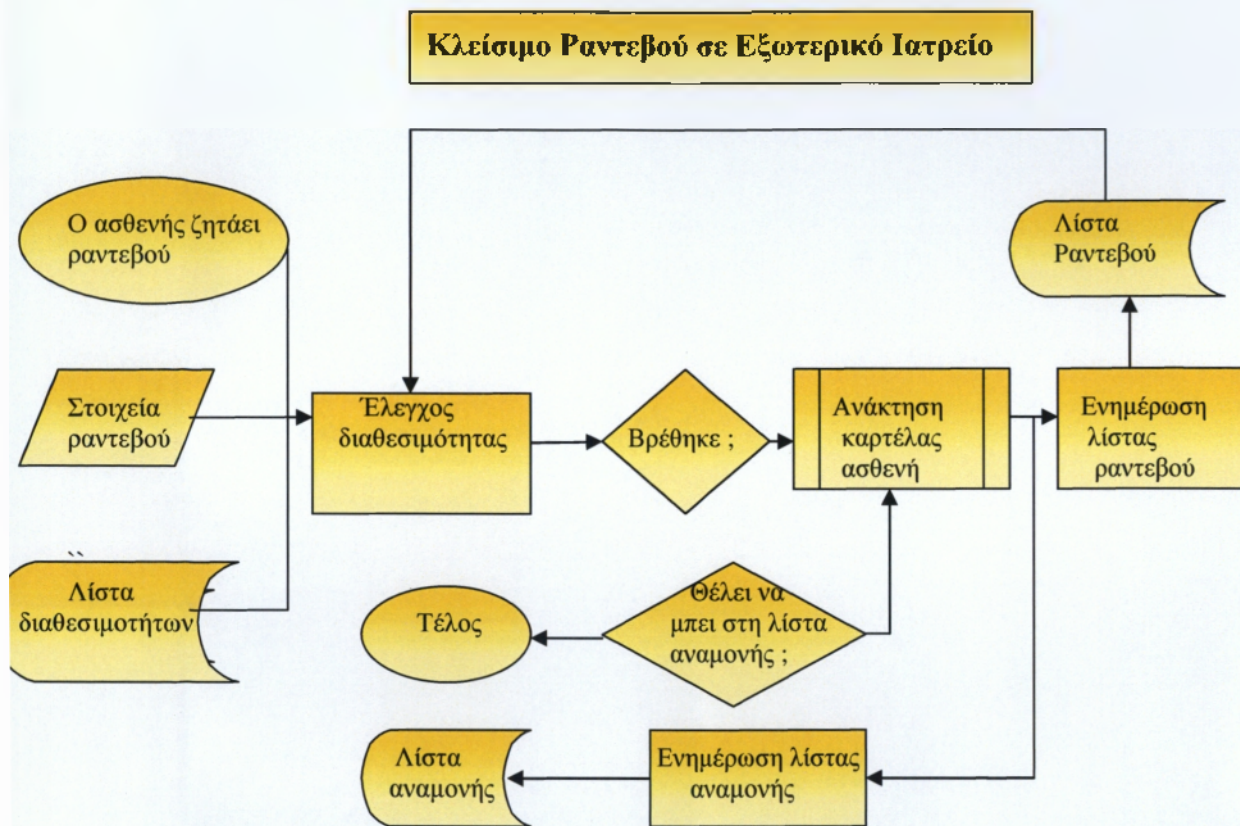


**Διάγραμμα Ροής 4.31 :** Πρόγραμμα Λειτουργίας Εξωτερικών Ιατρείων

Σκοπός της διαδικασίας αυτής είναι να καθοριστούν οι μέρες και ώρες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ραντεβού εξωτερικών ιατρείων.

1. Λίστα με τα τμήματα των εξωτερικών ιατρείων που είναι διαθέσιμα για κλείσιμο ραντεβού
2. Λίστα με τα διαθέσιμα μηχανήματα εάν χρειάζεται
3. Ποιοι ιατροί είναι διαθέσιμοι για επισκέψεις και τι ώρες δέχονται
4. Διάρκεια επίσκεψης για κάθε ιατρό τμήμα, μηχανήμα
5. Ποιες είναι οι διαθέσιμες μέρες που μπορεί να γίνει κλείσιμο ραντεβού
6. Δημιουργία λίστας διαθεσιμοτήτων σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα ξεχωριστά για τα τμήματα, ιατρούς και μηχανήματα.

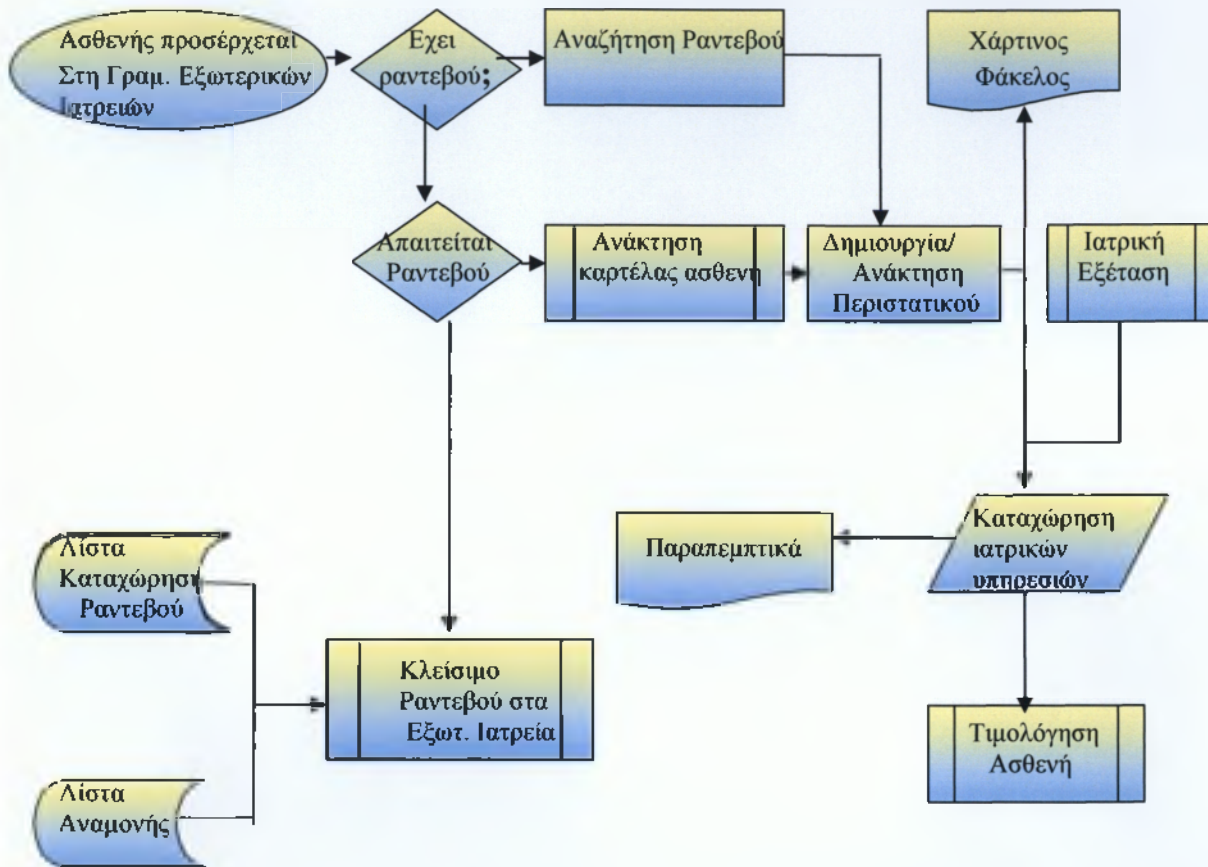
- Κλείσιμο Ραντεβού στα Εξωτερικά Ιατρεία



**Διάγραμμα Ροής 4.32 :** Κλείσιμο Ραντεβού στα Εξωτερικά Ιατρεία

Ο ασθενής επικοινωνεί με τον αρμόδιο υπάλληλο και δηλώνει πως επιθυμεί ραντεβού και για ποιο γιατρό/ τμήμα θέλει το ραντεβού. Ανακτάται η λίστα με τα ραντεβού που έχουν ήδη κλειστεί και η αντίστοιχη λίστα των διαθεσιμοτήτων. Γίνεται έλεγχος διαθεσιμότητας στα χρονικά πλαίσια που επιθυμεί ο ασθενής, μέσα στο βάθος χρόνου που υπάρχει η δυνατότητα προγραμματισμού ραντεβού. Αν δεν βρεθεί ραντεβού, ρωτάται ο ασθενής αν επιθυμεί να μπει στη λίστα αναμονής (εάν υπάρχει λίστα αναμονής για το συγκεκριμένο ιατρείο /εργαστήριο). Σε περίπτωση που κλειστεί είτε κανονικό ραντεβού είτε ο ασθενής μπει στη λίστα αναμονής, χρησιμοποιείται η διαδικασία για να γίνει ανάκτηση της καρτέλας του ασθενή. Ενημερώνεται η λίστα αναμονής ραντεβού με τα στοιχεία του ασθενή και με τα δεδομένα της κράτησης. Ενημερώνεται η λίστα των ραντεβού με τα δεδομένα του ασθενή και του ραντεβού.

- Υποδοχή Ασθενή στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων



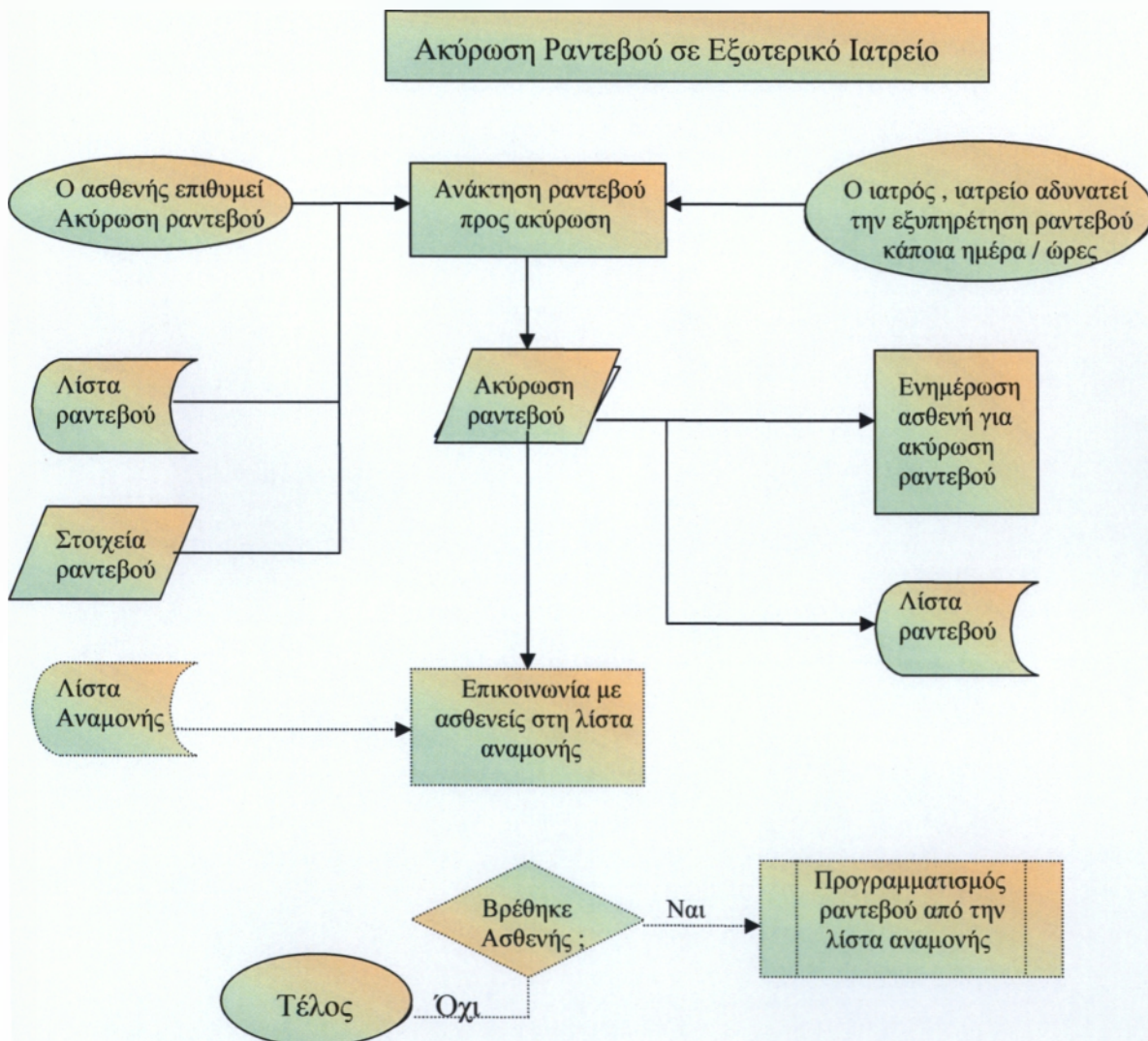
**Διάγραμμα Ροής 4.33 :** Υποδοχή Ασθενή στη Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων

Υποδοχή ασθενή στη γραμματεία εξωτερικών ιατρείων ή στο λογιστήριο εξωτερικών ασθενών (για πληρωμή παρακλινικών εξετάσεων).

Ο ασθενής προσέρχεται στη γραμματεία εξωτερικών ιατρείων και επιθυμεί να εξεταστεί από κάποιον ιατρό ή να κάνει κάποια εξέταση στα εργαστήρια του νοσοκομείου. Αν έχει κλείσει ραντεβού γίνεται αναζήτηση του ραντεβού στη λίστα. Αλλιώς εκτελείται η διαδικασία για την ανάκτηση της καρτέλας του ασθενή. Στη συνέχεια δημιουργείται το περιστατικό της επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία . Καταχωρούνται οι υπηρεσίες που θα προσφερθούν στον ασθενή ή οι εξετάσεις που θα κάνει στα εργαστήρια και εκδίδονται τα παραπεμπτικά. Στην περίπτωση που καταχωρείται ηλεκτρονικό παραπεμπτικό σε εξωτερικό ιατρείο για κάποιο εργαστήριο, κατά την

εκτέλεση της διαδικασίας οι ιατρικές εξετάσεις εμφανίζονται αυτόματα . Γίνεται τιμολόγηση των υπηρεσιών που έχουν καταχωρηθεί με τη διαδικασία (Τιμολόγηση Ασθενή) όπου και παράγεται το ΔΠΥ. Αν το ιατρείο ή το εργαστήριο απαιτούν την ύπαρξη ραντεβού εκτελείται η διαδικασία για το Κλείσιμο Ραντεβού σε Εξωτερικό Ιατρείο και ενημερώνεται η λίστα ραντεβού καθώς και η λίστα αναμονής .

- Ακύρωση Ραντεβού σε Εξωτερικό Ιατρείο



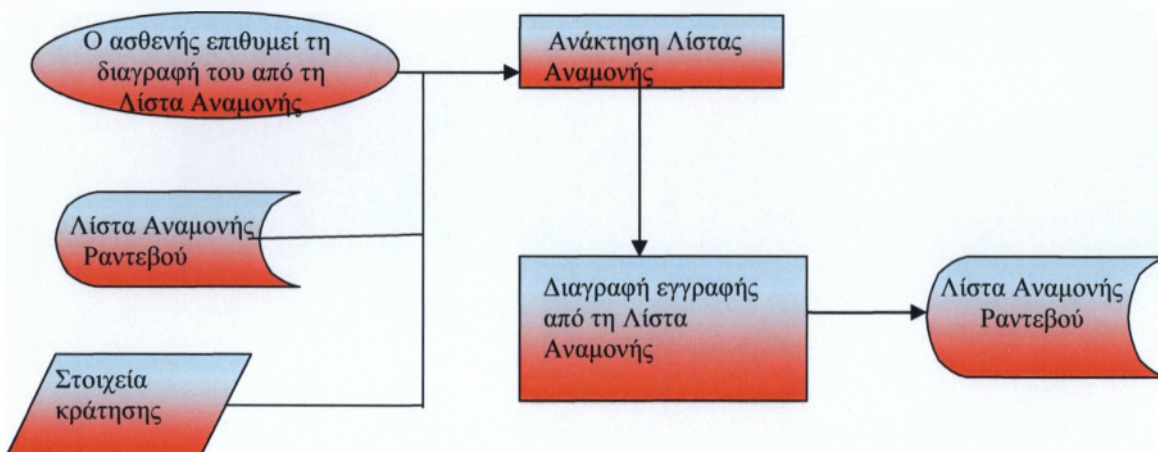
**Διάγραμμα Ροής 4.34 :** Ακύρωση Ραντεβού σε Εξωτερικό Ιατρείο

Ο ασθενής επιθυμεί την ακύρωση του ραντεβού που έχει κλείσει ή ο ιατρός / τμήμα αδυνατεί να πραγματοποιήσει ραντεβού κάποια συγκεκριμένη μέρα / περίοδο .Γίνεται αναζήτηση

του / των ραντεβού που πρόκειται να ακυρωθούν στη λίστα ραντεβού με τα ανάλογα στοιχεία .Ακυρώνονται τα ραντεβού και ενημερώνεται η λίστα ραντεβού . Σε περίπτωση που η ακύρωση δεν γίνεται με επιθυμία του ασθενή, αλλά λόγω αδυναμίας εξυπηρέτησης, τότε γίνεται ενημέρωση του ασθενή για την ακύρωση του ραντεβού. Σε περίπτωση που η ακύρωση γίνει από κάποιον ασθενή και υπάρχουν ασθενείς στη λίστα αναμονής , ειδοποιούνται κατά σειρά προτεραιότητας για τη θέση που ελευθερώθηκε. Αν βρεθεί ασθενής που μπορεί να προσέλθει στο κενό που δημιουργήθηκε, τότε γίνεται προγραμματισμός ραντεβού από την λίστα αναμονής .

- Διαγραφή από την λίστα αναμονής ραντεβού σε Εξωτερικό Ιατρείο

#### Διαγραφή από την λίστα αναμονής ραντεβού σε Εξωτερικό Ιατρείο



**Διάγραμμα Ροής 4.35 :** Διαγραφή από την λίστα αναμονής ραντεβού σε Εξωτερικό Ιατρείο

Ο ασθενής επιθυμεί τη διαγραφή του από τη λίστα αναμονής ραντεβού. Γίνεται αναζήτηση της εγγραφής που πρόκειται να διαγραφεί από τη λίστα αναμονής με τα στοιχεία της κράτησης . Ακυρώνεται το ραντεβού και ενημερώνεται η λίστα αναμονής .

- Προγραμματισμός Ραντεβού από τη Λίστα Αναμονής

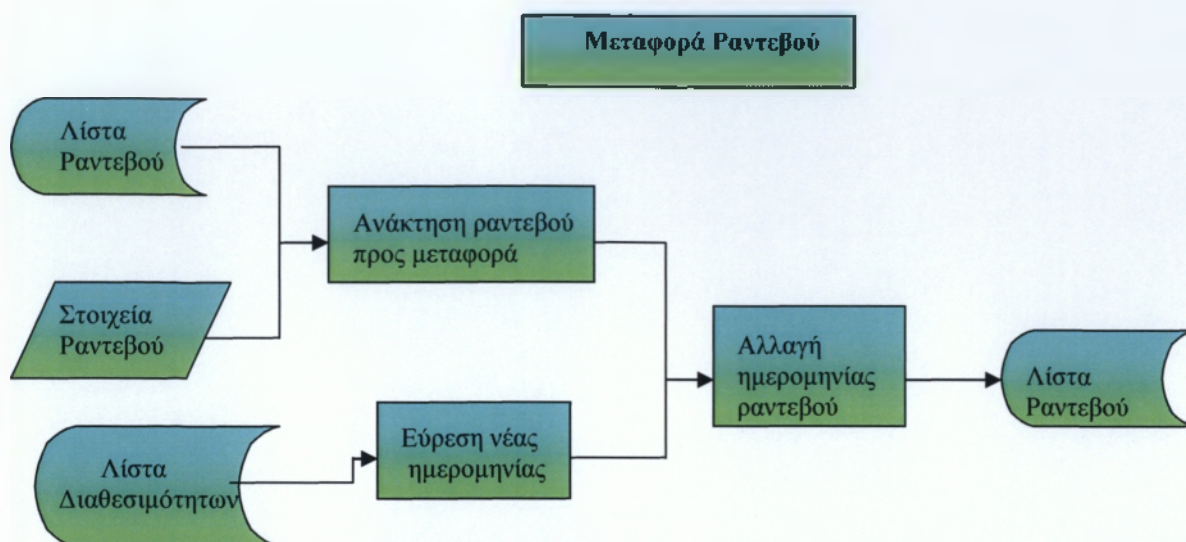


**Διάγραμμα Ροής 4.36 :** Προγραμματισμός Ραντεβού από τη Λίστα Αναμονής

Νέα ραντεβού γίνονται διαθέσιμα λόγω ακύρωσης από ασθενείς ή λόγω ανοίγματος νέων ημερομηνιών για ραντεβού. Γίνεται αναζήτηση από τη λίστα αναμονής της εγγραφής που έχει προτεραιότητα με βάση τα στοιχεία της κράτησης. Ελέγχεται η διαθεσιμότητα του ραντεβού. Εάν βρεθεί, γίνεται ανάκτηση της καρτέλας ασθενή μέσω της διαδικασίας. Ενημερώνεται η λίστα των ραντεβού και διαγράφεται η εγγραφή από τη λίστα αναμονής.



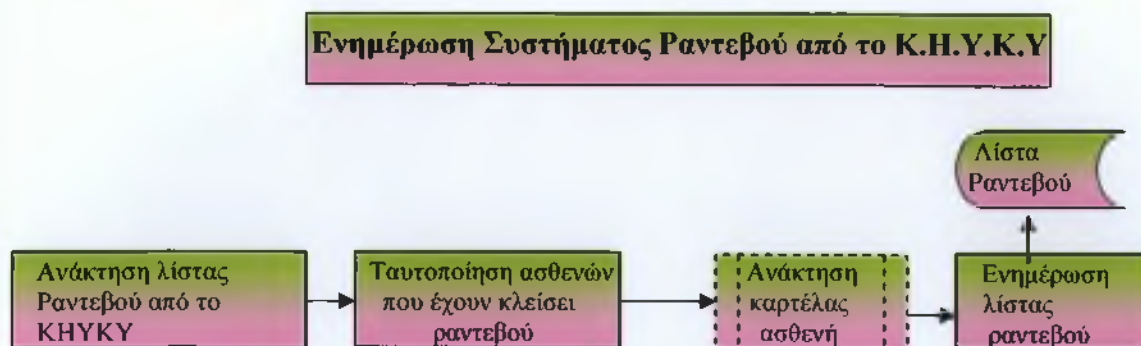
- Μεταφορά Ραντεβού



**Διάγραμμα Ροής 4.36 :** Μεταφορά Ραντεβού

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται για τη μεταφορά ενός ραντεβού σε διαφορετική ημερομηνία και για ιατρείο της ίδιας ειδικότητας (που παρέχει τις ίδιες υπηρεσίες). Γίνεται ανάκτηση του ραντεβού που πρόκειται να μεταφερθεί. Γίνεται αναζήτηση νέας ημερομηνίας στη λίστα διαθεσιμότητας για τον ίδιο ιατρό / τμήμα που υπήρχε και στο αρχικό ραντεβού. Γίνεται αλλαγή της ημερομηνίας στο ραντεβού και ενημερώνεται η λίστα των ραντεβού .

- Ενημέρωση Συστήματος Ραντεβού από το Κ.Η.Υ.Κ.Υ

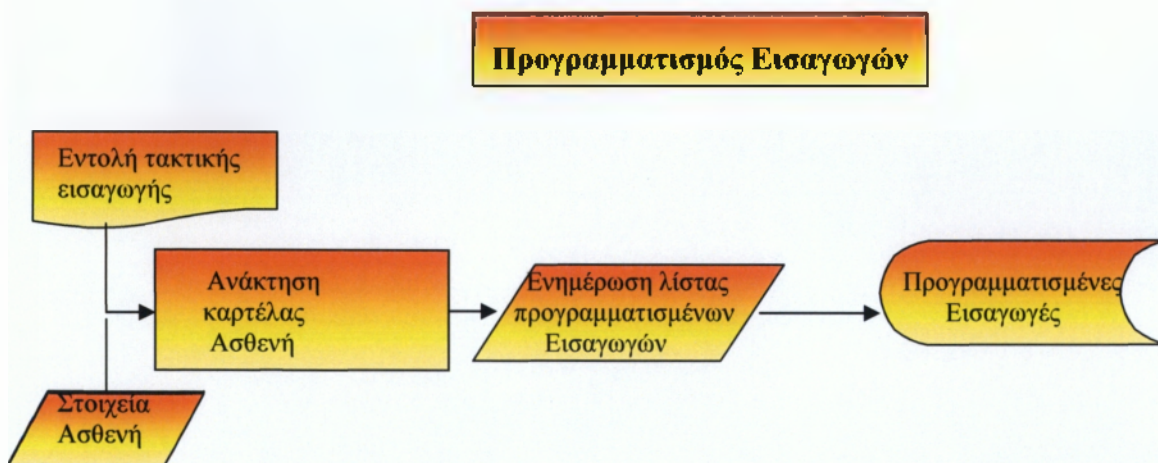


**Διάγραμμα Ροής 4.37 :** Ενημέρωση Συστήματος Ραντεβού από το Κ.Η.Υ.Κ.Υ

Η διαδικασία αφορά τους φορείς υγείας που έχουν εντάξει τη διαχείριση των ραντεβού τους στο σύστημα φωνητικής πύλης Κ.Η.Υ.Κ.Υ . Ενεργοποιείται αυτόματα κάθε μέρα για τα ραντεβού της επομένης. Γίνεται ανάκτηση της λίστας του ραντεβού για όλα τα ιατρεία της επόμενης ημέρας. Για τους ασθενείς που δεν έχουν ήδη ταυτοποιηθεί στο σύστημα του Κ.Η.Υ.Κ.Υ εκτελείται αυτόματα η ταυτοποίησή τους . Γίνεται ανάκτηση της καρτέλας των ασθενών (που δεν έχουν ταυτοποιηθεί). Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει και τη δημιουργία νέας καρτέλας για τους ασθενείς που δεν είναι ήδη καταχωρημένοι στο σύστημα. Ενημερώνεται η λίστα των ραντεβού.

#### 4.3.2 Κίνηση Ασθενών

- Προγραμματισμός Εισαγωγών

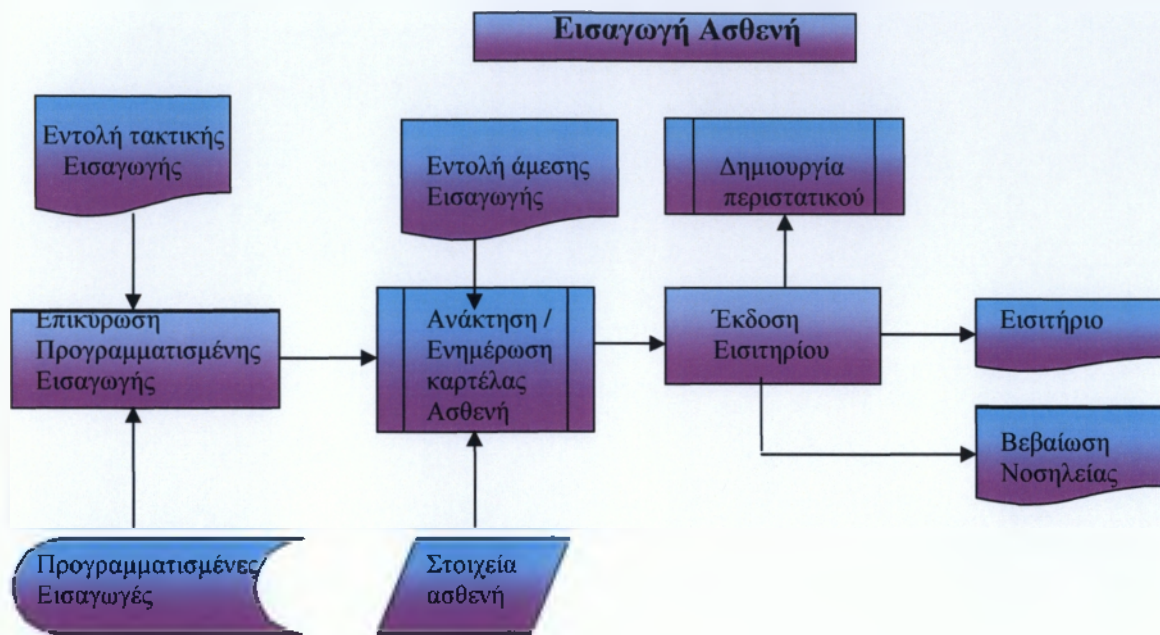


**Διάγραμμα Ροής 4.38 :** Προγραμματισμός Εισαγωγών

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται για την καταγραφή των τακτικών εισαγωγών. Οι εισαγωγές αυτές καταγράφονται και οι υπάλληλοι του γραφείου κίνησης ενημερώνουν τους ασθενείς να έρθουν για εγχείρηση κάθε μέρα ανάλογα με τις δυνατότητες της κλινικής. Με βάση τα στοιχεία του ασθενή που είναι καταγεγραμμένα στην εντολή τακτικής εισαγωγής γίνεται ανάκτηση της καρτέλας του ασθενή μέσω της διαδικασίας αν υπάρχει ή δημιουργείται νέα

καρτέλα αν δεν υπάρχει. Ενημερώνεται η λίστα των προγραμματισμένων εισαγωγών .

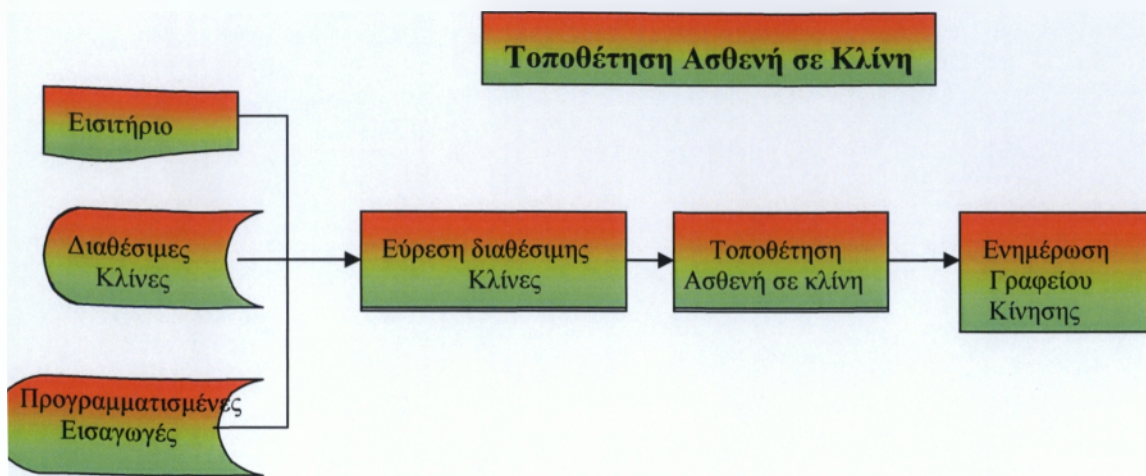
- Εισαγωγή Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.39 :** Εισαγωγή Ασθενή

Ο ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο για νοσηλεία. Μπορεί να έχει γίνει προγραμματισμός εισαγωγής (εντολή τακτικής εισαγωγής) ή να εισάγεται με εντολή άμεσης εισαγωγής και μπορεί να έχει γίνει κράτηση για κλίνη ή όχι .Αν η εισαγωγή είναι προγραμματισμένη γίνεται επικύρωση της προσέλευσης του ασθενή. Γίνεται ανάκτηση της καρτέλας του ασθενή με χρήση της διαδικασίας . Σε αυτό το σημείο χρησιμοποιούνται τα στοιχεία του ασθενή από την εντολή άμεσης εισαγωγής . Εκδίδεται το εισιτήριο με στοιχεία και οι βεβαιώσεις νοσηλείας . Χρησιμοποιείται η διαδικασία ώστε να δημιουργηθεί το περιστατικό εισαγωγής του ασθενή.

- Τοποθέτηση Ασθενή σε Κλίνη



**Διάγραμμα Ροής 4.40 :** Τοποθέτηση Ασθενή σε Κλίνη

- Γίνεται αναζήτηση διαθέσιμης κλίνης, κατάλληλης για το συγκεκριμένο περιστατικό, βάσει των παρακάτω δεδομένων .
- Τα στοιχεία του εισιτηρίου (ασφαλιστική κάλυψη, φύλο, ηλικία) και τη δικαιούμενη θέση του ασθενή .
- Ποιες είναι οι διαθέσιμες κλίνες του νοσοκομείου .
- Ποιες είναι οι προγραμματισμένες εισαγωγές .

Ο ασθενής τοποθετείται στην κλίνη. Ενημερώνεται το γραφείο κίνησης. Η ενημέρωση γίνεται αυτόματα διότι το κλινικό τμήμα είναι μηχανογραφημένο.

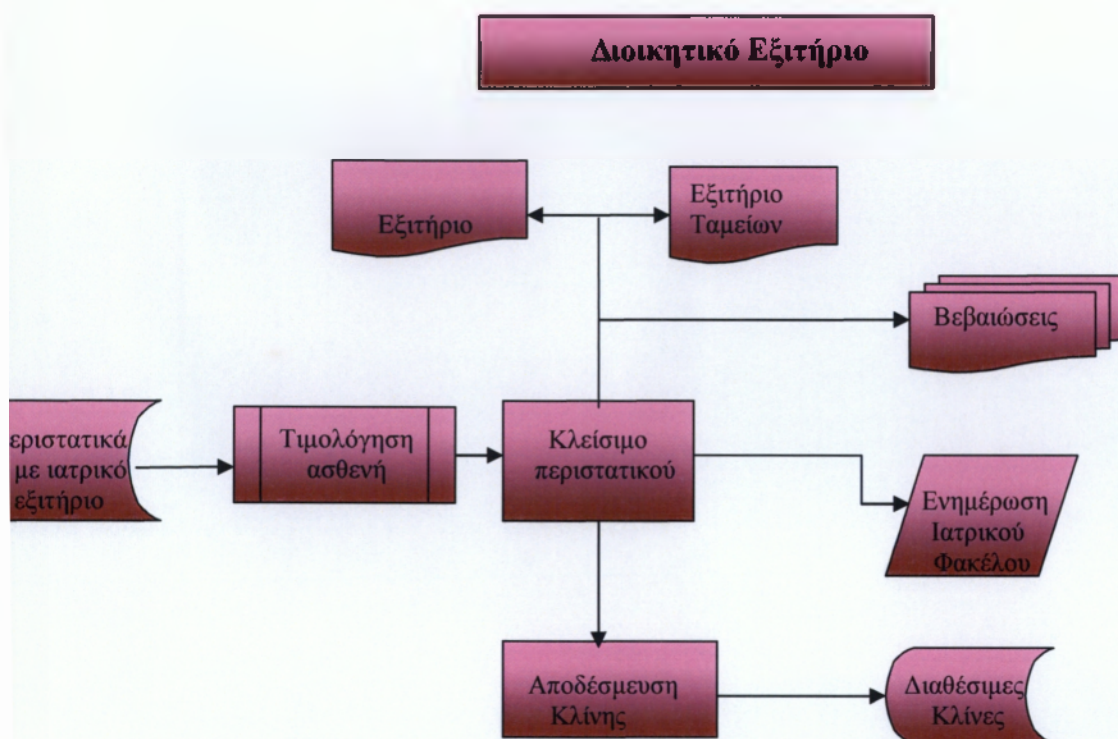
- Αλλαγή Θέσης /Κλίνης



**Διάγραμμα Ροής 4.41 :** Αλλαγή Θέσης /Κλίνης

Αλλαγή θέσης /κλίνης μπορεί να γίνει γιατί προέκυψε μια τέτοια επιθυμία /ανάγκη στην πορεία της νοσηλείας. Χρησιμοποιείται η διαδικασία για την εύρεση νέας κλίνης. Γίνεται η απελευθέρωση της παλιάς κλίνης και ενημερώνονται οι διαθέσιμες κλίνες . Ενημερώνεται το Γραφείο Κίνησης για την αλλαγή της θέσης /κλίνης. Η ενημέρωση γίνεται αυτόματα στην περίπτωση που το κλινικό τμήμα είναι μηχανογραφημένο. Ειδάλλως η ενημέρωση γίνεται χειρόγραφα και ο διοικητικός υπάλληλος του γραφείου κίνησης ενημερώνει το πληροφοριακό σύστημα.

- Διοικητικό Εξιτήριο



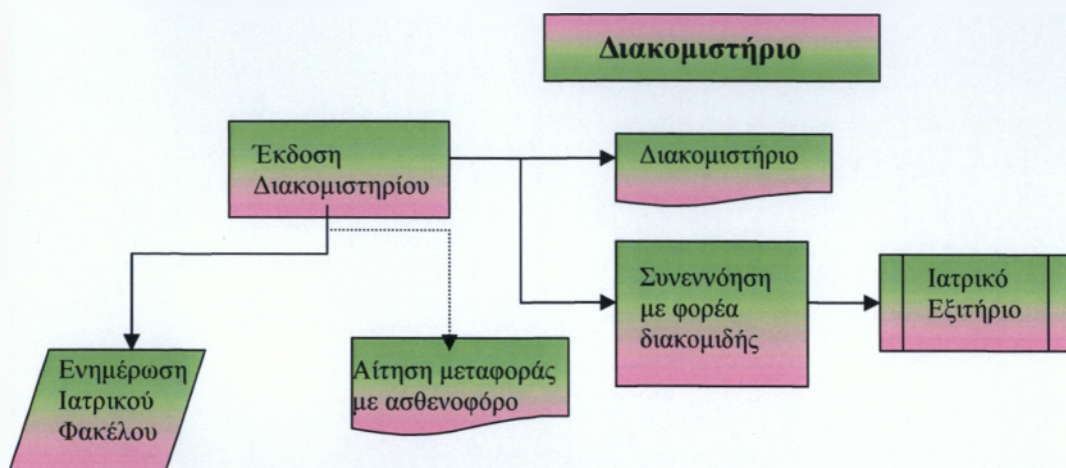
**Διάγραμμα Ροής 4.42 :** Διοικητικό Εξιτήριο

Η διαδικασία αυτή μπορεί να ακολουθηθεί μόνο σε περιστατικά νοσηλευόμενων ασθενών που έχουν ήδη ιατρικό εξιτήριο. Γίνεται τιμολόγηση του περιστατικού με χρήση της διαδικασίας .Κλείνει το περιστατικό, και καταχωρούνται τα απαραίτητα για το εξιτήριο στοιχεία. Εκτυπώνεται το εξιτήριο και τυχόν εξιτήρια για όσα ταμεία χρειάζονται ιδιαίτερα έγγραφα (π.χ. ΙΚΑ, ΟΓΑ).

Παράγονται σχετικές βεβαιώσεις εάν χρειάζονται. Στις βεβαιώσεις μπορεί να

περιλαμβάνονται το Πιστοποιητικό Γεννήσεως και τη Βεβαίωση Νοσηλείας. Γίνεται αποδέσμευση της κλίνης στην οποία βρισκόταν ο ασθενής. Ενημερώνεται ο ιατρικός φάκελος του ασθενή.

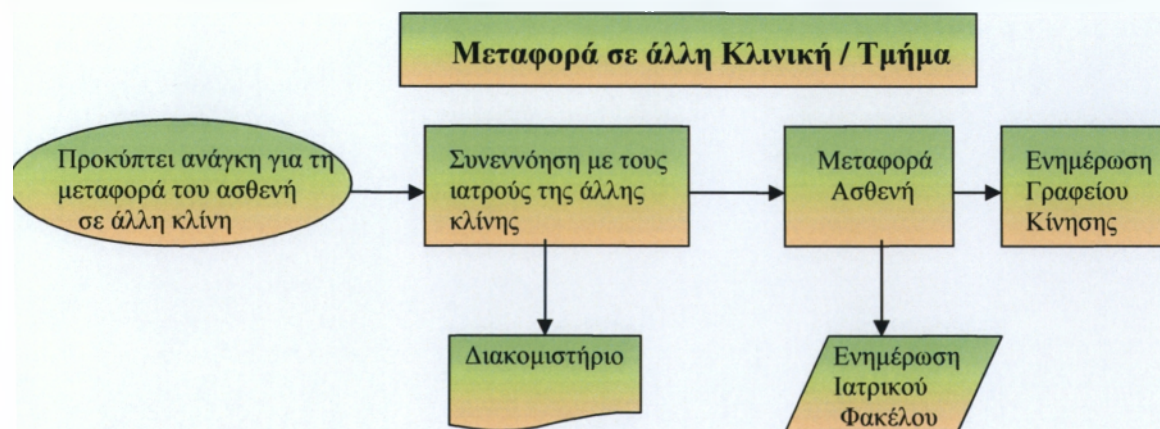
- Διακομιστήριο



**Διάγραμμα Ροής 4.43 :** Διακομιστήριο

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται στη περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται να διακομιστεί σε άλλο νοσοκομείο. Γίνεται έκδοση του διακομιστηρίου, όπου συμπληρώνονται τα απαραίτητα στοιχεία, συμπληρώνεται (εάν χρειάζεται) η αίτηση μεταφοράς ασθενή με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ, και ενημερώνεται ο ιατρικός φάκελος με τα στοιχεία της διακομιδής. Ο ιατρός συνεννοείται με το φορέα που θα αναλάβει τη διακομιδή (ΕΚΑΒ, νοσοκομείο κλπ.). Δίδεται ιατρικό εξιτήριο στο περιστατικό με χρήση της διαδικασίας.

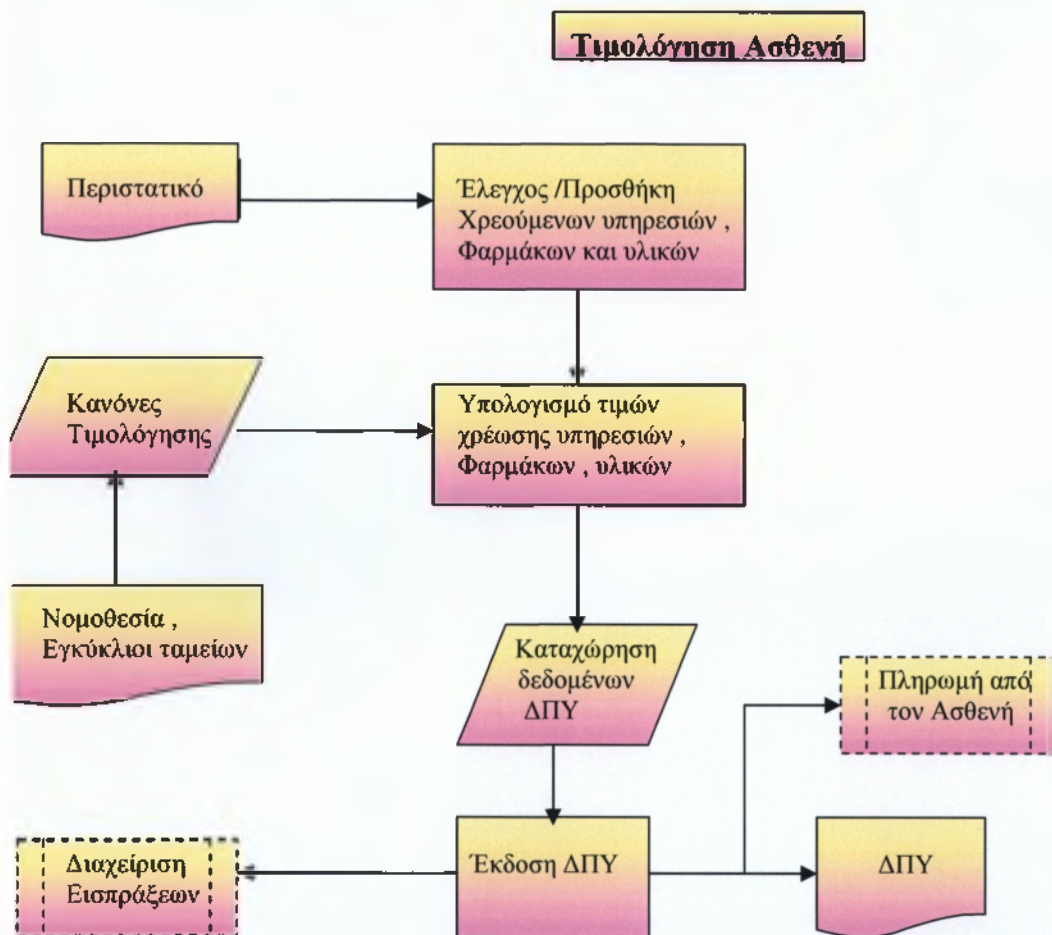
- Μεταφορά σε άλλη Κλινική / Τμήμα



**Διάγραμμα Ροής 4.44 :** Μεταφορά σε άλλη Κλινική / Τμήμα

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μπορεί να υπάρξει η ανάγκη για μεταφορά του ασθενή σε άλλη κλινική ή τμήμα του νοσοκομείου. Ο υπεύθυνος ιατρός (θεράπων, επιβλέπων, εφημερεύων) συνεννοείται με τους ιατρούς της άλλης κλινικής. Ο ασθενής μεταφέρεται στη νέα κλινική και ενημερώνεται ο ιατρικός του φάκελος. Ενημερώνεται το γραφείο κίνησης. Η ενημέρωση γίνεται αυτόματα στην περίπτωση που το κλινικό τμήμα είναι μηχανογραφημένο.

- Τιμολόγηση Ασθενή

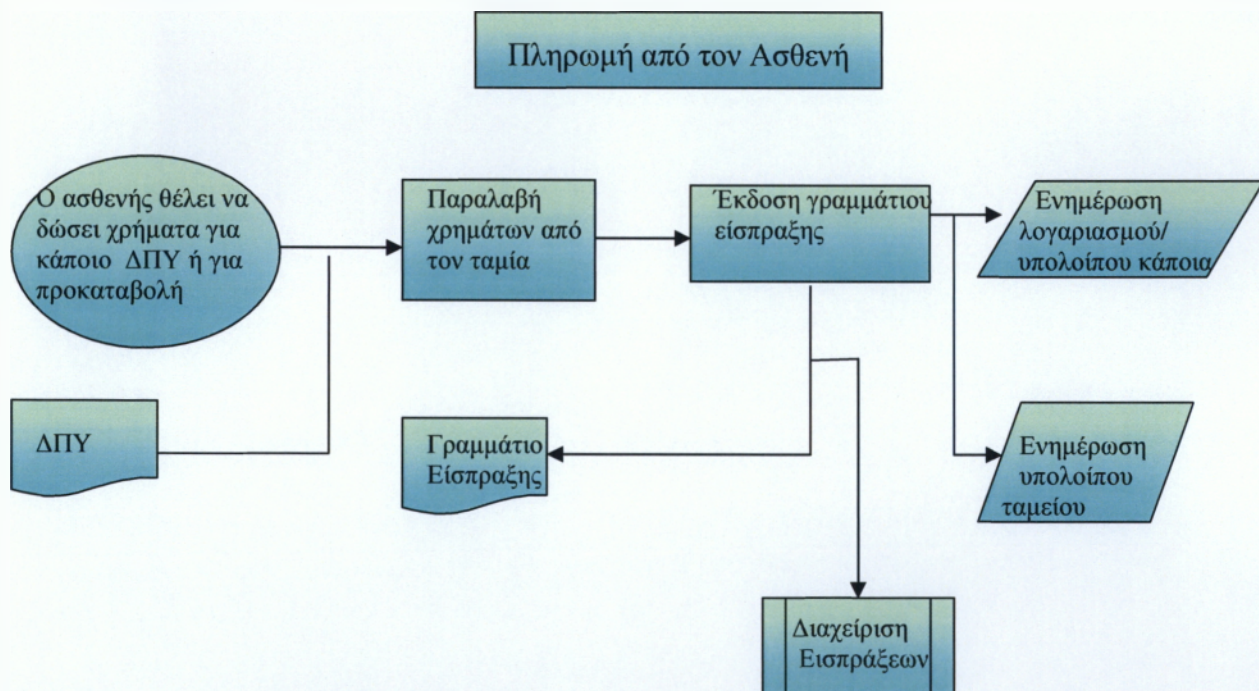


**Διάγραμμα Ροής 4.45 :** Τιμολόγηση Ασθενή

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται για την τιμολόγηση ενός περιστατικού, είτε νοσηλευόμενου ασθενή, είτε ασθενή εξωτερικών ιατρείων. Ο ασθενής προσέρχεται στο ταμείο ή στο γραφείο κίνησης και ζητά να πληρώσει. Γίνεται ανάκτηση των δεδομένων του περιστατικού. Γίνεται έλεγχος των υπηρεσιών, φαρμάκων, υλικών που έχουν χρεωθεί στο περιστατικό κατά τη

διάρκεια της νοσηλείας ή της επίσκεψης στα εξωτερικά, απογευματινό ή επείγοντα ιατρεία. Βάσει των κανόνων τιμολόγησης γίνεται υπολογισμός των χρεώσεων που αντιστοιχούν στο περιστατικό, είτε αυτές πρέπει να τις πληρώσει ο ασθενής, είτε θα πρέπει να εισπραχθούν από κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Οι κανόνες τιμολόγησης εξαρτώνται από τη νομοθεσία και τις εγκυκλίους των ταμείων. Καταχωρούνται τα στοιχεία που χρειάζονται για την έκδοση του ΔΠΥ (ΔΟΥ, ΑΦΜ, μετρητοίς, επί πιστώσει κλπ) Εκδίδεται το Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών (ΔΠΥ) για τον ασθενή ή/και για τον ασφαλιστικό οργανισμό που τον καλύπτει. Γίνεται η είσπραξη των χρημάτων μέσω της διαδικασίας στην περίπτωση που προκύπτει συμμετοχή του ασθενή. Ενημερώνονται οι κατάλληλοι λογαριασμοί στο λογιστήριο του νοσοκομείου με την αντίστοιχη χρέωση σε περίπτωση που ο ασθενής δεν πληρώνει συμμετοχή.

- Πληρωμή από τον Ασθενή



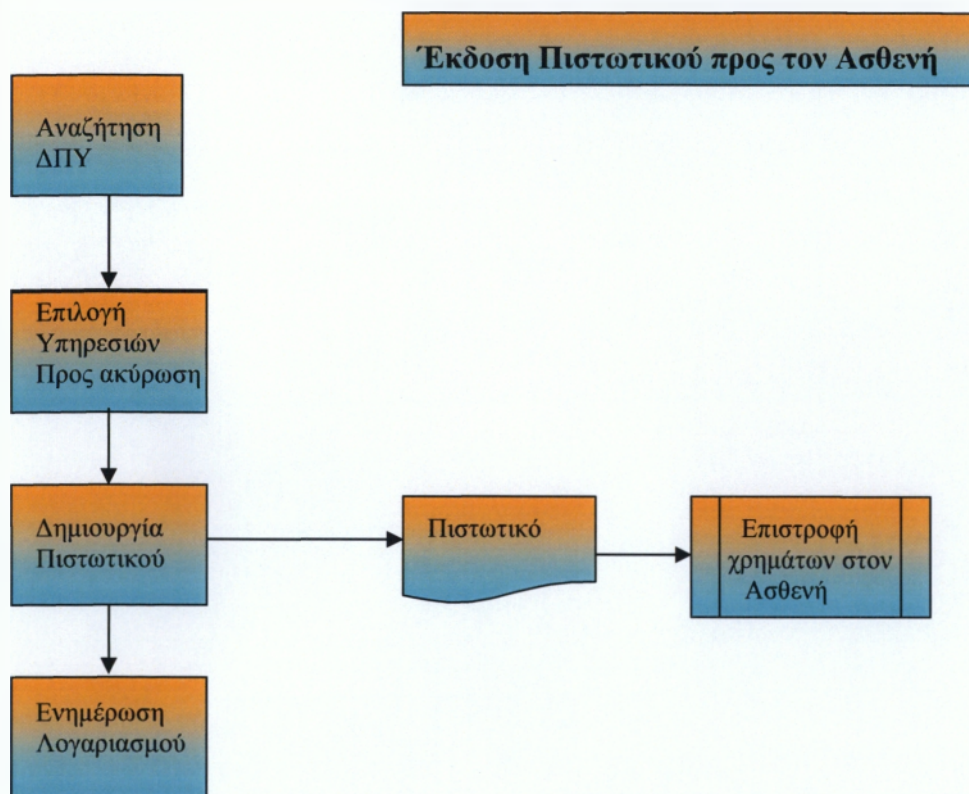
**Διάγραμμα Ροής 4.46 :** Πληρωμή από τον Ασθενή

Είσπραξη χρηματικού ποσού από ασθενή.

1. Κάποιος ασθενής πληρώνει χρήματα στο ταμείο. Μπορεί να είναι στα πλαίσια κάποιας προκαταβολής ή κάποιας διεκπεραίωσης οικονομικής οφειλής και αφορά κάποιο ΔΠΥ.



2. Γίνεται η παραλαβή των χρημάτων από τον ταμιά.
  3. Στη συνέχεια εκδίδεται γραμμάτια είσπραξης ενημερώνεται ο λογαριασμός και το υπόλοιπο του ασθενή , και ενημερώνεται το υπόλοιπο του ταμείου .
  4. Ενημερώνονται οι κατάλληλοι λογαριασμοί στο λογιστήριο του νοσοκομείου για την πληρωμή από τον ασθενή.
- Έκδοση Πιστωτικού προς τον Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.47 :** Έκδοση Πιστωτικού προς τον Ασθενή

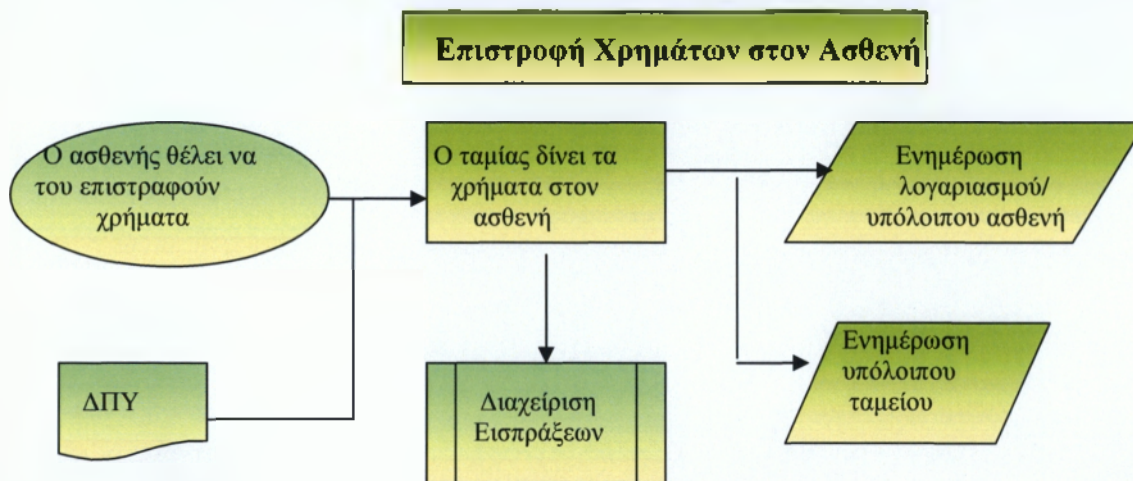
Χρειάζεται να ακυρωθούν κάποιες εξετάσεις που χρεώθηκαν σε έναν ασθενή, για τις οποίες έχει ήδη κοπεί ΔΠΥ. Για τις εξετάσεις αυτές πρέπει κοπεί πιστωτικό τιμολόγιο.

1. Γίνεται αναζήτηση του ΔΠΥ που έχει κοπεί και το οποίο πρέπει να ακυρωθεί είτε ολόκληρο είτε μέρος των εξετάσεων που υπάρχουν σε αυτό.
2. Επιλέγονται οι υπηρεσίες που πρόκειται να ακυρωθούν.
3. Δημιουργείται πιστωτικό τιμολόγιο, επί πιστώσει, με τα στοιχεία του αρχικού και με τις

εξετάσεις που πρέπει να ακυρωθούν ώστε να επιστραφεί το ποσό στον ασθενή.

4. Ενημερώνεται η ο λογαριασμούς του ασθενή για την πίστωση του ποσού.
5. Εκτελείται η διαδικασία , για να πάρει ο ασθενής τα χρήματά του.

- Επιστροφή Χρημάτων στον Ασθενή

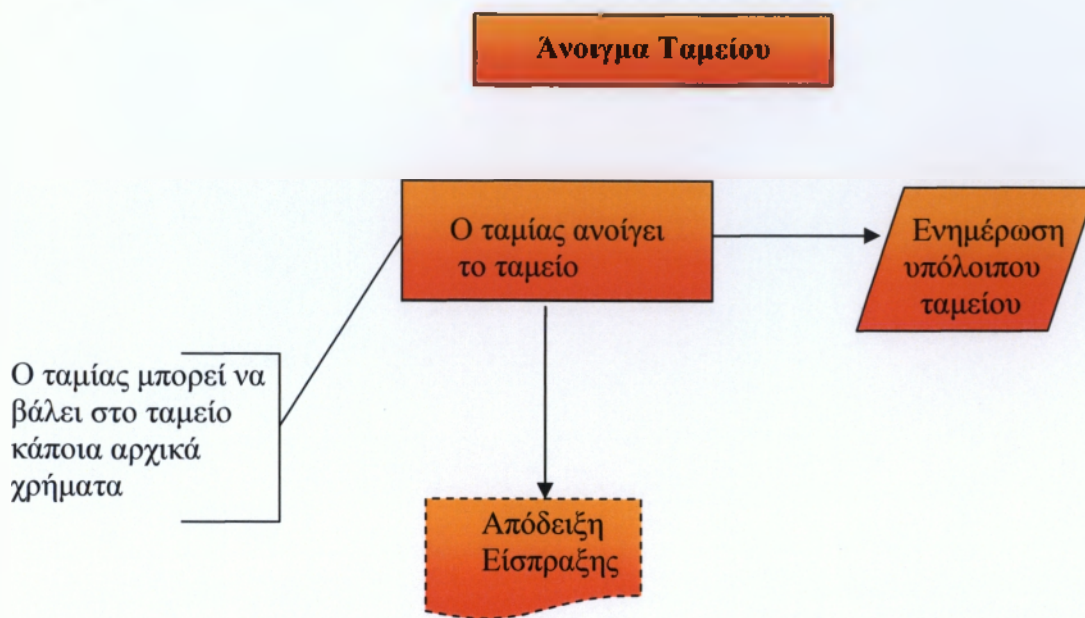


**Διάγραμμα Ροής 4.48 :** Επιστροφή Χρημάτων στον Ασθενή

Επιστροφή χρημάτων σε ασθενή.

1. Κάποιος ασθενής επιθυμεί να του επιστραφούν χρήματα. Προσκομίζει τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την εισπραξη π.χ. το πιστωτικό τιμολόγιο που εκδόθηκε για εξετάσεις που δεν έγιναν.
2. Ο ταμίας δίνει τα χρήματα στον ασθενή και ενημερώνεται ο λογαριασμός και το υπόλοιπο του και το υπόλοιπο του ταμείου .
3. Ενημερώνονται οι κατάλληλοι λογαριασμοί στο λογιστήριο του νοσοκομείου για την επιστροφή χρημάτων στον ασθενή.

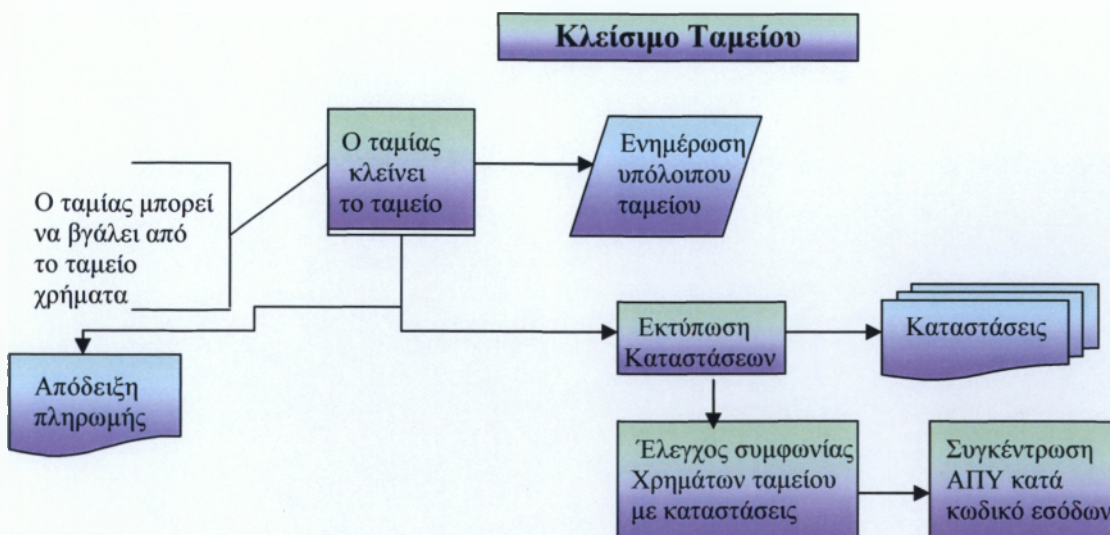
- Άνοιγμα Ταμείου



**Διάγραμμα Ροής 4.49 :** Άνοιγμα Ταμείου

1. Ο ταμίας ανοίγει το ταμείο και μπορεί κατά το άνοιγμα να τοποθετήσει κάποιο αρχικό ποσό. Στην περίπτωση αυτή εκδίδεται απόδειξη εισπραξης για το ποσό που τοποθετείται στο ταμείο.
2. Ενημερώνεται το υπόλοιπο του ταμείου με το ποσό που τοποθετήθηκε

- Κλείσιμο Ταμείου

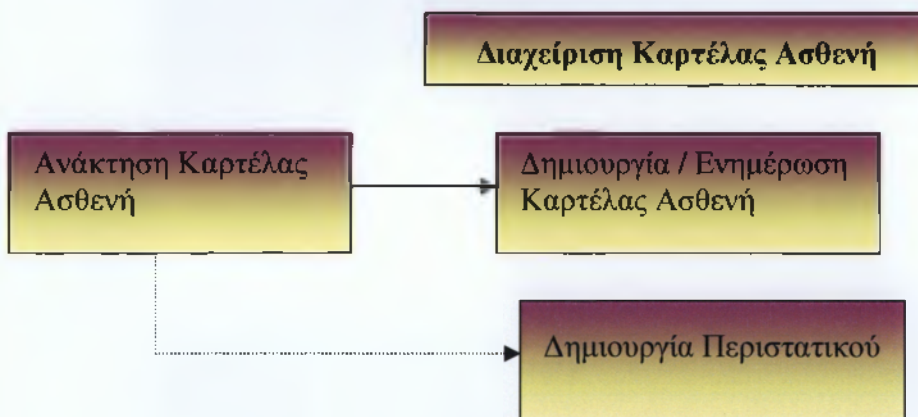


**Διάγραμμα Ροής 4.50 :** Κλείσιμο Ταμείου

1. Ο ταμίας στο τέλος της εργασίας του, κλείνει το ταμείο και μπορεί να βγάλει κάποια χρήματα (πχ για να τα μεταφέρει στο λογιστήριο ή σε κάποια τράπεζα). Σε αυτή την περίπτωση εκδίδεται απόδειξη πληρωμής .
2. Αν έχει γίνει εισπραξη χρημάτων από το ταμείο, ενημερώνεται το υπόλοιπο του.
3. Εκτυπώνονται καταστάσεις με τις κινήσεις του τελευταίου ανοιγοκλεισίματος (εισπράξεις , πληρωμές ).
4. Γίνεται έλεγχος του υπολοίπου του ταμείου που προκύπτει από τις καταστάσεις με τις κινήσεις και του χρηματικού υπολοίπου που βρίσκεται στο ταμείο κατά το κλείσιμο. Τα δύο αυτά υπόλοιπα πρέπει να είναι σε συμφωνία.
5. Γίνεται συγκέντρωση των ποσών από τα ΔΠΥ που κόπηκαν κατά τη διάρκεια του ανοιγοκλεισίματος και χωρίζονται κατά κωδικό εσόδων. (π.χ. εξετάσεις, υλικά, φάρμακα)

#### 4.3.3 Διαχείριση Καρτέλας Ασθενή

- Διαχείριση Καρτέλας Ασθενή

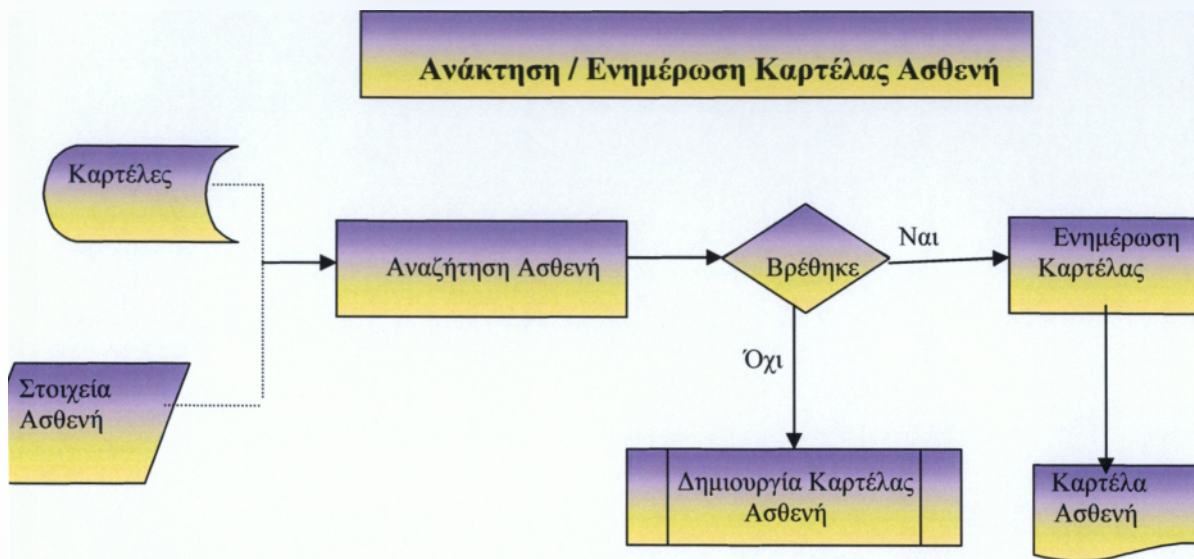


**Διάγραμμα Ροής 4.51 :** Διαχείριση Καρτέλας Ασθενή

Σε επαφή με τον ασθενή γίνεται ανάκτηση της καρτέλας του . Εάν δεν βρεθεί καρτέλα επειδή ο ασθενής προσέρχεται για πρώτη φορά στον νοσοκομείο, τότε δημιουργείται μια νέα καρτέλα. Όταν ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο, προσέρχεται σε κάποιο ραντεβού ή

μεταφέρεται στα επείγοντα περιστατικά, δημιουργείται ένα νέο περιστατικό .

- Ανάκτηση / Ενημέρωση Καρτέλας Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.52 :** Ανάκτηση / Ενημέρωση Καρτέλας Ασθενή

Γίνεται αναζήτηση στις καρτέλες ασθενή βάσει των στοιχείων του περιστατικού (δημογραφικά ασθενή, κλπ.). Αν βρεθεί, ανοίγει η καρτέλα του ασθενή και υπάρχει η δυνατότητα για την ενημέρωση των στοιχείων. Αν όχι, τότε εκτελείται η διαδικασία Δημιουργίας Καρτέλας ασθενή .

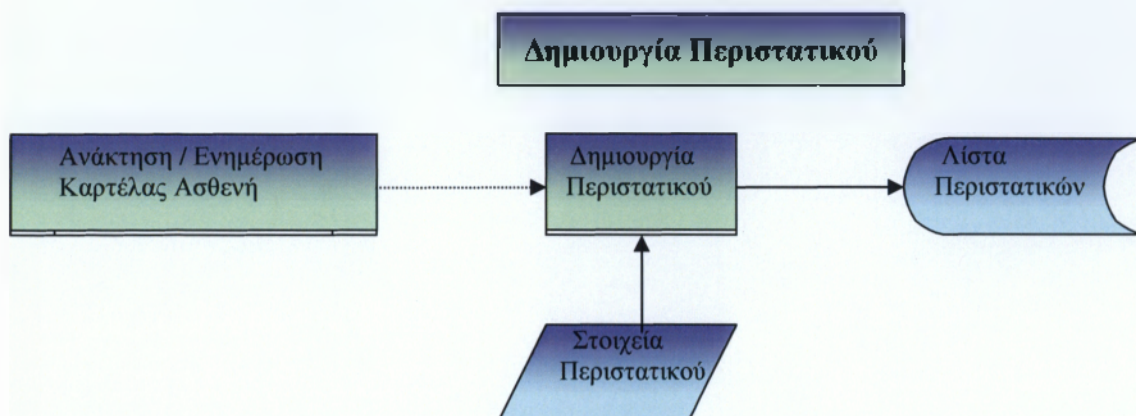
- Δημιουργία Καρτέλας Ασθενή



**Διάγραμμα Ροής 4.53 :** Δημιουργία Καρτέλας Ασθενή

Εάν δεν βρεθεί η καρτέλα του ασθενή που αναζητεί ο χρήστης, τότε δημιουργείται μια καινούρια καρτέλα στην οποία θα πρέπει να καταγραφούν τουλάχιστον όλα τα υποχρεωτικά πεδία.

- Δημιουργία Περιστατικού

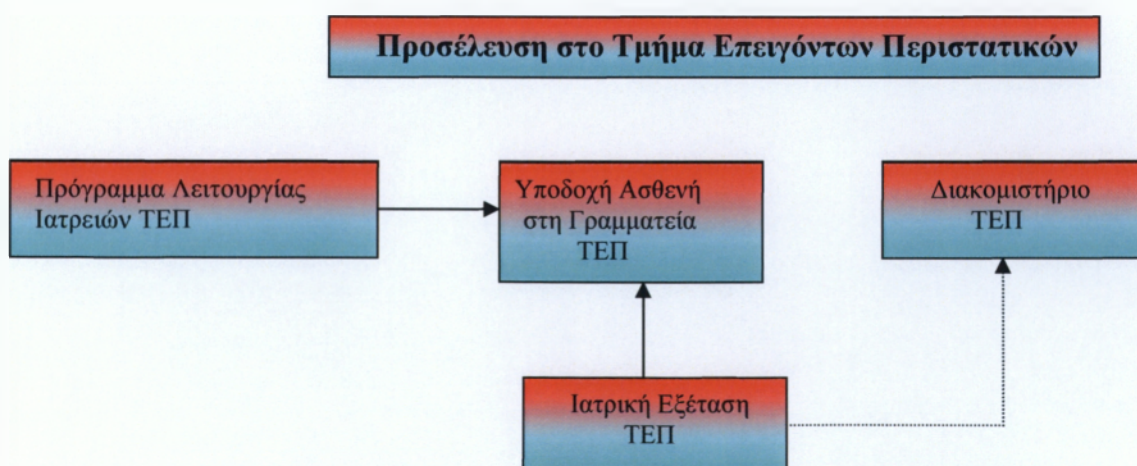


**Διάγραμμα Ροής 4.54 :** Δημιουργία Περιστατικού

Μετά την ανάκτηση και την ενημέρωση της καρτέλας του ασθενή με τη διαδικασία , είναι δυνατόν να προχωρήσουμε με την καταχώρηση των στοιχείων του περιστατικού, όπως η αιτία εισαγωγής, κλίνη νοσηλείας (αν είναι νοσηλευόμενος), ασφαλιστικός φορέας, και να δημιουργήσουμε το περιστατικό .

#### 4.3.4. Προσέλευση Ασθενή στο ΤΕΠ

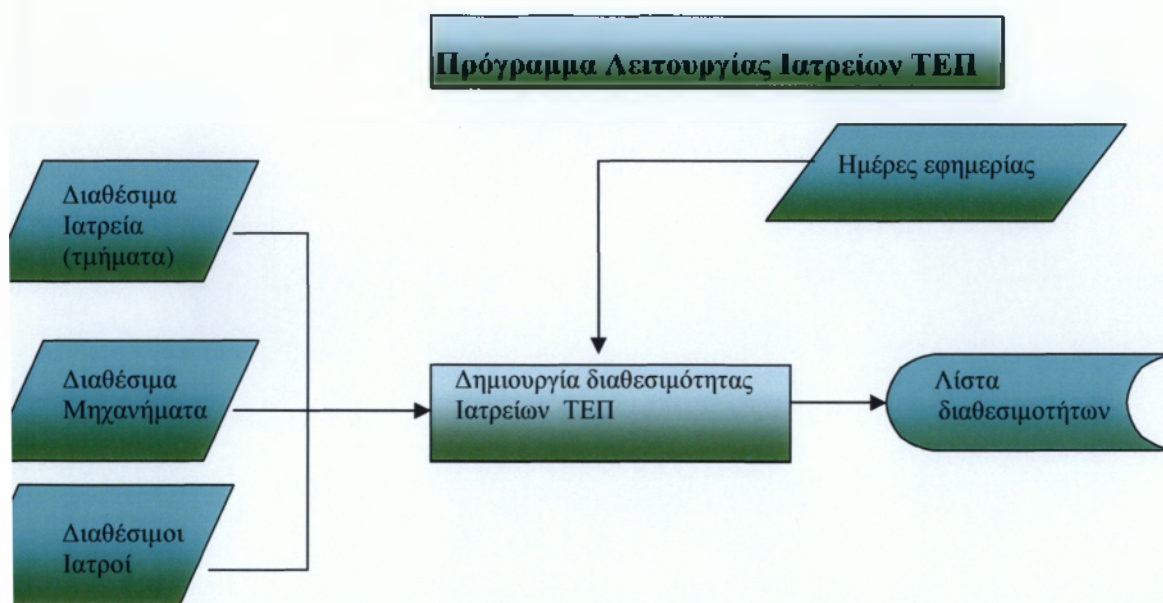
- Προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών



**Διάγραμμα Ροής 4.55 :** Προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Δημιουργείται το πρόγραμμα λειτουργίας του ΤΕΠ με βάση τις ημέρες εφημερίας, τα ιατρεία και το προσωπικό του νοσοκομείου . Οι ασθενείς προσέρχονται στη γραμματεία του τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) όπου θα εκδοθούν τα απαραίτητα παραπεμπτικά και θα πληρώσουν τα αντίστοιχα εξετάστρα (εάν χρειάζεται). Στη γραμματεία του ΤΕΠ ενδέχεται να προσέλθει και ένας ασθενής που έχει περάσει από κάποιο ιατρείο του ΤΕΠ, του έχει γράψει ο ιατρός ορισμένες παρακλινικές εξετάσεις και πρέπει να πληρώσει .Επίσης μπορεί ένας ασθενής που προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών να χρειαστεί διακομιδή σε άλλη μονάδα υγείας .

- Πρόγραμμα Λειτουργίας Ιατρείων ΤΕΠ



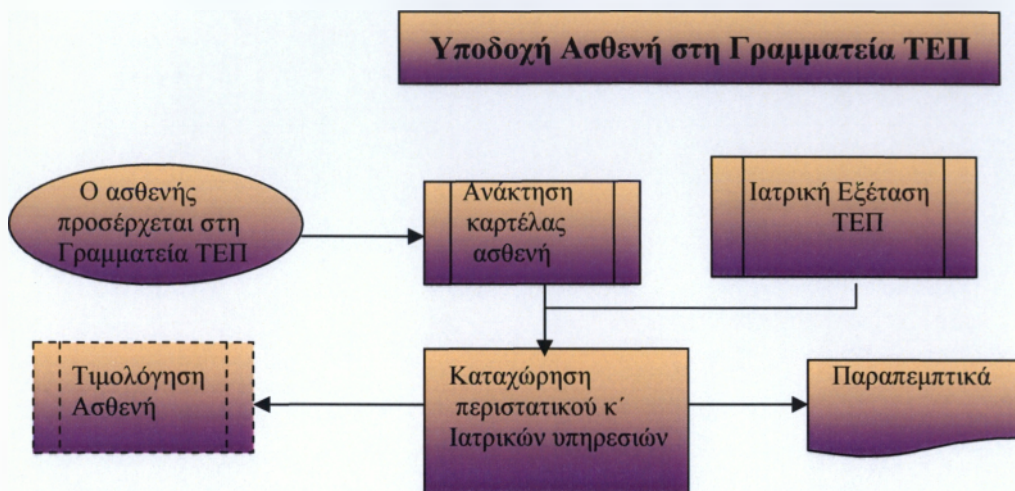
**Διάγραμμα Ροής 4.56 :** Πρόγραμμα Λειτουργίας Ιατρείων ΤΕΠ

Σκοπός της διαδικασίας αυτής είναι να καθοριστούν οι μέρες και ώρες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ιατρεία του ΤΕΠ.

1. Λίστα με τα τμήματα των ιατρείων που είναι διαθέσιμα για τη λειτουργία του ΤΕΠ.
2. Λίστα με τα διαθέσιμα μηχανήματα, εάν χρειάζεται.
3. Ποιοι ιατροί είναι διαθέσιμοι.
4. Ποιες είναι οι ημέρες εφημερίας.

5. Δημιουργία λίστας διαθεσιμότητας ιατρικών ΤΕΠ.

- Υποδοχή Ασθενή στη Γραμματεία ΤΕΠ

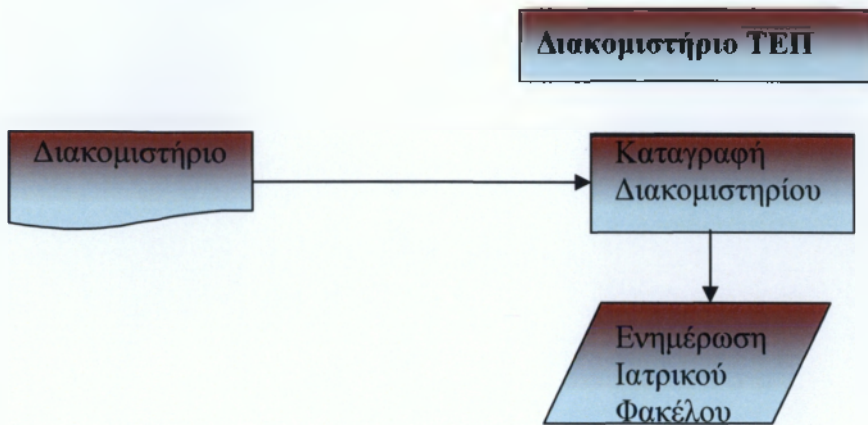


**Διάγραμμα Ροής 4.57 :** Υποδοχή Ασθενή στη Γραμματεία ΤΕΠ

1. Ο ασθενής προσέρχεται στη γραμματεία ΤΕΠ και επιθυμεί να εξεταστεί από κάποιον ιατρό ή να κάνει κάποια εξέταση στα εργαστήρια του νοσοκομείου.
2. Γίνεται ανάκτηση της καρτέλας του ασθενή με τη χρήση της διαδικασίας.
3. Καταχωρείται το περιστατικό και οι ιατρικές υπηρεσίες που θα προσφερθούν στον ασθενή ή οι εξετάσεις που θα κάνει στα εργαστήρια και εκδίδονται τα παραπεμπτικά. Ιατρικές εξετάσεις που καταγράφονται ηλεκτρονικά μέσα στα ιατρεία του ΤΕΠ εμφανίζονται αυτόματα στο περιστατικό.
4. Γίνεται τιμολόγηση των υπηρεσιών που έχουν καταχωρηθεί με τη διαδικασία (Τιμολόγηση Ασθενή) όπου και παράγεται το ΔΠΥ.



- Διακομιστήριο ΤΕΠ



**Διάγραμμα Ροής 4.58 :** Διακομιστήριο ΤΕΠ

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται στη περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται να διακομιστεί σε άλλη μονάδα υγείας. Η διαδικασία αυτή ξεκινά με την έκδοση του διακομιστηρίου από τον ιατρό, όπου συμπληρώνονται τα απαραίτητα στοιχεία και ενημερώνεται ο ιατρικός φάκελος με τα στοιχεία της διακομιδής. Εάν ο ιατρός δεν καταγράψει ηλεκτρονικά το διακομιστήριο, στη γραμματεία ΤΕΠ γίνεται η καταγραφή του και η ενημέρωση του φακέλου του ασθενή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### “ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Ν

#### «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»”

Στο τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αποτυπώνονται ποσοτικά οι προσφερόμενες υπηρεσίες και γίνεται ανάλυση, επεξεργασία και σύγκριση των στατιστικών στοιχείων μεταξύ των ετών 2005-2006 σύμφωνα με τα στοιχεία κίνησης κάθε τμήματος του Π.Γ.Ν.Ν. “ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ”.

#### 5.1.Ανάπτυξη Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, Τμήματα και Μονάδες. Το σύνολο των οργανικών κλινών του Νοσοκομείου ανέρχεται στις 716 (ΦΕΚ 373/Β/95), 343 κλίνες ανήκουν στον Παθολογικό Τομέα, 343 κλίνες στον Χειρουργικό Τομέα και 30 κλίνες στον Ψυχιατρικό Τομέα. Το σύνολο των ανεπτυγμένων κλινών του νοσοκομείου στις 31/12/2005 ανήλθε στις 618.

Η Ιατρική Υπηρεσίας διαρθρώνεται στους παρακάτω Τομείς και Διατομεακά Τμήματα :

<b>A. ΤΟΜΕΙΣ</b>			
<b>A/a</b>	<b>Ονομασία</b>	<b>Ανεπτυγμένες Κλίνες</b>	<b>Οργανικές Κλίνες</b>
1	Παθολογικός	313	343
2	Χειρουργικός	281	343
3	Εργαστηριακός	-	-
4	Ψυχιατρικός	24	30
	<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>618</b>	<b>716</b>

## 5.2 Συνολική Παρουσίαση Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας του Π.Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παντελεήμων"

### 5.2.1 Γενικά

Το Νοσοκομείο παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας με τα ιατρικά τμήματα και τις μονάδες που διαθέτει. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες αποτυπώνονται ποσοτικά σύμφωνα με τα στοιχεία κίνησης κάθε τμήματος. Η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων αυτών αναδεικνύει σημαντικά ευρήματα που απεικονίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα οποία χρήζουν συστηματικής παρακολούθησης.

Στη διάρκεια του έτους 2005 λειτούργησαν συνολικά 27 Ιατρικά Τμήματα και Μονάδες που πραγματοποίησαν νοσηλεία ασθενών. Η κίνηση της Α' Μονάδας Εμφραγμάτων περιλαμβάνεται στο Α' Καρδιολογικό Τμήμα και της Β' Μονάδας Εμφραγμάτων περιλαμβάνεται στο Β' Καρδιολογικό Τμήμα. Κατά τη διάρκεια δε του 2005 ξεκίνησε η λειτουργία της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας στο πλαίσιο της λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών ανέρχεται στις 716 (343 οργανικές κλίνες για τον Παθολογικό Τομέα, 343 οργανικές κλίνες για το Χειρουργικό Τομέα και 30 οργανικές κλίνες για τον Ψυχιατρικό Τομέα). Οι ανεπτυγμένες κλίνες στις 31/12/2006 ήταν 627. Οι ανεπτυγμένες κλίνες για τον Παθολογικό Τομέα ανήλθαν στις 331 στο Χειρουργικό τομέα στις 272 και στον Ψυχιατρικό Τομέα στις 24 κλίνες.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.2 οι διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας για το 2006 ανήλθαν στις 222.451 και οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας στις 158.216. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανήλθε στους 32.936 με μέση διάρκεια νοσηλείας 4,8 ημέρες και πληρότητα 71,12%.

**Πίνακας 5.1** Γενική παρουσίαση της Παραγωγικής Λειτουργίας του Νοσοκομείου

Δείκτες	2005	2006	Μεταβολές	
			Πλήθος	%
Αριθμός Οργανικών Κλινών	716	716	0,00	0,00
Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	618	627	9	1,46
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Παθολογικού, Χειρουργικού και Ψυχιατρικού Τομέα	35	35	0,00	0,00
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Νοσηλείας Ασθενών, Παθολογικού, Χειρουργικού και Ψυχιατρικού Τομέα	28	28	0,00	0,00
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Εργαστηριακού Τομέα	15	15	0,00	0,00
Αριθμός Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων	110	109	-1,00	-0,91
Αριθμός Απασχολούμενων (31/12/05)	1.938	1921	-17	-0,9
Αριθμός Εισαγωγών	31.633	31.681	48	0,15
Αριθμός Νοσηλευθέντων	32.798	32.936	138,00	0,42
Αριθμός Πραγματικών Ημερών Νοσηλείας	156.779	158.216	1.437,00	0,92
Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων	7.977	7.614	-363,00	-4,55
Αριθμός Κλεισμένων Ραντεβού στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	83.375	82.304	-1.071,00	-1,28
Αριθμός Επισκέψεων στα Έκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία	175.935	176.844	909	0,52
Ποσοστό (%) Κάλυψης Κλινών	69,65	71,12	1,47	2,11
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	4,78	4,804	0,02	0,50
Ρυθμός Εισροής Ασθενών	53,19	54,04	0,85	1,60
Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών	2,1	1,97	-0,13	-6,19

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

### Υπολογισμός Δεικτών Εκροών

Για τον υπολογισμό των Δεικτών Εκροών χρησιμοποιήθηκαν οι κάτωθι δείκτες :

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας : Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας

Αριθμός Νοσηλευθέντων

Πληρότητα κλινών (%) : Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας \* 100

Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας

Ρυθμός Εισροής Ασθενών : (Πληρότητα Κλινών / 100)

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών : (366 / Ρυθμός Εισροής Ασθενών) - ΜΔΝ

### **1. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας :**

Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Δείχνει το μέσο όρο του χρόνου που νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς στην υπό μελέτη χρονική περίοδο. Προκύπτει διαιρώντας τις συνολικές ημέρες νοσηλείας δια του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών που έχουν ολοκληρώσει τη νοσηλείας τους μέσα στην υπό μελέτη περίοδο. Μετράται σε ημέρες.

### **2. Ημέρες Νοσηλείας :**

Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Προκύπτει ως το άθροισμα του χρόνου παραμονής όλων των ασθενών στο Νοσοκομείο στην υπό μελέτη περίοδο. Μετράται σε ημέρες.

### **3. Πληρότητα κλινών ή Μέση Κάλυψη Κλινών (%) :**

Δείχνει το ποσοστό των πραγματικών ημερών νοσηλείας (δηλ. των ημερών που οι κλίνες του Νοσοκομείου ήταν κατειλημμένες) προς τις συνολικές διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας της υπό εξέταση χρονικής περιόδου. Υπολογίζεται διαιρώντας τις πραγματικές ημέρες νοσηλείας προς τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας (δηλ. προς τον αριθμό κλινών επί τον αριθμό ημερών της υπό μελέτη χρονικής περιόδου που είναι 365 αν αναφερόμαστε σε ετήσια περίοδο που είναι και το σύνηθες). Εκφράζεται ως ποσοστό (%). Δίνει ένα απλό και παραστατικό μέτρο του βαθμού αξιοποίησης των πόρων του Νοσοκομείου (τουλάχιστον σε μια πρώτη προσέγγιση).

#### **4. Ρυθμός Εισροής Ασθενών :**

Ορίζεται για Εσωτερικούς Ασθενείς. Δείχνει πόσοι, κατά μέσο όρο, ασθενείς νοσηλεύτηκαν σε κάθε κλίνη του Νοσοκομείου στην υπό μελέτη χρονική περίοδο. Προκύπτει διαιρώντας τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών της υπό μελέτη χρονικής περιόδου, δια του αριθμού των ενεργών κλινών του Νοσοκομείου.

#### **5. Διάστημα Εναλλαγής Κλινών :**

Εναλλακτικά ονομάζεται και «Μέσο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών (ή αδράνειας) ανά Κλίνη». Δείχνει πόσες ημέρες η κάθε κλίνη παραμένει, κατά μέσο όρο, κενή, μέχρι την είσοδο του επόμενου ασθενούς. Προκύπτει αν διαιρέσουμε τις «μη αξιοποιημένες» ημέρες νοσηλείας (δηλ. τη διαφορά των πραγματικών ημερών νοσηλείας από τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας στην υπό εξέταση περίοδο), δια του αριθμού των περιστατικών. Εκφράζεται σε ημέρες και μετράται συνήθως σε ετήσια βάση.

Στον παρακάτω πίνακα 5.2 γίνεται παρουσίαση των Ιατρονοσηλευτικών δεικτών των Τμημάτων Ιατρικής Υπηρεσίας από 1/1/2006 έως 31/12/2006.

**Πίνακας 5.2** Ιατρονοσηλευτικοί δείκτες Τμημάτων Ιατρικής Υπηρεσίας από 1/1/2006 έως 31/12/2006

Ιατρικά Τμήματα	Αρ.Κλινών 31/12/2006	Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας	Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας	Νοσηλευθέντες	Εισιτήρια	Εξιτήρια	Διακομιδές από	Θάνατοι	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Πληρότη τα %	Ρυθμός Εισροής Ασθενών	Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>331</b>	<b>113.515</b>	<b>82.044</b>	<b>19.457</b>	<b>18.994</b>	<b>18.799</b>	<b>694</b>	<b>762</b>	<b>4,217</b>	<b>72,28</b>	<b>62,56</b>	<b>1,63</b>
Α' Παθολογικό	37	13.505	9.753	1.571	1.533	1.468	114	137	6,208	72,22	42,46	2,41
Α' Παθολογικό- Λοιμώξεις**	2											
Β' Παθολογικό	39	14.235	9.327	1.931	1.901	1.847	91	158	4,830	65,52	49,51	2,56
Γ' Παθολογικό	38	13.870	9.844	1.653	1.620	1.541	97	182	5,955	70,97	43,50	2,46
Α' Καρδιολογικό	36	13.140	9.674	2.352	2.249	2.260	85	83	4,113	73,62	65,33	1,49
Β' Καρδιολογικό	29	10.585	7.871	2.110	1.999	2.052	52	72	3,730	74,36	72,76	1,30
Παιδιατρικό	21	7.665	5.092	1.294	1.278	1.279	3	0	3,935	66,43	61,62	2,00
Νεογνολογικό	26	9.490	5.345	381	367	369	0	8	14,029	56,32	14,65	10,95
Γαστρεντερολογικό	3	1.095	1.616	612	604	595	13	0	2,641	147,58	204,00	-0,85
Ενδοκρινολογικό	4	1.460	608	172	169	171	1	0	3,535	41,64	43,00	4,98
Νεφρολογικό	18	6.570	5.417	1.859	1.795	1.832	27	30	2,914	82,45	103,28	0,63
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης**	2											
Μονάδα Αιμοκάθαρσης**	16											
Πνευμονολογικό	23	8.395	6.813	1.243	1.160	1.186	61	81	5,481	81,16	54,04	1,29
Νευρολογικό	21	7.665	6.077	873	834	803	67	10	6,961	79,28	41,57	1,84
Μονάδα Αιμοδυναμικού	6	2.190	706	702	781	699	82	1	1,006	32,24	117,00	2,12
Μονάδα Νοσηλ. Μεσογ. Αναμίας	10	3.650	3.901	2.704	2.704	2.697	1	0	1,443	106,88	270,40	-0,09
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>272</b>	<b>100.176</b>	<b>69.029</b>	<b>12.991</b>	<b>12.273</b>	<b>12.378</b>	<b>563</b>	<b>152</b>	<b>5,314</b>	<b>68,91</b>	<b>47,33</b>	<b>2,42</b>
Α' Χειρουργικό	27	9.855	7.515	1.306	1.198	1.256	48	31	5,754	76,26	48,37	1,81
Β' Χειρουργικό	34	12.410	7.907	1.161	1.077	1.105	64	19	6,811	63,71	34,15	3,91

Ιατρικά Τμήματα	Αρ.Κλινών 31/12/2006	Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας	Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας	Νοσηλευθέντες	Εισιτήρια	Εξιτήρια	Διακομιδές από	Θάνατοι	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Πληρότη τα %	Ρυθμός Εισροής Ασθενών	Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών
Ορθοπαιδικό	43	15.695	11.093	1.530	1.499	1.477	35	16	7,250	70,68	35,58	3,04
Ουρολογικό	20	8.584	7.077	1.960	1.934	1.936	19	4	3,611	82,44	83,34	0,78
Ωτορινολαρυγγολογικό	20	7.300	5.816	1.143	1.122	1.125	11	3	5,088	79,67	57,15	1,32
Νευροχειρουργικό	42	15.330	12.889	1.367	1.279	1.282	93	59	9,429	84,08	32,55	1,82
Θωρακοχειρουργικό	16	5.840	2.588	456	406	416	41	5	5,675	44,32	28,50	7,17
Παιδοχειρουργικό	16	5.840	1.439	637	633	630	6	0	2,259	24,64	39,81	6,93
Οφθαλμολογικό	14	5.110	2.546	1.500	1.493	1.496	2	0	1,697	49,82	107,14	1,72
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	28	10.220	6.434	1.615	1.590	1.590	13	3	3,984	62,95	57,68	2,36
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	8	2.792	2.599	229	28	48	167	9	11,349	93,09	29,94	0,88
Μον.Αυξημένης Φροντίδας	4	1.200	1.126	87	14	17	64	3	12,943	93,83	26,46	0,89
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>24</b>	<b>8.760</b>	<b>7.143</b>	<b>488</b>	<b>414</b>	<b>465</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>14,637</b>	<b>81,54</b>	<b>20,33</b>	<b>3,36</b>
Ψυχιατρικό	24	8.760	7.143	488	414	465	11	1	14,637	81,54	20,33	3,36
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>627</b>	<b>222.451</b>	<b>158.216</b>	<b>32.936</b>	<b>31.681</b>	<b>31.642</b>	<b>1.268</b>	<b>915</b>	<b>4.804</b>	<b>71,12</b>	<b>54,04</b>	<b>1,97</b>

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών



Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανήλθε στις 54,04 μονάδες και το διάστημα εναλλαγής ασθενών στις 1,97 μονάδες. Οι εισαγωγές ασθενών (εισιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών από άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 31.681, οι εξαγωγές ασθενών (εξιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών σε άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 31.642 και οι θάνατοι στους 915.

Ο υψηλότερος αριθμός ημερών νοσηλείας παρατηρείται στο Νευροχειρουργικό Τμήμα με 12.889 ημέρες και ακολουθούν το Ορθοπεδικό Τμήμα με 11.093 ημέρες, το Α΄ Παθολογικό Τμήμα με 9.753 ημέρες και το Γ΄ Παθολογικό Τμήμα με 9.844 ημέρες. Ενώ ο χαμηλότερος αριθμός ημερών νοσηλείας παρατηρείται στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 608 ημέρες και ακολουθούν η Μονάδα Αιμοδυναμικού με 706 ημέρες, η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 1.126 ημέρες και το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 1.439 ημέρες.

Ο υψηλότερος αριθμός νοσηλευθέντων παρατηρείται στη Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 2.704 νοσηλευθέντες και ακολουθούν το Ουρολογικό Τμήμα με 2.162 νοσηλευθέντες, το Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα με 2.352 νοσηλευθέντες και το Β΄ Καρδιολογικό Τμήμα με 2.110 νοσηλευθέντες. Ενώ ο χαμηλότερος αριθμός νοσηλευθέντων παρατηρείται στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 87 νοσηλευθέντες, και ακολουθούν το Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 172 νοσηλευθέντες, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 229 νοσηλευθέντες και το Νεογνολογικό Τμήμα με 381 νοσηλευθέντες.

Ο υψηλότερος αριθμός θανάτων παρατηρείται στα Παθολογικά Τμήματα με υψηλότερο αριθμό στο Γ΄ Παθολογικό Τμήμα (182) και ακολουθούν το Β΄ Παθολογικό (158) και το Α΄ Παθολογικό (137). Μηδενικός αριθμός θανάτων παρατηρείται στα Τμήματα: Παιδιατρικό, Γαστρεντερολογικό, Ενδοκρινολογικό, Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας, Παιδοχειρουργικό και Οφθαλμολογικό.

Η υψηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας παρατηρείται στο Ψυχιατρικό Τμήμα με 14,637 ημέρες και ακολουθούν το Νεογνολογικό Τμήμα με 14,029 ημέρες, η Μονάδα

Αυξημένης Φροντίδας 12,943 ημέρες, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 11,349 ημέρες. Η χαμηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας παρατηρείται, εκτός από τις Μονάδες Αιμοδυναμικού με 1,006 ημέρες και Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 1,443 ημέρες, στο Οφθαλμολογικό Τμήμα με 1,697 ημέρες και ακολουθούν το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 2,259 ημέρες, το Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 2,641 ημέρες και το Νεφρολογικό Τμήμα με 2,914 ημέρες.

Η υψηλότερη Πληρότητα παρατηρείται στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 147,58% και ακολουθούν η Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 106,88% και η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 93,83%. Η χαμηλότερη Πληρότητα παρατηρείται στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 24,64% και ακολουθούν η Μονάδα Αιμοδυναμικού με 32,24% και το Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 41,64%.

Ο υψηλότερος Ρυθμός Εισροής Ασθενών παρατηρείται στη Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 270,40 μονάδες και ακολουθούν το Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 204,00 μονάδες, η Μονάδα Αιμοδυναμικού με 117,00 μονάδες και το Οφθαλμολογικό Τμήμα με 107,14 μονάδες. Ο χαμηλότερος Ρυθμός Εισροής Ασθενών παρατηρείται στο Νεογνολογικό Τμήμα με 14,65 μονάδες, και ακολουθούν το Ψυχιατρικό Τμήμα με 20,33 μονάδες, η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 26,46 μονάδες και το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 28,50 μονάδες.

Το υψηλότερο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών παρατηρείται στο Νεογνολογικό Τμήμα με 10,95 μονάδες και ακολουθούν το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 7,17 μονάδες, το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 6,93 μονάδες και το Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 4,98 μονάδες. Το χαμηλότερο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών παρατηρείται στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα με -0,85 μονάδες και ακολουθούν η Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με -0,09 μονάδες, το Νεφρολογικό Τμήμα με 0,63 μονάδες, το Ουρολογικό Τμήμα με 0,78 μονάδες και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 0,88 μονάδες.

Στον Παθολογικό Τομέα για το Έτος 2006 είχε 18.994 Εισιτήρια , Διακομιδές από άλλα νοσοκομεία 694 , Νοσηλευθέντες 19.457 από τους οποίους πήραν Εξιτήριο οι 18.799 ασθενείς .Στον Χειρουργικό Τομέα το Έτος 2006 το νοσοκομείο είχε 12.273 Εισιτήρια , 563 Διακομιδές από άλλα νοσοκομεία , 12.991 Νοσηλευθέντες από τους οποίους πήραν οι 12.378 Εξιτήριο , 152 Θάνατοι και 701 Διακομιδές σε άλλα νοσοκομεία .Στον Ψυχιατρικό Τομέα το νοσοκομείο είχε 414 Εισιτήρια , 11 Διακομιδές από άλλα νοσοκομεία , 488 Νοσηλευθέντες από τους οποίους οι 465 πήραν Εξιτήριο ενώ διακομίστηκαν 61 ασθενείς και είχε 1 Θανάτο .

Στον παρακάτω πίνακα 5.3 γίνεται παρουσίαση των Εισιτηρίων , Εξιτηρίων , Διακομιδών του Έτους 2006.

Πίνακας 5.3 Εισιτήρια - Εξιτήρια – Διακομιδές Έτους 2006

Ιατρικά Τμήματα	Αρ.Κλινών 31/12/2006	Εναπομείναντες Προηγ.έτους	Εισιτήρια	Διακομιδές από	Νοσηλευθέντες	Εξιτήρια	Θάνατοι	Διακομιδές σε	Εναπομείναντες Τρέχ.έτους
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>331</b>	<b>136</b>	<b>18.994</b>	<b>694</b>	<b>19.457</b>	<b>18.799</b>	<b>762</b>	<b>531</b>	<b>165</b>
A' Παθολογικό	37	36	1.533	114	1.571	1.468	137	28	16
A' Παθολογικό-Λοιμώξεις*	2								
B' Παθολογικό	39	7	1.901	91	1.931	1.847	158	43	14
Γ' Παθολογικό	38	12	1.620	97	1.653	1.541	182	42	37
A' Καρδιολογικό	36	14	2.249	85	2.352	2.260	83	97	17
B' Καρδιολογικό	29	15	1.999	52	2.110	2.052	72	106	16
Παιδιατρικό	21	8	1.278	3	1.294	1.279	0	7	13
Νεογνολογικό	26	14	367	0	381	369	8	0	12
Γαστρεντερολογικό	3	0	604	13	612	595	0	12	3
Ενδοκρινολογικό	4	0	169	1	172	171	0	3	0
Νεφρολογικό	18	7	1.795	27	1.859	1.832	30	67	10
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης*	2								
Μονάδα Αιμοκάθαρσης*	16								
Πνευμονολογικό	23	15	1.160	61	1.243	1.186	81	87	15
Νευρολογικό	21	8	834	67	873	803	10	39	11
Μονάδα Αιμοδυναμικού	6	0	781	82	702	699	1	0	0
Μονάδα Νοσηλ.Μεσογ.Αναιμίας	10	0	2.704	1	2.704	2.697	0	0	1
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>272</b>	<b>93</b>	<b>12.273</b>	<b>563</b>	<b>12.991</b>	<b>12.378</b>	<b>152</b>	<b>701</b>	<b>106</b>
A' Χειρουργικό	27	14	1.198	48	1.306	1.256	31	104	13
B' Χειρουργικό	34	11	1.077	64	1.161	1.105	19	88	8
Ορθοπαιδικό	43	8	1.499	35	1.530	1.477	16	30	26
Ουρολογικό	20	7	1.934	19	1.960	1.936	4	19	5
Ωτορινολαρυγγολογικό	20	8	1.122	11	1.143	1.125	3	13	6
Νευροχειρουργικό	42	21	1.279	93	1.367	1.282	59	95	20

Ιατρικά Τμήματα	Αρ.Κλινώ 31/12/2006	Εναπομείναντες Προηγ.έτους	Εισιτήρια	Διακομιδές από	Νοσηλευθέντες	Εξιτήρια	Θάνατοι	Διακομιδές σε	Εναπομείναντες Τρέχ.έτους
Θωρακοχειρουργικό	16	3	406	41	456	416	5	52	3
Παιδοχειρουργικό	16	3	633	6	637	630	0	3	3
Οφθαλμολογικό	14	3	1.493	2	1.500	1.496	0	4	2
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	28	7	1.590	13	1.615	1.590	3	20	14
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	8	8	28	167	229	48	9	199	0
Μον.Αυξημένης Φροντίδας	4	0	14	64	87	17	3	74	6
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>414</b>	<b>11</b>	<b>488</b>	<b>465</b>	<b>1</b>	<b>61</b>	<b>16</b>
Ψυχιατρικό	24	16	414	11	488	465	1	61	16
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>627</b>	<b>245</b>	<b>31.681</b>	<b>1.268</b>	<b>32.936</b>	<b>31.642</b>	<b>915</b>	<b>1.293</b>	<b>287</b>

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

Το Π.Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων το Έτος 2006 είχε 31.681 Εισαγωγές από τις οποίες οι 3.488 με ποσοστό 11,01% ήταν Τακτικές και οι 28.193 με ποσοστό 88,99% ήταν Έκτακτες Εισαγωγές .Ο Παθολογικός Τομέας το Έτος 2006 είχε 18.994 Εισαγωγές από τις οποίες οι 851 ήταν Έκτακτες με ποσοστό 4,48% και οι 18.143 ήταν Έκτακτες με ποσοστό 95,52% . Ο Χειρουργικός Τομέας είχε 12.273 Εισαγωγές από τις οποίες οι 2.637 με ποσοστό 21,49% ήταν Τακτικές και οι 9.636 ήταν οι Έκτακτες Εισαγωγές με ποσοστό 78,51%. Τέλος ο Ψυχιατρικός τομέας είχε 414 Εισαγωγές όπου όλες ήταν Έκτακτες Εισαγωγές .

Ο υψηλότερος αριθμός Εισαγωγών παρατηρείται στο Α΄ Καρδιολογικό με 2.249 , έπειτα το Β΄Καρδιολογικό με 1999 Εισαγωγές και ακολουθεί το Ουρολογικό με 1.934 Εισαγωγές .

Ο υψηλότερος αριθμός Τακτικών Εισαγωγών παρατηρείται στη Μονάδα Αιμοδυναμικού με ποσοστό 97,18% , ακολουθεί το Οφθαλμολογικό Τμήμα με ποσοστό 71,76% και το Β΄ Χειρουργικό με ποσοστό 36,21%.

Ο υψηλότερος αριθμός Έκτακτων Εισαγωγών παρατηρείται στο Α΄Παθολογικό , το Παιδιατρικό Τμήμα , το Νεογνολογικό , το Πνευμονολογικό με ποσοστό 100% και ακολουθεί το Β΄ Καρδιολογικό με ποσοστό 99,85 % και το Θωρακοχειρουργικό με ποσοστό 99,75% .

Στον παρακάτω πίνακα 5.4 γίνεται παρουσίαση των Τακτικών και Έκτακτων Εισαγωγών του Έτους 2006.

Πίνακας 5.4 Τακτικές – Έκτακτες Εισαγωγές Έτους 2006

Ιατρικά Τμήματα	Εισαγωγές	Τακτικές		Έκτακτες	
		Πλήθ.	%	Πλήθ.	%
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>18.994</b>	<b>851</b>	<b>4,48%</b>	<b>18.143</b>	<b>95,52%</b>
Α' Παθολογικό	1.533	0	0,00%	1.533	100,00%
Β' Παθολογικό	1.901	24	1,26%	1.877	98,74%
Γ' Παθολογικό	1.620	0	0,00%	1.620	100,00%
Α' Καρδιολογικό	2.249	1	0,04%	2.248	99,96%
Β' Καρδιολογικό	1.999	3	0,15%	1.996	99,85%
Παιδιατρικό	1.278	0	0,00%	1.278	100,00%
Νεογνολογικό	367	0	0,00%	367	100,00%
Γαστρεντερολογικό	604	1	0,17%	603	99,83%
Ενδοκρινολογικό	169	0	0,00%	169	100,00%
Νεφρολογικό	1.795	4	0,22%	1.791	99,78%
Πνευμονολογικό	1.160	0	0,00%	1.160	100,00%
Νευρολογικό	834	51	6,12%	783	93,88%
Μονάδα Αιμοδυναμικού	781	759	97,18%	22	2,82%
Μονάδα Νοσηλ.Μεσογ.Αναιμίας	2.704	8	0,30%	2.696	99,70%
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>12.273</b>	<b>2.637</b>	<b>21,49%</b>	<b>9.636</b>	<b>78,51%</b>
Α' Χειρουργικό	1.198	210	17,53%	988	82,47%
Β' Χειρουργικό	1.077	390	36,21%	687	63,79%
Ορθοπαιδικό	1.499	164	10,94%	1.335	89,06%
Ουρολογικό	1.934	247	12,77%	1.687	87,23%
Ωτορινολαρυγγολογικό	1.122	210	18,72%	912	81,28%
Νευροχειρουργικό	1.279	18	1,41%	1.261	98,59%
Θωρακοχειρουργικό	406	1	0,25%	405	99,75%
Παιδοχειρουργικό	633	5	0,79%	628	99,21%
Οφθαλμολογικό	1.493	1.070	71,67%	423	28,33%
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	1.590	322	20,25%	1.268	79,75%
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	28	0	0,00%	28	100,00%
Μον.Αυξημένης Φροντίδας	14	0	0,00%	14	100,00%
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>414</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>414</b>	<b>100,00%</b>
Ψυχιατρικό	414	0	0,00%	414	100,00%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>31.681</b>	<b>3.488</b>	<b>11,01%</b>	<b>28.193</b>	<b>88,99%</b>

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

### 5.2.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006

Οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας (αριθμός ασθενοημερών) ανήλθαν για το 2005 στις 156.779 ημέρες, ενώ για το 2006 ήταν 158.216 ημέρες, δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 1.437 ημέρες ή σε ποσοστό μείωση κατά 0,92%.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για το 2005 ανήλθε στους 32.798 ασθενείς, ενώ για το 2006 ήταν 32.936 ασθενείς, δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 138 ασθενείς ή σε ποσοστό αύξηση κατά 0,42%.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για το 2005 ανήλθε στις 4,780 ημέρες, ενώ για το 2006 ήταν 4,804 ημέρες, δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 0,49%. Η Πληρότητα (ποσοστό κάλυψης κλινών) για το 2005 ανήλθε στο 69,65 ενώ για το 2006 ήταν 71,12% δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 2,11%. Ο Ρυθμός Εισροής Ασθενών για το 2005 ανήλθε στις 53,19 μονάδες, ενώ για το 2006 ήταν 54,04 μονάδες, δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 1,61%. Το Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών για το 2005 ανήλθε στο 2,10 ενώ για το 2006 ήταν στο 1,97 δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά 6,31%.

Παρατηρούμε ότι μεταξύ των Ετών 2005-2006 παρουσιάζεται στον Παθολογικό Τομέα αύξηση Εισιτηρίων κατά 3,87% σε σχέση με το 2005, παρουσιάζεται ανάλογη αύξηση και στα Εξιτήρια με ποσοστό 3,46% αλλά και μια αύξηση στους θανάτους κατά 3,11% .Στον Χειρουργικό Τομέα παρουσιάζεται μείωση Εισιτηρίων με ποσοστό 3,74% , τα Εξιτήρια παρουσιάζουν και αυτά μείωση με ποσοστό 3,93% και η πιο σημαντική μείωση παρουσιάζεται στους θανάτους με ποσοστό 98,77% .Τέλος στον Ψυχιατρικό Τομέα παρουσιάζεται μείωση στα Εισιτήρια με ποσοστό 30,54% , τα Εξιτήρια παρουσιάζουν και αυτά μείωση με ποσοστό 26,42% και δεν είχε κανένα Θανάτο .

Στον παρακάτω πίνακα 5.5 γίνεται σύγκριση των στατιστικών στοιχείων των Εισιτηρίων , Εξιτηρίων , Θανάτων ανά Ιατρικό Τμήμα μεταξύ Ετών 2005-2006 .

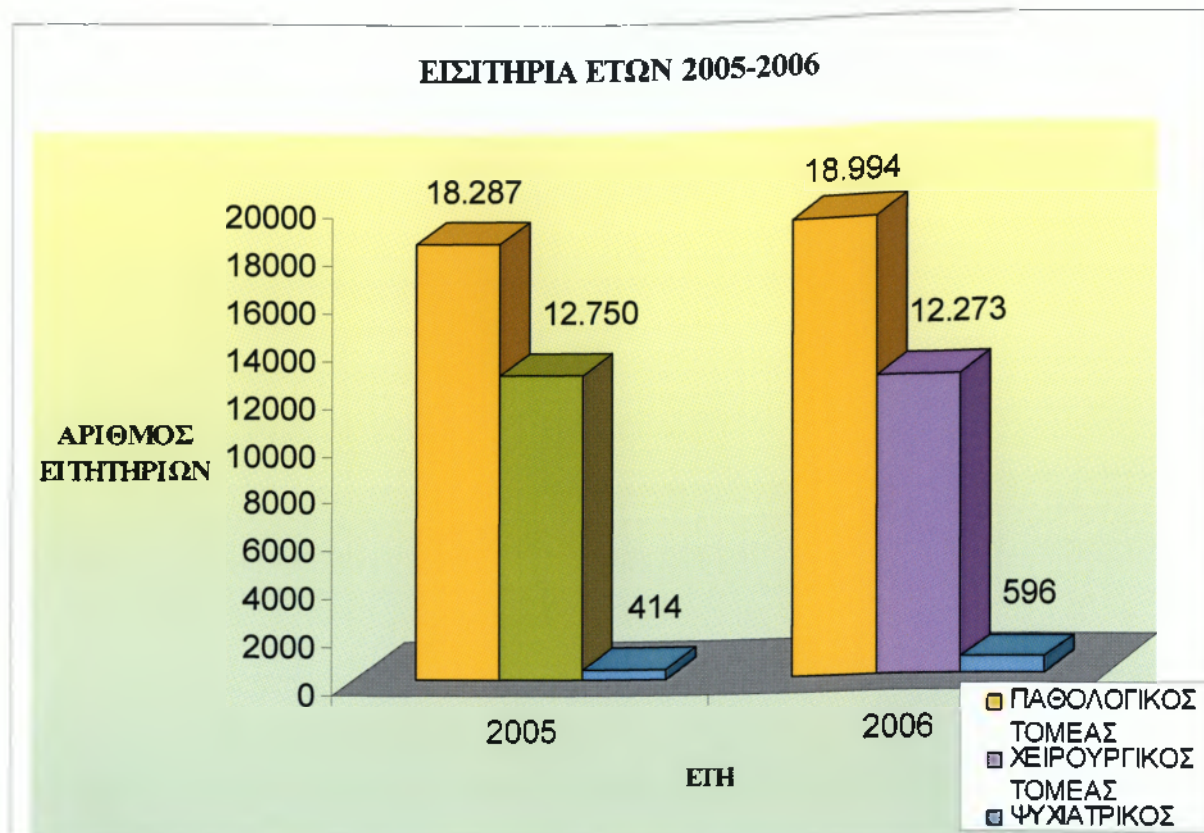


Πίνακας 5.5 Κατάσταση Εισιτηρίων – Εξιτηρίων- Θανάτων Κατά Ιατρικό Τμήμα Έτους 2005-2006

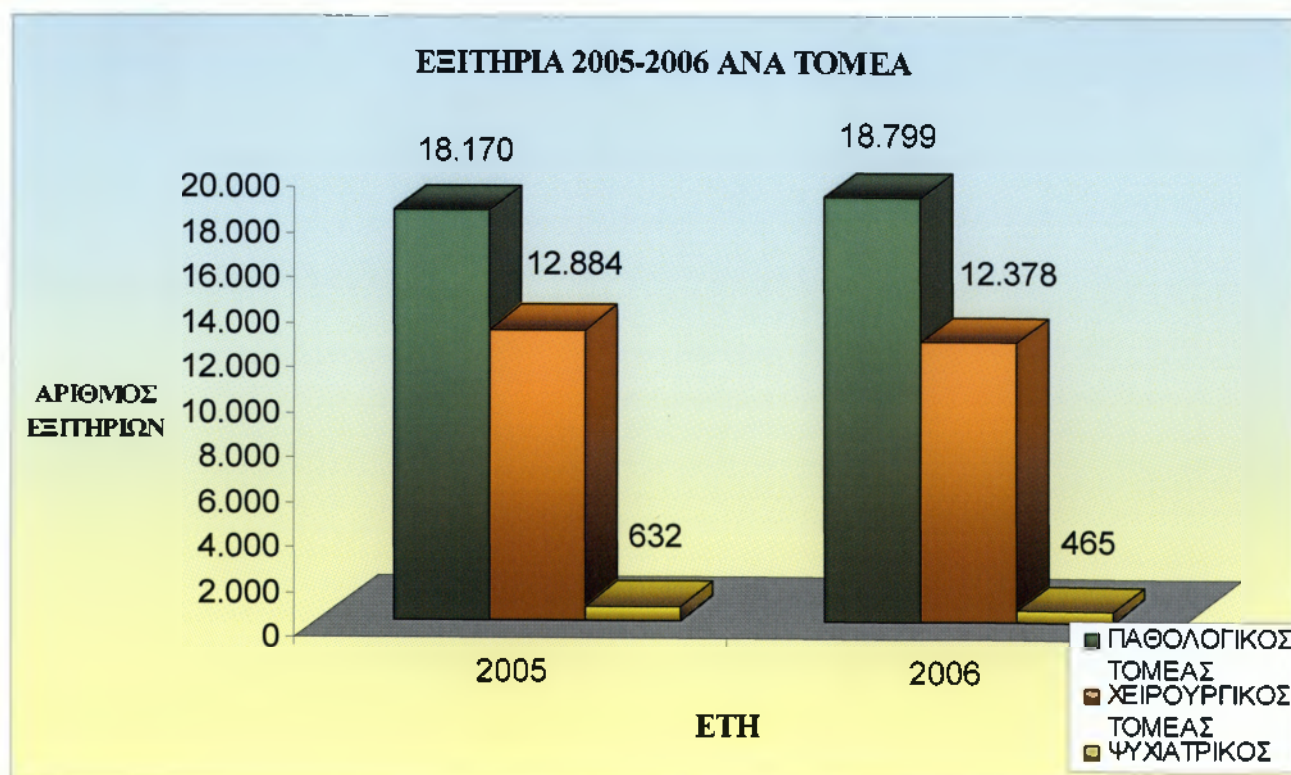
Ιατρικά Τμήματα	Εισιτήρια				Εξιτήρια				Θάνατοι				Εξιτήρια + Θάνατοι	
	2005	2006	Μεταβολές		2005	2006	Μεταβολές		2005	2006	Μεταβολές		2005	2006
			Πλήθ.	%			Πλήθ.	%			Πλήθ.	%		
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>18.287</b>	<b>18.994</b>	<b>707</b>	<b>3,87%</b>	<b>18.170</b>	<b>18.799</b>	<b>629</b>	<b>3,46%</b>	<b>739</b>	<b>762</b>	<b>23</b>	<b>3,11%</b>	<b>18.909</b>	<b>19.561</b>
A' Παθολογικό	1.481	1.533	52	3,51%	1.397	1.468	71	5,08%	127	137	10	7,87%	1.524	1.605
A' Παθολογικό-Λοιμώξεις*														
B' Παθολογικό	1.935	1.901	-34	-1,76%	1.900	1.847	-53	-2,79%	165	158	-7	-4,24%	2.065	2.005
Γ' Παθολογικό	1.532	1.620	88	5,74%	1.476	1.541	65	4,40%	174	182	8	4,60%	1.650	1.723
A' Καρδιολογικό	2.026	2.249	223	11,01%	2.131	2.260	129	6,05%	101	83	-18	-17,82%	2.232	2.343
B' Καρδιολογικό	1.807	1.999	192	10,63%	1.856	2.052	196	10,56%	44	72	28	63,64%	1.900	2.124
Παιδιατρικό	1.453	1.278	-175	-12,04%	1.457	1.279	-178	-12,22%	0	0	0	0,00%	1.457	1.279
Νεογνολογικό	418	367	-51	-12,20%	418	369	-49	-11,72%	10	8	-2	-20,00%	428	377
Γαστρεντερολογικό	555	604	49	8,83%	563	595	32	5,68%	1	0	-1	-100,00%	564	595
Ενδοκρινολογικό	116	169	53	45,69%	116	171	55	47,41%	0	0	0	0,00%	116	171
Νεφρολογικό	1.505	1.795	290	19,27%	1.523	1.832	309	20,29%	23	30	7	30,43%	1.546	1.862
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης*														
Μονάδα Αιμοκάθαρσης*														
Πνευμονολογικό	1.030	1.160	130	12,62%	1.056	1.186	130	12,31%	88	81	-7	-7,95%	1.144	1.267
Νευρολογικό	904	834	-70	-7,74%	891	803	-88	-9,88%	6	10	4	66,67%	897	813
Μονάδα Αιμοδυναμικού	975	781	-194	-19,90%	837	699	-138	-16,49%	0	1	1	0,00%	837	700
Μονάδα Νοσηλ.Μεσογ.Αναιμίας	2.550	2.704	154	6,04%	2.549	2.697	148	5,81%	0	0	0	0,00%	2.549	2.697
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>12.750</b>	<b>12.273</b>	<b>-477</b>	<b>-3,74%</b>	<b>12.884</b>	<b>12.378</b>	<b>-506</b>	<b>-3,93%</b>	<b>12.378</b>	<b>152</b>	<b>-12.226</b>	<b>-98,77%</b>	<b>25.262</b>	<b>12.530</b>
A' Χειρουργικό	1.117	1.198	81	7,25%	1.161	1.256	95	8,18%	32	31	-1	-3,13%	1.193	1.287
B' Χειρουργικό	1.079	1.077	-2	-0,19%	1.106	1.105	-1	-0,09%	28	19	-9	-32,14%	1.134	1.124
Ορθοπαιδικό	1.486	1.499	13	0,87%	1.500	1.477	-23	-1,53%	17	16	-1	-5,88%	1.517	1.493

Ιατρικά Τμήματα	Εισιτήρια				Εξιτήρια				Θάνατοι				Εξιτήρια + Θάνατοι	
	2005	2006	Μεταβολές		2005	2006	Μεταβολές		2005	2006	Μεταβολές		2005	2006
			Πλήθ.	%			Πλήθ.	%			Πλήθ.	%		
Ουρολογικό	2.130	1.934	-196	-9,20%	2.136	1.936	-200	-9,36%	4	4	0	0,00%	2.140	1.940
Ωτορινολαρυγγολογικό	1.119	1.122	3	0,27%	1.135	1.125	-10	-0,88%	1	3	2	200,00%	1.136	1.128
Νευροχειρουργικό	1.358	1.279	-79	-5,82%	1.343	1.282	-61	-4,54%	63	59	-4	-6,35%	1.406	1.341
Θωρακοχειρουργικό	345	406	61	17,68%	344	416	72	20,93%	5	5	0	0,00%	349	421
Παιδοχειρουργικό	644	633	-11	-1,71%	644	630	-14	-2,17%	0	0	0	0,00%	644	630
Οφθαλμολογικό	1.743	1.493	-250	-14,34%	1.740	1.496	-244	-14,02%	1	0	-1	-100,00%	1.741	1.496
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	1.694	1.590	-104	-6,14%	1.707	1.590	-117	-6,85%	2	3	1	50,00%	1.709	1.593
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	28	28	0	0,00%	56	48	-8	-14,29%	41	9	-32	-78,05%	97	57
Μον.Αυξημένης Φροντίδας	7	14	7	100,00%	12	17	5	41,67%	4	3	-1	-25,00%	16	20
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>596</b>	<b>414</b>	<b>-182</b>	<b>-30,54%</b>	<b>632</b>	<b>465</b>	<b>-167</b>	<b>-26,42%</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>633</b>	<b>466</b>
Ψυχιατρικό	596	414	-182	-30,54%	632	465	-167	-26,42%	1	1	0	0,00%	633	466
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>31.633</b>	<b>31.681</b>	<b>48</b>	<b>0,15%</b>	<b>31.686</b>	<b>31.642</b>	<b>-44</b>	<b>-0,14%</b>	<b>13.118</b>	<b>915</b>	<b>-12.203</b>	<b>-93,02%</b>	<b>44.804</b>	<b>32.557</b>

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών



Διάγραμμα 1 :Εισιτήρια ετών 2005-2006



Διάγραμμα 2 :Εξιτήρια Ετών 2005-2006

### 5.3 Παθολογικός Τομέας

#### 5.3.1 Γενικά Στοιχεία για τον Παθολογικό Τομέα

Οι διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας του Παθολογικού Τομέα το 2006 ανήλθαν στις 113.515 ημέρες και οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας στις 82.044. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανήλθε στους 19.457 με μέση διάρκεια νοσηλείας 4,217. Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανήλθε στις 62,56 μονάδες και το διάστημα εναλλαγής ασθενών στις μονάδες. Οι εισαγωγές ασθενών (εισιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών από άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 18.994, οι εξαγωγές ασθενών (εξιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών σε άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 18.799 και οι θάνατοι στους 762.

Ο υψηλότερος αριθμός πραγματικών ημερών νοσηλείας παρατηρείται στο Γ΄ Παθολογικό Τμήμα με 9.844 ημέρες και ακολουθούν το Α΄ Παθολογικό Τμήμα με 9.753 ημέρες, το Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα με 9.674 ημέρες και Β΄ Παθολογικό Τμήμα με 9.327 ημέρες. Ενώ ο χαμηλότερος αριθμός ημερών νοσηλείας παρατηρείται στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 608 ημέρες και ακολουθούν η Μονάδα Αιμοδυναμικού με 706 ημέρες και το Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 1.616 ημέρες.

Ο υψηλότερος αριθμός νοσηλευθέντων παρατηρείται στη Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 2.704 νοσηλευθέντες και ακολουθούν το Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα με 2.352 νοσηλευθέντες και το Β΄ Καρδιολογικό Τμήμα με 2.110 νοσηλευθέντες. Ενώ ο χαμηλότερος αριθμός νοσηλευθέντων παρατηρείται στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 172 νοσηλευθέντες και ακολουθούν το Νεογνολογικό Τμήμα με 381 νοσηλευθέντες και το Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 612 νοσηλευθέντες και η Μονάδα Αιμοδυναμικού με 702 νοσηλευθέντες.

Ο υψηλότερος αριθμός θανάτων παρατηρείται στο Γ΄ Παθολογικό Τμήμα (182) και ακολουθούν το Β΄ Παθολογικό (158) και το Α΄ Παθολογικό (137). Μηδενικός αριθμός θανάτων παρατηρείται στα Τμήματα: Παιδιατρικό, Γαστρεντερολογικό, Ενδοκρινολογικό, Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας, Παιδοχειρουργικό και Οφθαλμολογικό.

Η υψηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας παρατηρείται στο Νεογνολογικό Τμήμα με 14,029 ημέρες και ακολουθούν το Νευρολογικό με 6,961 ημέρες, το Α΄ Παθολογικό Τμήμα με 6,208 ημέρες και το Γ΄ Παθολογικό Τμήμα με 5,955 ημέρες. Η χαμηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας παρατηρείται στη Μονάδα Αιμοδυναμικού με 1,006 ημέρες και ακολουθούν η Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 1,443 ημέρες και το Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 2,641 ημέρες.

Η υψηλότερη Πληρότητα παρατηρείται στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 147,58% και ακολουθούν η Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 106,88 μονάδες, το Νεφρολογικό Τμήμα με 82,45% και το Πνευμονολογικό Τμήμα με 81,16%. Η χαμηλότερη Πληρότητα παρατηρείται στη Μονάδα Αιμοδυναμικού με 32,24% και ακολουθούν το Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 41,64% και το Νεογνολογικό Τμήμα με 56,32%.

Ο υψηλότερος Ρυθμός Εισροής Ασθενών παρατηρείται στη Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 270,40 μονάδες και ακολουθούν το Γαστρεντερολογικό Τμήμα με 204,00 μονάδες και η Μονάδα Αιμοδυναμικού με 117,00 μονάδες. Ο χαμηλότερος Ρυθμός Εισροής Ασθενών παρατηρείται στο Νεογνολογικό Τμήμα με 14,65 μονάδες και ακολουθούν το Νευρολογικό Τμήμα με 41,57 μονάδες, το Α΄ Παθολογικό Τμήμα με 42,46 μονάδες και το Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 43,00 μονάδες.

Το υψηλότερο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών παρατηρείται στο Νεογνολογικό Τμήμα με 10,95 μονάδες και ακολουθούν το Ενδοκρινολογικό Τμήμα με 4,98 μονάδες και το Β΄ Παθολογικό Τμήμα με 2,56 μονάδες. Το χαμηλότερο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών παρατηρείται στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα με -0,85 μονάδες και ακολουθούν η Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με -0,09 μονάδες και το Νεφρολογικό Τμήμα με 0,63 μονάδες. (Πίνακας 5.6)

Πίνακας 5.6 Ιατρονοσηλευτικοί δείκτες Παθολογικού Τομέα από 1/1/2006 έως 31/12/2006

Ιατρικά Τμήματα	Αρ.Κλινών 31/12/2006	Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας	Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας	Νοσηλευθές ΥΤΕΣ	Εισιτήρια	Εξιτήρια	Διακομιδές από	Θάνατοι	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Πληρότητα %	Ρυθμός Εισροής Ασθενών	Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>331</b>	<b>113.515</b>	<b>82.044</b>	<b>19.457</b>	<b>18.994</b>	<b>18.799</b>	<b>694</b>	<b>762</b>	<b>4,217</b>	<b>72,28</b>	<b>62,56</b>	<b>1,63</b>
A' Παθολογικό	37	13.505	9.753	1.571	1.533	1.468	114	137	6,208	72,22	42,46	2,41
A' Παθολογικό-Λοιμώξεις**	2											
B' Παθολογικό	39	14.235	9.327	1.931	1.901	1.847	91	158	4,830	65,52	49,51	2,56
Γ' Παθολογικό	38	13.870	9.844	1.653	1.620	1.541	97	182	5,955	70,97	43,50	2,46
A' Καρδιολογικό	36	13.140	9.674	2.352	2.249	2.260	85	83	4,113	73,62	65,33	1,49
B' Καρδιολογικό	29	10.585	7.871	2.110	1.999	2.052	52	72	3,730	74,36	72,76	1,30
Παιδιατρικό	21	7.665	5.092	1.294	1.278	1.279	3	0	3,935	66,43	61,62	2,00
Νεογνολογικό	26	9.490	5.345	381	367	369	0	8	14,029	56,32	14,65	10,95
Γαστρεντερολογικό	3	1.095	1.616	612	604	595	13	0	2,641	147,58	204,00	-0,85
Ενδοκρινολογικό	4	1.460	608	172	169	171	1	0	3,535	41,64	43,00	4,98
Νεφρολογικό	18	6.570	5.417	1.859	1.795	1.832	27	30	2,914	82,45	103,28	0,63
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης**	2											
Μονάδα Αιμοκάθαρσης**	16											
Πνευμονολογικό	23	8.395	6.813	1.243	1.160	1.186	61	81	5,481	81,16	54,04	1,29
Νευρολογικό	21	7.665	6.077	873	834	803	67	10	6,961	79,28	41,57	1,84
Μονάδα Αιμοδυναμικού	6	2.190	706	702	781	699	82	1	1,006	32,24	117,00	2,12
Μονάδα Νοσηλ. Μεσογ. Αναιμίας	10	3.650	3.901	2.704	2.704	2.697	1	0	1,443	106,88	270,40	-0,09

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

Ο Παθολογικός Τομέας το Έτος 2006 είχε 18.994 Εισαγωγές από τις οποίες οι 851 ήταν Έκτακτες με ποσοστό 4,48% και οι 18.143 ήταν Έκτακτες με ποσοστό 95,52% .Ο μεγαλύτερος αριθμός Τακτικών Εισαγωγών παρατηρείται στη Μονάδα Αιμοδυναμικού με ποσοστό 97,18% , ακολουθεί το Νευρολογικό Τμήμα με ποσοστό 6,12% και το Β' Παθολογικό με ποσοστό 1,26% .

Στον παρακάτω πίνακα 5.7 γίνεται παρουσίαση των Τακτικών και Έκτακτων Εισαγωγών του Παθολογικού Τομέα του Έτους 2006.

**Πίνακας 5.7 Τακτικές – Έκτακτες Εισαγωγές Έτους 2006**

Ιατρικά Τμήματα	Εισαγωγές	Τακτικές		Έκτακτες	
		Πλήθ.	%	Πλήθ.	%
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>18.994</b>	<b>851</b>	<b>4,48%</b>	<b>18.143</b>	<b>95,52%</b>
A' Παθολογικό	1.533	0	0,00%	1.533	100,00%
B' Παθολογικό	1.901	24	1,26%	1.877	98,74%
Γ' Παθολογικό	1.620	0	0,00%	1.620	100,00%
A' Καρδιολογικό	2.249	1	0,04%	2.248	99,96%
B' Καρδιολογικό	1.999	3	0,15%	1.996	99,85%
Παιδιατρικό	1.278	0	0,00%	1.278	100,00%
Νεογνολογικό	367	0	0,00%	367	100,00%
Γαστρεντερολογικό	604	1	0,17%	603	99,83%
Ενδοκρινολογικό	169	0	0,00%	169	100,00%
Νεφρολογικό	1.795	4	0,22%	1.791	99,78%
Πνευμονολογικό	1.160	0	0,00%	1.160	100,00%
Νευρολογικό	834	51	6,12%	783	93,88%
Μονάδα Αιμοδυναμικού	781	759	97,18%	22	2,82%
Μονάδα Νοσηλ.Μεσογ.Αναιμίας	2.704	8	0,30%	2.696	99,70%

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών



**Διάγραμμα 3:** Τακτικές και Έκτακτες Εισαγωγές Παθολογικού Τομέα

### 5.3.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006

Οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας (αριθμός ασθενοημερών) ανήλθαν για το 2005 στις 81.007 ενώ για το 2006 ήταν 82.044 δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 1.037 ημέρες ή σε ποσοστό αύξηση κατά 1,28%.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για το 2005 ανήλθε στους 18.684 ασθενείς ενώ για το 2006 ήταν 19.457 δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 773 ασθενείς ή σε ποσοστό αύξηση κατά 4,14%.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για το 2005 ανήλθε στις 4,336 ημέρες ενώ για το 2006 ήταν 4,217 ημέρες δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά 2,74%. Η Πληρότητα (ποσοστό κάλυψης κλινών) για το 2005 ανήλθε στο 71,17% ενώ για το 2006 ήταν 72,28% δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 1,56%. Ο Ρυθμός Εισροής Ασθενών για το 2005 ανήλθε στις 59,91 μονάδες, ενώ για το 2006 ήταν 62,56 μονάδες, δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 4,42%. Το Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών για το 2005 ανήλθε στο 1,77 ενώ για το 2006 ήταν 1,63, δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά -7,88%. (Πίνακας 5.7)



Πίνακας 5.7 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, Πληρότητα, Ρυθμός Εισροής και Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών Κατά Ιατρικό Τμήμα Ετών 2005 – 2006

Ιατρικά Τμήματα	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας			Πληρότητα (%)			Ρυθμός Εισροής Ασθενών			Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών		
	2005	2006	Μεταβολές	2005	2006	Μεταβολές	2005	2006	Μεταβολές	2005	2006	Μεταβολές
			%			%			%			
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>4,336</b>	<b>4,217</b>	<b>-2,74%</b>	<b>71,17</b>	<b>72,28</b>	<b>1,56%</b>	<b>59,91</b>	<b>62,56</b>	<b>4,42%</b>	<b>1,77</b>	<b>1,63</b>	<b>-7,88%</b>
A' Παθολογικό	6,182	6,208	0,43%	69,11	72,22	4,50%	40,81	42,46	4,05%	2,79	2,41	-13,47%
A' Παθολογικό-Λοιμώξεις*												
B' Παθολογικό	5,068	4,830	-4,69%	70,37	65,52	-6,88%	50,68	49,51	-2,31%	2,15	2,56	18,94%
Γ' Παθολογικό	6,306	5,955	-5,57%	71,19	70,97	-0,30%	41,20	43,50	5,58%	2,58	2,46	-4,58%
A' Καρδιολογικό	4,350	4,113	-5,45%	71,35	73,62	3,19%	59,86	65,33	9,14%	1,76	1,49	-15,57%
B' Καρδιολογικό	3,970	3,730	-6,04%	71,56	74,36	3,92%	65,79	72,76	10,60%	1,59	1,30	-18,41%
Παιδιατρικό	3,329	3,935	18,22%	63,66	66,43	4,35%	69,81	61,62	-11,73%	1,91	2,00	4,72%
Νεογνολογικό	14,644	14,029	-4,20%	66,17	56,32	-14,89%	16,49	14,65	-11,15%	7,55	10,95	45,06%
Γαστρεντερολογικό	3,089	2,641	-14,52%	161,20	147,58	-8,45%	190,48	204,00	7,10%	-1,17	-0,85	-27,50%
Ενδοκρινολογικό	3,653	3,535	-3,22%	29,44	41,64	41,45%	29,42	43,00	46,16%	8,79	4,98	-43,37%
Νεφρολογικό	3,324	2,914	-12,33%	69,70	82,45	18,29%	76,54	103,28	34,93%	1,46	0,63	-56,80%
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης*												
Μονάδα Αιμοκάθαρσης*												
Πνευμονολογικό	5,655	5,481	-3,08%	80,42	81,16	0,92%	51,91	54,04	4,12%	1,40	1,29	-7,52%
Νευρολογικό	6,697	6,961	3,95%	81,29	79,28	-2,47%	44,31	41,57	-6,17%	1,56	1,84	17,86%
Μονάδα Αιμοδυναμικού	1,062	1,006	-5,27%	40,80	32,24	-20,99%	140,28	117,00	-16,60%	1,55	2,12	37,16%
Μονάδα Νοσηλ. Μεσογ. Αναμίας	1,134	1,443	27,24%	78,93	106,88	35,40%	254,10	270,40	6,41%	0,31	-0,09	-129,08%

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

## 5.4 Χειρουργικός Τομέας

### 5.4.1 Γενικά Στοιχεία Χειρουργικού Τομέα

Οι διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας του Χειρουργικού Τομέα ανήλθαν στις 100.176 και οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας στις 69.029. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανήλθε στους 12.991 με μέση διάρκεια νοσηλείας 5,314 και πληρότητα 68,91%. Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανήλθε στις 47,33 μονάδες και το διάστημα εναλλαγής ασθενών στις 2,42 μονάδες. Οι εισαγωγές ασθενών (εισιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών από άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 12.273, οι εξαγωγές ασθενών (εξιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών σε άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 12.378 και οι θάνατοι στους 152.

Ο υψηλότερος αριθμός πραγματικών ημερών νοσηλείας παρατηρείται στο Νευροχειρουργικό Τμήμα με 12.889 ημέρες και ακολουθούν το Ορθοπεδικό Τμήμα με 11.093 ημέρες και το Β' Χειρουργικό Τμήμα με 7.907 ημέρες. Ενώ ο χαμηλότερος αριθμός πραγματικών ημερών νοσηλείας παρατηρείται στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 1.126 ημέρες και ακολουθούν το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 1.439 ημέρες, το Οφθαλμολογικό Τμήμα με 2.546 ημέρες και το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 2.588 ημέρες.

Ο υψηλότερος αριθμός νοσηλευθέντων παρατηρείται στο Ουρολογικό Τμήμα με 1.960 νοσηλευθέντες και ακολουθούν το Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα με 1.615 νοσηλευθέντες και το Ορθοπεδικό Τμήμα με 1.530 νοσηλευθέντες. Ενώ ο χαμηλότερος αριθμός νοσηλευθέντων παρατηρείται στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 87 νοσηλευθέντες και ακολουθούν η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 229 νοσηλευθέντες, το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 456 νοσηλευθέντες και το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 637 νοσηλευθέντες.

Ο υψηλότερος αριθμός θανάτων παρατηρείται στο Νευροχειρουργικό Τμήμα (59) και ακολουθούν το Α' Χειρουργικό Τμήμα (31) και το Β' Χειρουργικό Τμήμα (19). Μηδενικός αριθμός θανάτων παρατηρείται στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα και το Οφθαλμιατρικό Τμήμα.

Η υψηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας παρατηρείται στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 12,943 ημέρες και ακολουθούν η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 11,349 ημέρες, το Νευροχειρουργικό Τμήμα με 9,429 ημέρες και το Ορθοπεδικό Τμήμα με 6,944 ημέρες. Η χαμηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας παρατηρείται στο Οφθαλμολογικό Τμήμα με 1,697 ημέρες και ακολουθούν το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 2,259 ημέρες και το Ουρολογικό Τμήμα με 3,611 ημέρες.

Η υψηλότερη Πληρότητα παρατηρείται στη Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 93,83% και ακολουθούν η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 93,09%, το Νευροχειρουργικό Τμήμα με 84,08% και το Ουρολογικό Τμήμα με 82,44%. Η χαμηλότερη Πληρότητα παρατηρείται στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 24,64% και ακολουθούν το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 44,32% και το Οφθαλμολογικό Τμήμα με 49,82%.

Ο υψηλότερος Ρυθμός Εισροής Ασθενών παρατηρείται στο Οφθαλμολογικό Τμήμα με 107,14 μονάδες και ακολουθούν το Ουρολογικό Τμήμα με 83,34 μονάδες και το Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα με 57,68 μονάδες. Ο χαμηλότερος Ρυθμός Εισροής Ασθενών παρατηρείται στη Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας με 26,46 μονάδες και ακολουθούν το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 28,50 μονάδες, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 29,94 μονάδες και το Νευροχειρουργικό Τμήμα με 32,55 μονάδες.

Το υψηλότερο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών παρατηρείται στο Θωρακοχειρουργικό Τμήμα με 7,17 μονάδες και ακολουθούν το Παιδοχειρουργικό Τμήμα με 6,93 μονάδες και το Β' Χειρουργικό Τμήμα με 3,91 μονάδες. Το χαμηλότερο Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών παρατηρείται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 0,88 μονάδες και ακολουθούν η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 0,89 μονάδες το Ουρολογικό Τμήμα με 0,78 μονάδες.

Στον παρακάτω πίνακα 5.8 γίνεται παρουσίαση των Ιατρονοσηλευτικών Δεικτών του Χειρουργικού Τομέα του Έτους 2006.

Πίνακας 5.8 Ιατρονοσηλευτικοί δείκτες Τμημάτων Ιατρικής Υπηρεσίας από 1/1/2006 έως 31/12/2006

Ιατρικά Τμήματα	Αρ.Κλινών 31/12/2005	Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας	Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας	Νοσηλευθέντες	Εισιτήρια	Εξιτήρια	Διακομιδές από	Θάνατοι	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Πληρότητα %	Ρυθμός Εισροής Ασθενών	Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>272</b>	<b>100.176</b>	<b>69.029</b>	<b>12.991</b>	<b>12.273</b>	<b>12.378</b>	<b>563</b>	<b>152</b>	<b>5,314</b>	<b>68,91</b>	<b>47,33</b>	<b>2,42</b>
Α' Χειρουργικό	27	9.855	7.515	1.306	1.198	1.256	48	31	5,754	76,26	48,37	1,81
Β' Χειρουργικό	34	12.410	7.907	1.161	1.077	1.105	64	19	6,811	63,71	34,15	3,91
Ορθοπαιδικό	43	15.695	11.093	1.530	1.499	1.477	35	16	7,250	70,68	35,58	3,04
Ουρολογικό	20	8.584	7.077	1.960	1.934	1.936	19	4	3,611	82,44	83,34	0,78
Ωτορινολαρυγγολογικό	20	7.300	5.816	1.143	1.122	1.125	11	3	5,088	79,67	57,15	1,32
Νευροχειρουργικό	42	15.330	12.889	1.367	1.279	1.282	93	59	9,429	84,08	32,55	1,82
Θωρακοχειρουργικό	16	5.840	2.588	456	406	416	41	5	5,675	44,32	28,50	7,17
Παιδοχειρουργικό	16	5.840	1.439	637	633	630	6	0	2,259	24,64	39,81	6,93
Οφθαλμολογικό	14	5.110	2.546	1.500	1.493	1.496	2	0	1,697	49,82	107,14	1,72
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	28	10.220	6.434	1.615	1.590	1.590	13	3	3,984	62,95	57,68	2,36
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	8	2.792	2.599	229	28	48	167	9	11,349	93,09	29,94	0,88
Μον. Αυξημένης Φροντίδας	4	1.200	1.126	87	14	17	64	3	12,943	93,83	26,46	0,89

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

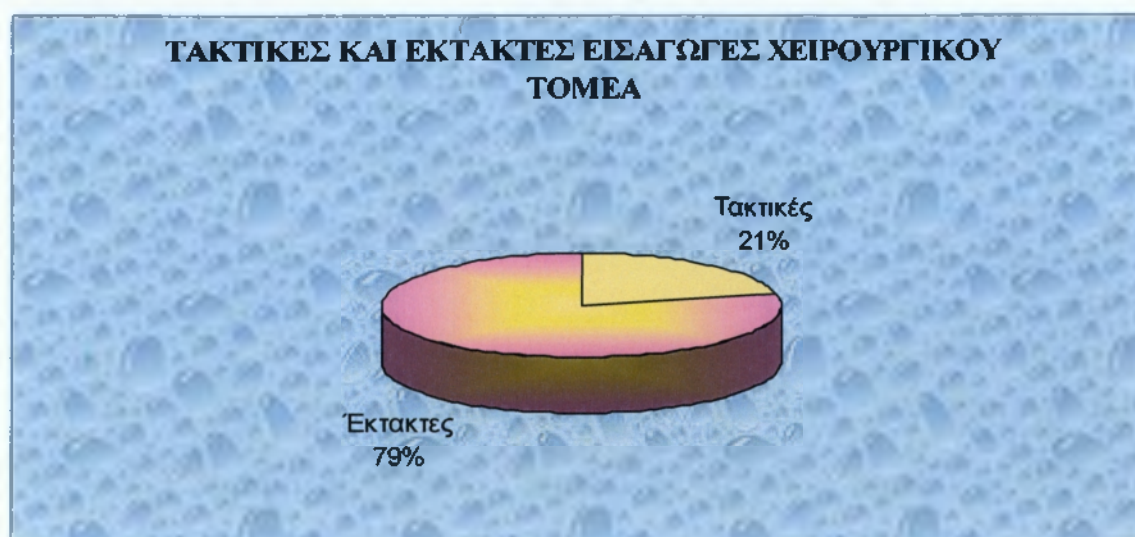
Ο Χειρουργικός Τομέας είχε 12.273 Εισαγωγές από τις οποίες οι 2.637 με ποσοστό 21,49% ήταν Τακτικές και οι 9.636 ήταν οι Έκτακτες Εισαγωγές με ποσοστό 78,51%.

Στον παρακάτω πίνακα 5.9 γίνεται παρουσίαση των Τακτικών και Έκτακτων Εισαγωγών του Χειρουργικού Τομέα του Έτους 2006.

**Πίνακας 5.9** Τακτικές και Έκτακτες Εισαγωγές Χειρουργικού Τομέα Έτους 2006

Ιατρικά Τμήματα	Εισαγωγές	Τακτικές		Έκτακτες	
		Πλήθ.	%	Πλήθ.	%
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>					
Α' Χειρουργικό	1.198	210	17,53%	988	82,47%
Β' Χειρουργικό	1.077	390	36,21%	687	63,79%
Ορθοπαιδικό	1.499	164	10,94%	1.335	89,06%
Ουρολογικό	1.934	247	12,77%	1.687	87,23%
Ωτορινολαρυγγολογικό	1.122	210	18,72%	912	81,28%
Νευροχειρουργικό	1.279	18	1,41%	1.261	98,59%
Θωρακοχειρουργικό	406	1	0,25%	405	99,75%
Παιδοχειρουργικό	633	5	0,79%	628	99,21%
Οφθαλμολογικό	1.493	1.070	71,67%	423	28,33%
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	1.590	322	20,25%	1.268	79,75%
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	28	0	0,00%	28	100,00%
Μον.Αυξημένης Φροντίδας	14	0	0,00%	14	100,00%

\* Πηγή Στοιχείων : Πληροφορικό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών



**Διάγραμμα 4:** Τακτικών και έκτακτων Εισαγωγών Χειρουργικού Τομέα

#### 5.4.2 Χειρουργικές επεμβάσεις

Στον πίνακα 5.10 αποτυπώνεται ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων για το έτος 2006 ανά κατηγορία βαρύτητας χειρουργικής επέμβασης και μονάδας χειρουργείου αντίστοιχα. Συνολικά παρατηρείται ότι έγιναν 7.973 χειρουργικές επεμβάσεις μαζί με τις Ολικές Αρθροπλαστικές . Από το σύνολο των επεμβάσεων οι 1.640 θεωρούνται από πλευράς βαρύτητας ως μικρά Χειρουργεία (21,46%), οι 4.289 θεωρούνται ως Μεσαία Χειρουργεία (56,13%) και οι 1.712 θεωρούνται ως Μεγάλα Χειρουργεία (22,41%). Στην Α' Μονάδα Χειρουργείου (β' όροφος) έγιναν 919 επεμβάσεις (11,54%) και στη Β' Μονάδα Χειρουργείου (γ' όροφος) έγιναν 7.054 επεμβάσεις (88,45%).

**Πίνακας 5.10** Χειρουργικές Επεμβάσεις Έτους 2006 ανά Κατηγορία Βαρύτητας Χειρουργικής Επέμβασης

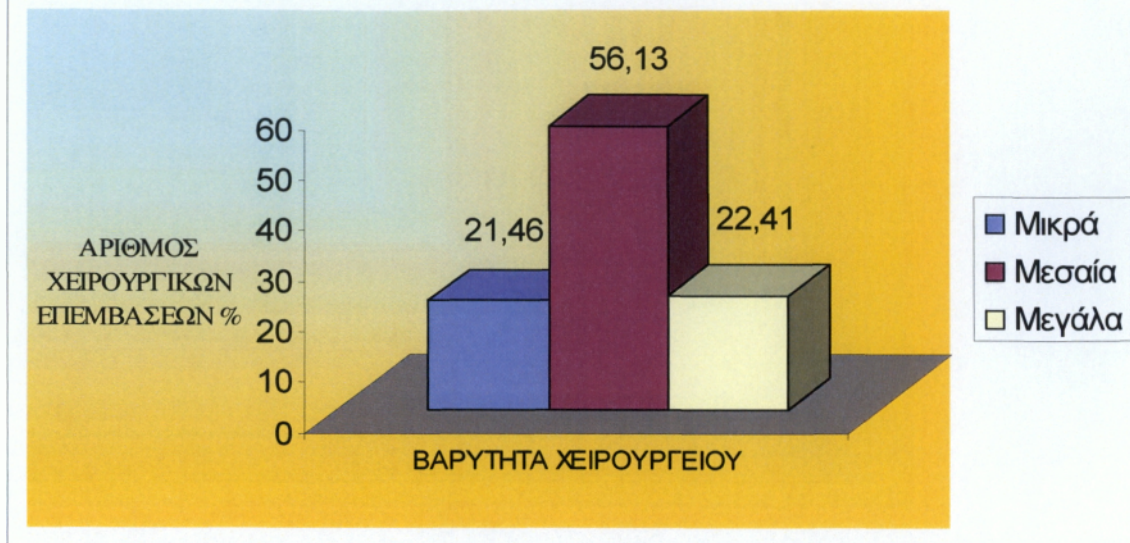
Ιατρικά Τμήματα	Μικρά	Μεσαία	Μεγάλα	Σύνολο
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>1.640</b>	<b>4.289</b>	<b>1.712</b>	<b>7.641</b>
Α' Χειρουργικό	241	676	150	1.067
Β' Χειρουργικό	274	461	203	938
Ορθοπαιδικό	315	695	277	1.287
Ουρολογικό	196	362	222	780
Ωτορινολαρυγγολογικό	85	313	354	752
Νευροχειρουργικό	32	159	133	324
Θωρακοχειρουργικό	50	33	27	110
Παιδοχειρουργικό	109	154	6	269
Οφθαλμολογικό	25	1.272	18	1.315
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	313	164	294	771
οδοντιατρικό			28	28
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.640</b>	<b>4.289</b>	<b>1.712</b>	<b>7.641</b>

#### Ολικές Αρθροπλαστικές

Είδος	Πλήθος			
Ισχίου με Τιμέντο	10			
Ισχίου χωρίς Τιμέντο	78			
Γόνατος με τιμέντο	114			
Γόνατος χωρίς Τιμέντο	3			
ΒΙ-POLAR με Τιμέντο	47			
ΒΙ-POLAR χωρίς Τιμέντο	80			
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>332</b>			

\* Πηγή : Α' και Β' Μονάδα Χειρουργείου

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΤΟΥΣ 2006



**Διάγραμμα 5:** Χειρουργικές Επεμβάσεις Έτους 2006

Το Οφθαλμολογικό Τμήμα εμφανίζεται στην πρώτη θέση με 1.505 επεμβάσεις (18,87%) και ακολουθεί το Ορθοπεδικό Τμήμα με 1.303 επεμβάσεις (16,33%) από τις οποίες 332 αποτελούν ολικές αρθροπλαστικές.

Παρατηρείται ότι το Οφθαλμολογικό Τμήμα ευρίσκεται στην πρώτη θέση με 250,83 επεμβάσεις ανά χειρουργό, εμφανίζοντας έτσι τη μεγαλύτερη παραγωγικότητα. Στη δεύτερη θέση με 154,60 επεμβάσεις ανά χειρουργό ευρίσκεται το Β' Χειρουργικό Τμήμα και στην τρίτη θέση με 150,57 επεμβάσεις ανά χειρουργό το Α' Χειρουργικό Τμήμα. Σε πέντε ακόμη ιατρικά τμήματα πραγματοποιούνται περισσότερες από 100 επεμβάσεις ανά χειρουργό στη διάρκεια του έτους: Ορθοπεδικό (144,78), Ουρολογικό (137,71), Ωτορινολαρυγγολογικό (128,83) και Μαιευτικό-Γυναικολογικό (116,86).

#### 5.4.3 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006

Στον πίνακα 5.11 παρουσιάζονται οι χειρουργικές επεμβάσεις ανά Τμήμα για τα έτη 2005 και 2006. Όπως φαίνεται υπάρχει μείωση των επεμβάσεων το 2006 σε σχέση με το 2005 κατά 336 επεμβάσεις και σε ποσοστό μείωσης κατά 4,55%. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζουν το Νευροχειρουργικό Τμήμα κατά 60 επεμβάσεις και σε ποσοστό 15,63%, το Παιδοχειρουργικό Τμήμα κατά 22 επεμβάσεις και σε ποσοστό 7,56%, το Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα κατά 21 επεμβάσεις και σε ποσοστό 2,72% .

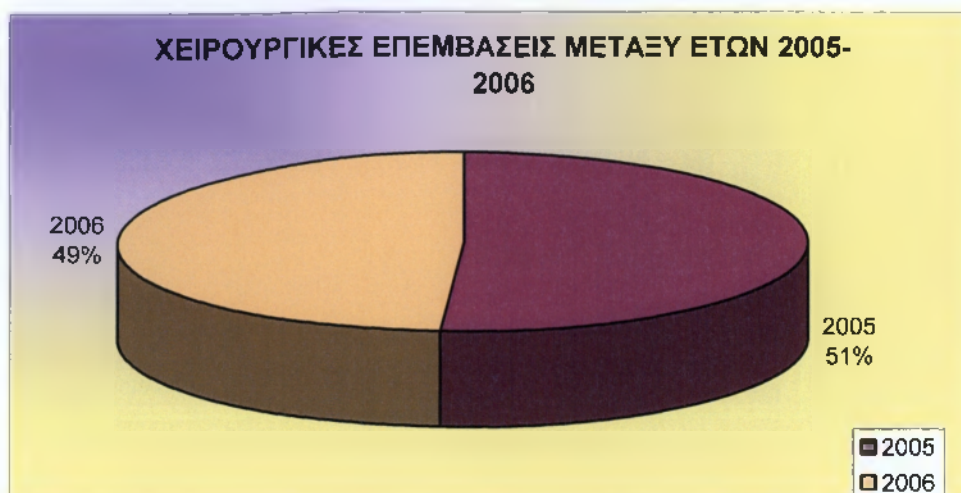
Τη μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στο Οδοντιατρικό Τμήμα κατά 100,00%, στο Β' Χειρουργικό Τμήμα κατά 165 επεμβάσεις και σε ποσοστό 12,62% .

**Πίνακας 5.11 Χειρουργικές Επεμβάσεις Ετών 2005 και 2006**

Ιατρικά Τμήματα	2005	2006	Μεταβολές	
			Πλήθος	%
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>7.977</b>	<b>7.641</b>	<b>-336</b>	<b>-4,55%</b>
A' Χειρουργικό	1054	1.040	-14	-1,33%
B' Χειρουργικό	773	938	165	21,35%
Ορθοπαιδικό	1.303	1.287	-16	-1,23%
Ουρολογικό	964	780	-184	-19,09%
Ωτορινολαρυγγολογικό	773	752	-21	-2,72%
Νευροχειρουργικό	384	324	-60	-15,63%
Θωρακοχειρουργικό	112	110	-2	-1,79%
Παιδοχειρουργικό	291	269	-22	-7,56%
Οφθαλμολογικό	1.505	1.315	-190	-12,62%
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	818	771	-47	-5,75%
οδοντιατρικό	0	28	28	100,00%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>7.977</b>	<b>7641</b>	<b>-336</b>	<b>-4,55%</b>

\* Πηγή : Α' και Β' Μονάδα Χειρουργείου





**Διάγραμμα 6:** Χειρουργικές Επεμβάσεις μεταξύ των Ετών 2005-2006

## 5.5 Ψυχιατρικός Τομέας

### 5.5.1 Γενικά Στοιχεία για τον Ψυχιατρικού Τομέα

Οι διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας ανήλθαν στις 8.760 και οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας στις 7.143. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανήλθε στους 488 με μέση διάρκεια νοσηλείας 14,637 και πληρότητα 81,54%. Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανήλθε στις 20,33 μονάδες και το διάστημα εναλλαγής ασθενών στις 3,36 μονάδες. Οι εισαγωγές ασθενών (εισιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών από άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 414, οι εξαγωγές ασθενών (εξιτήρια μη συμπεριλαμβανομένων των διακομιδών σε άλλα Ιατρικά Τμήματα) ανήλθαν στις 465 και υπήρξε ένας θάνατος.

Τα Εισιτήρια του Ψυχιατρικού Τομέα ανήλθαν στα 414 , οι Διακομιδές από άλλο νοσοκομείο ήταν 11, Νοσηλεύτηκαν στον Ψυχιατρικό Τομέα συνολικά 488 ασθενείς από τους οποίους οι 465 πήραν Εξιτήριο , στο διάστημα αυτό υπήρχε και ένας Θανόντας και 61 ασθενείς οι οποίοι Διακομίστηκαν σε άλλο νοσοκομείο .Τέλος παρατηρούμε ότι στον Ψυχιατρικό Τομέα είχαμε μόνο Έκτακτες Εισαγωγές και καμία Τακτική Εισαγωγή (Διάγραμμα 7).

## ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ



**Διάγραμμα 7 :** Τακτικές και Έκτακτες Εισαγωγές Ψυχιατρικού Τομέα

### 5.5.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006

Οι πραγματικές ημέρες νοσηλείας (αριθμός ασθενοημερών) ανήλθαν για το 2005 στις 8.304, ενώ για το 2006 στις 7.143 δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά 1.161 ημέρες ή σε ποσοστό μείωση κατά -13,98 %.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για το 2005 ήταν 648 ασθενείς ενώ για το 2006 ανήλθε στους 488 ασθενείς, δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά -160 ασθενείς ή σε ποσοστό μείωση κατά -24,69%.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για το 2005 ήταν 12,815 ημέρες ενώ για το 2006 ανήλθε στις 14,637 ημέρες, δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 14,22%. Η Πληρότητα (ποσοστό κάλυψης κλινών) για το 2005 ήταν 94,54%, ενώ για το 2006 ανήλθε στο 81,54 %, δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά -13,75%. Ο Ρυθμός Εισροής Ασθενών για το 2005 ήταν 26,93 μονάδες, ενώ για το 2006 ανήλθε στις 20,33 μονάδες, δηλαδή παρατηρείται μείωση κατά -24,49%. Το Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών για το 2005 ήταν στο 0,78%, ενώ για το 2006 ανήλθε στο 3,36 % δηλαδή παρατηρείται αύξηση κατά 332,29%.

## 5.6 Εργαστηριακός Τομέας

### 5.6.1 Γενικά Στοιχεία Εργαστηριακού Τομέα

Στην ενότητα αυτή γίνεται παρουσίαση των εργαστηριακών εξετάσεων που έγιναν από τα Τμήματα - Μονάδες του Εργαστηριακού Τομέα του Νοσοκομείου. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται εδόθησαν από τους υπευθύνους των αντίστοιχων Τμημάτων. Δεν έγινε καμία διασταύρωση των στοιχείων με τις παραγγελθείσες εξετάσεις από τα κλινικά Τμήματα, διότι δεν υπάρχουν τα αντίστοιχα στοιχεία. Τέλος, γίνεται παρουσίαση σε ξεχωριστό πίνακα όσων εξετάσεων πραγματοποιούνται από τα ίδια τα κλινικά Τμήματα και για όσα Τμήματα έστειλαν στοιχεία.

Από τον συγκεντρωτικό πίνακα 5.12 προκύπτει ότι ο συνολικός αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων για το έτος 2006 ανέρχεται στις 4.488.732 εξετάσεις. Το 40,41% (1.814.098 εξετάσεις) των εξετάσεων καταγράφεται στο Βιοχημικό Τμήμα, ακολουθεί το Αιματολογικό Τμήμα με 1.364.846 εξετάσεις (30,41%) και το Τμήμα Αιμοδοσίας με 770.956 εξετάσεις (17,18%).

### 5.6.2 Σύγκριση εξετάσεων ετών 2005 και 2006

Από τον πίνακα 5.12 προκύπτει ότι το έτος 2006 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 4.488.732 εξετάσεις, ενώ το έτος 2005 πραγματοποιήθηκαν 4.175.283 εξετάσεις. Παρατηρείται αύξηση 313.449 εξετάσεων και σε ποσοστό κατά 7,51%.

Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το προηγούμενο έτος παρατηρείται στη Μονάδα υπερήχων κατά 20,95% και ακολουθούν το Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας κατά 18,81% και το Α' και Β' Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα κατά 16,22%.

**Πίνακας 5.12** Εργαστηριακές Εξετάσεις ετών 2006 και 2005

Ιατρικά Τμήματα / Μονάδες	2006	2005	Μεταβολές	
			Πλήθος	%
Μικροβιολογικό	195.458	175932		
Βιοχημικό	1.814.098	1809463		
Αιματολογικό	1.364.846	1135466		
Αιμοδοσίας	770.956	739988		
Α' και Β' Ακτινοδιαγνωστικό	116.138	109865		
Αξονικής Τομογραφίας	10.479	8508		
Παθολογοανατομικό	5.922	5900		
Κυτταρολογικό	4.469	4521		
Ανοσολογίας	51.288	52074		
Μον. Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας	0	0		
Εργαστήριο Κυτταρογεννητικής	0	0		
Μονάδα Ορμονολογική	138.315	120315		
Μονάδα Υπερήχων	16.763	13251		
ΕΚΠΠΑ «Ηλίας Πολίτης»	0	0		
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>4.488.732</b>	<b>4.175.283</b>		

Πηγή : Τμήματα και Μονάδες Εργαστηριακού Τομέα

## 5.7 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

### 5.7.1 Γενικά Στοιχεία για την Κίνηση του ΤΕΠ

Στον πίνακα 5.13 αποτυπώνεται η κίνηση (επισκέψεις ασθενών στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία) του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Συνολικά λειτουργούν 30 έκτακτα εξωτερικά ιατρεία. Τα στοιχεία που αφορούν τα Παθολογικά, Καρδιολογικά και Χειρουργικά Τμήματα είναι συγκεντρωτικά. Για το Νεογνολογικό Τμήμα, το Γαστρεντερολογικό Τμήμα, το Ενδοκρινολογικό Τμήμα, το Νεφρολογικό Τμήμα, τη Μονάδα Αιμοδυναμικού, τη Μονάδα

Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας δεν εδόθησαν στοιχεία.

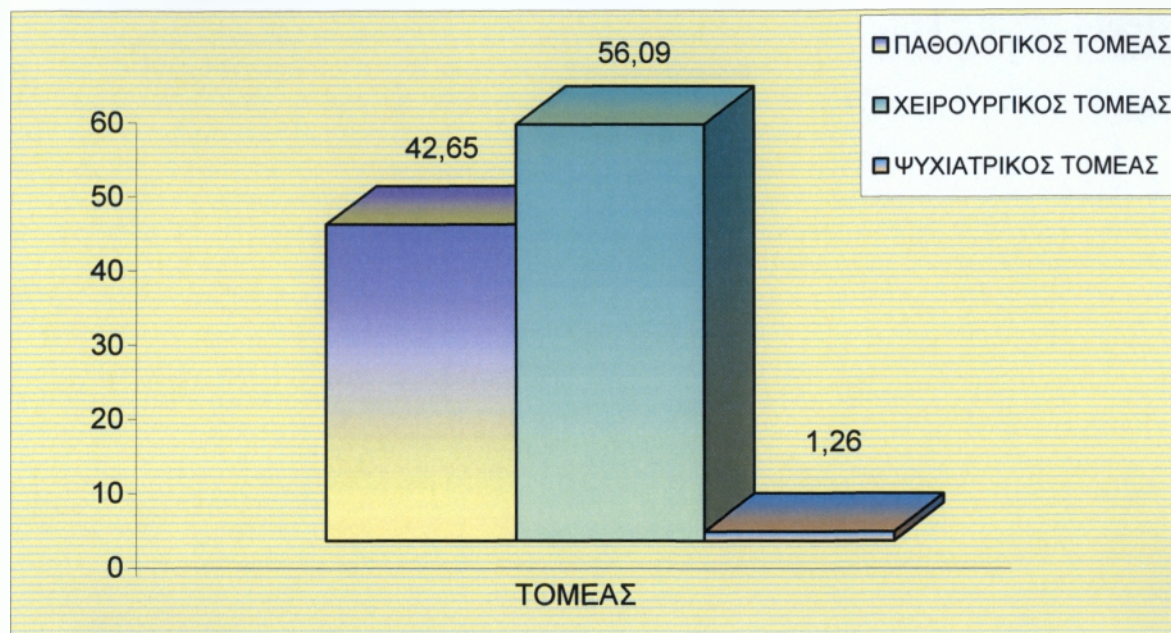
Συνολικά επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. 177.935 ασθενείς. Από αυτούς οι 75.419 (42,65%) επισκέφθηκαν Τμήματα του Παθολογικού Τομέα, 104.261 ασθενείς (56,09%) επισκέφθηκαν Τμήματα του Χειρουργικού Τομέα και 2.228 ασθενείς (1,26%) επισκέφθηκαν Τμήματα του Ψυχιατρικού Τομέα. Οι περισσότερες επισκέψεις παρατηρούνται στα Παθολογικά Τμήματα με 29.742 ασθενείς (16,35%), και ακολουθούν το Ορθοπεδικό Τμήμα με 26.167 επισκέψεις (14,38%) και τα Καρδιολογικά Τμήματα με 20.710 επισκέψεις (11,38%).

**Πίνακας 5.13** Κίνηση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών για το έτος 2006

Ιατρικά Τμήματα	Πλήθος	%
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>75.419</b>	<b>42,65</b>
A' Παθολογικό	29.742	16,82
B' Παθολογικό		
Γ' Παθολογικό		
A' Καρδιολογικό	20.710	11,71
B' Καρδιολογικό		
Παιδιατρικό	10.835	6,13
Νεογνολογικό	0	0,00
Γαστρεντερολογικό	0	0,00
Ενδοκρινολογικό	0	0,00
Νεφρολογικό	0	0,00
Πνευμονολογικό	4.232	2,39
Νευρολογικό	9.900	5,60
Μονάδα Αιμοδυναμικού	0	0,00
Μονάδα Νοσηλ.Μεσογ.Αναιμίας	0	0,00
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>99.197</b>	<b>56,09</b>
A' Χειρουργικό	18.460	10,44
B' Χειρουργικό		
Ορθοπεδικό	26.167	14,80
Ουρολογικό	7.186	4,06
Ωτορινολαρυγγολογικό	15.967	9,03
Νευροχειρουργικό	6.803	3,85
Θωρακοχειρουργικό	2.144	1,21
Παιδοχειρουργικό	2.921	1,65
Οφθαλμολογικό	14.982	8,47
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	4.567	2,58
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	0	0,00

Μον.Αυξημένης Φροντίδας	0	0,00
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>2.228</b>	<b>1,26</b>
Ψυχιατρικό	2.228	1,26
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>176.844</b>	<b>100,00</b>

Πηγή : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών



**Διάγραμμα 8:**Κίνηση Τμήματος ΤΕΠ Έτους 2006

#### 5.7.2 Σύγκριση 2005 και 2006

Στον πίνακα 5.14 αποτυπώνεται η κίνηση στο Τ.Ε.Π. των δύο τελευταίων ετών. Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται αύξηση κατά 5.973 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά 3,40%. Στα Τμήματα του Παθολογικού Τομέα σημειώθηκε αύξηση κατά 4.290 επισκέψεις (6,03%), στα Τμήματα του Χειρουργικού Τομέα σημειώθηκε αύξηση κατά 4.718 επισκέψεις (4,74%) και στα Τμήματα του Ψυχιατρικού Τομέα σημειώθηκε μείωση κατά 3.035 επισκέψεις (-57,67%).

Μεγαλύτερη μείωση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στο Ψυχιατρικό Τμήμα κατά 3.035 επισκέψεις (-57,67%) και ακολουθούν το Ουρολογικό Τμήμα κατά 917 επισκέψεις (-11,32%) και το Παιδοχειρουργικό Τμήμα κατά 372 επισκέψεις (-11,30%).

Μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στα Τμήματα του Παθολογικού Τομέα κατά 2.639 επισκέψεις (9,74%) και ακολουθούν κατά 1.024 επισκέψεις (7,34%) και τα Τμήματα του Χειρουργικού Τομέα κατά 1.225 επισκέψεις (7,11%).

**Πίνακας 5.14** Κίνηση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών για τα έτη 2005 και 2006

Ιατρικά Τμήματα	2005	2006	Μεταβολές	
			Πλήθος	%
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>71.129</b>	<b>75.419</b>	<b>4.290</b>	<b>6,03%</b>
Α' Παθολογικό	27.103	29.742	2.639	9,74%
Β' Παθολογικό				
Γ' Παθολογικό				
Α' Καρδιολογικό	19.412	20.710	1.298	6,69%
Β' Καρδιολογικό				
Παιδιατρικό	10.821	10.835	14	0,13%
Νεογνολογικό	0	0	0	0,00%
Γαστρεντερολογικό	0	0	0	0,00%
Ενδοκρινολογικό	0	0	0	0,00%
Νεφρολογικό	0	0	0	0,00%
Πνευμονολογικό	4.271	4.232	-39	-0,91%
Νευρολογικό	9.522	9.900	378	3,97%
Μονάδα Αιμοδυναμικού	0	0	0	0,00%
Μονάδα Νοσηλ. Μεσογ. Αναιμίας	0	0	0	0,00%
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>99.543</b>	<b>104.261</b>	<b>4.718</b>	<b>4,74%</b>
Α' Χειρουργικό	17.235	18.460	1.225	7,11%
Β' Χειρουργικό				
Ορθοπαιδικό	26.345	26.167	-178	-0,68%
Ουρολογικό	8.103	7.186	-917	-11,32%
Ωτορινολαρυγγολογικό	16.299	15.967	-332	-2,04%
Νευροχειρουργικό	6.791	6.803	12	0,18%
Θωρακοχειρουργικό	2.384	2.144	-240	-10,07%
Παιδοχειρουργικό	3.293	2.921	-372	-11,30%
Οφθαλμολογικό	13.958	14.982	1.024	7,34%
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	5.135	4.567	-568	-11,06%
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	0	0	0	0,00%
Μον. Αυξημένης Φροντίδας	0	0	0	0,00%
Οδοντιατρικό		5.064	5.064	0,00%
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>5.263</b>	<b>2.228</b>	<b>-3.035</b>	<b>-57,67%</b>
Ψυχιατρικό	5.263	2.228	-3.035	-57,67%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>175.935</b>	<b>181.908</b>	<b>5.973</b>	<b>3,40%</b>

Πηγή : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

## **5.8 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία**

### *5.8.1 Γενικά Στοιχεία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρειών*

Στη διάρκεια του έτους 2006, λειτούργησαν συνολικά 108 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία στα πλαίσια των 47 Ιατρικών Τμημάτων και Μονάδων του Νοσοκομείου, που ανέπτυξαν εξωτερικά ιατρεία. Η συνολική δυνατότητα επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ανήλθε στις 109.214 επισκέψεις, εκ των οποίων 82.304 επισκέψεις προγραμματίστηκαν και 48.491 πραγματοποιήθηκαν.

Η διαφορά που σημειώνεται μεταξύ των προγραμματισμένων και των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων οφείλεται στο γεγονός ότι δεν γίνεται αντίστοιχη ενημέρωση του πληροφοριακού συστήματος από το αρμόδιο Τμήμα. Από στοιχεία που υπάρχουν για τους δύο τελευταίους μήνες του 2006 προκύπτει ότι οι επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν αποτελούν περίπου το 66,17% των επισκέψεων που προγραμματίστηκαν, ενώ το αντίστοιχο ετήσιο ποσοστό είναι περίπου 74,11%. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι υπάρχουν επισκέψεις που πραγματοποιούνται χωρίς να γίνεται ενημέρωση του Τμήματος της Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρειών και κατά συνέπεια του πληροφοριακού συστήματος.

Ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη είναι περίπου μία εβδομάδα εκτός από τα ιατρεία που ανήκουν στα Ιατρικά Τμήματα : Α' και Β' Καρδιολογικό, Ενδοκρινολογικό, Ορθοπαιδικό, Οφθαλμολογικό και Ψυχιατρικό, όπου η αναμονή φθάνει και τους τρεις μήνες.

Στον Πίνακα 5.15 παρουσιάζεται ο αριθμός των προγραμματισμένων και των πραγματοποιημένων επισκέψεων ανά Ιατρικό Τμήμα .



**Πίνακας 5.15** Δυνατότητα Επισκέψεων, Προγραμματισμένες και Πραγματοποιημένες Επισκέψεις κατά Ιατρικό Τμήμα, Έτους 2006

Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων		Προγρ/νες Επισκέψεις		Πραγμ/νες Επισκέψεις	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%	Πλήθος	%
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>42.239</b>	<b>38,68%</b>	<b>34.845</b>	<b>42,34%</b>	<b>20.489</b>	<b>42,25%</b>
Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.260	2,98%	3.071	3,73%	1.709	3,52%
Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.888	2,64%	2.380	2,89%	1.370	2,83%
Γ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	8.918	8,17%	8.062	9,80%	5.401	11,14%
Α ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.125	2,86%	2.473	3,00%	1.109	2,29%
Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.062	1,89%	1.652	2,01%	946	1,95%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	6.245	5,72%	4.295	5,22%	2.815	5,81%
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.736	1,59%	1.387	1,69%	676	1,39%
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.450	3,16%	4.438	5,39%	2.659	5,48%
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	980	0,90%	1.013	1,23%	576	1,19%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.317	3,04%	2.772	3,37%	1.496	3,09%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.758	3,44%	3.295	4,00%	1.730	3,57%
ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ	2.500	2,29%	7	0,01%	2	0,00%
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>52.827</b>	<b>48,37%</b>	<b>35.280</b>	<b>42,87%</b>	<b>22.320</b>	<b>46,03%</b>
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.982	3,65%	4.743	5,76%	3.117	6,43%
Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	4.721	4,32%	5.766	7,01%	4.421	9,12%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.295	3,02%	4.963	6,03%	2.987	6,16%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.963	2,71%	1.133	1,38%	524	1,08%
ΩΤΟΡΙΝ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	10.096	9,24%	4.337	5,27%	2.316	4,78%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.068	0,98%	1.196	1,45%	775	1,60%
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.604	1,47%	91	0,11%	55	0,11%
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.528	3,23%	676	0,82%	500	1,03%
ΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	4.025	3,69%	4.342	5,28%	2.254	4,65%
ΓΑΙΕΥΤΙΚΟ-ΓΥΝΑΙΚ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	8.976	8,22%	3.990	4,85%	2.257	4,65%
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	6.250	5,72%	2.134	2,59%	1.975	4,07%
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΔΟΝΤΡΙΑΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.319	2,12%	1.909	2,32%	1.139	2,35%
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΥ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>2.490</b>	<b>2,28%</b>	<b>3.905</b>	<b>4,74%</b>	<b>2.227</b>	<b>4,59%</b>
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	2.490	2,28%	3.905	4,74%	2.227	4,59%
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>9.090</b>	<b>8,32%</b>	<b>5.291</b>	<b>6,43%</b>	<b>1.926</b>	<b>3,97%</b>
ΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΟΧΗΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	184	0,17%	192	0,23%	70	0,14%
ΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	5.950	5,45%	5.087	6,18%	1.856	3,83%
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων		Προγρ/νες Επισκέψεις		Πραγμ/νες Επισκέψεις	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΜΟΝ. ΠΡΟΛ.ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	2.956	2,71%	12	0,01%	0	0,00%
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗΣ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>ΛΟΠΑ</b>	<b>2.568</b>	<b>2,35%</b>	<b>2.983</b>	<b>3,62%</b>	<b>1.529</b>	<b>3,15%</b>
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΙ	2.568	2,35%	2.983	3,62%	1.529	3,15%
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>109.214</b>	<b>100,00%</b>	<b>82.304</b>	<b>100,00%</b>	<b>48.491</b>	<b>100,00%</b>

\* Πηγή στοιχείων : Πληροφοριακό Σύστημα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων

\*\*Τα στοιχεία εμφανίζονται συνολικά στο Α' από τα δύο ίδια τμήματα

### 5.8.2 Σύγκριση δεδομένων ετών 2005 και 2006

Συνολικά παρατηρείται, σε σχέση με το 2005, μείωση κατά -1,28% στις προγραμματισμένες επισκέψεις, ενώ σε απόλυτους αριθμούς η μείωση καθορίζεται στις 1.071 επισκέψεις. Ο μεγαλύτερος αριθμός προγραμματισμένων επισκέψεων πραγματοποιήθηκε στα ιατρεία που ανήκουν στο Γ' Παθολογικό Τμήμα (8.062 επισκέψεις, μείωση -2,93% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Β' Χειρουργικό Τμήμα (5.766 επισκέψεις, μείωση -7,24% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005), στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (5.087 επισκέψεις, αύξηση 5,96% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005), στο Ορθοπαιδικό Τμήμα (4.963 επισκέψεις, αύξηση 2,99% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005) και στο Α' Χειρουργικό Τμήμα (4.743 επισκέψεις, μείωση -4,18% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005). Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 (για τα Τμήματα που έχουν περισσότερα από 1000 επισκέψεις) παρατηρείται στο Παιδιατρικό Τμήμα (κατά 21,29%) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Νεφρολογικό Τμήμα (κατά 19,32%), στο Β' Παθολογικό Τμήμα (κατά 16,95%), στα Αναισθησιολογικά Τμήματα (κατά 10,91%) και στο Α' Παθολογικό Τμήμα (κατά 6,89%). Μείωση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στην Αντιφυματική Μονάδα (κατά -85,42%) και έπεται η Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας, με μικρό αριθμό επισκέψεων, (κατά -42,86%), στο Ουρολογικό Τμήμα (κατά -26,09%), στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα (κατά -22,57%) και στο Οδοντιατρικό Τμήμα (κατά -16,09%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα ή Μονάδες του Παθολογικού Τομέα προγραμματίστηκαν συνολικά 34.845 επισκέψεις, που αποτελεί το 42,34% του συνόλου των επισκέψεων. Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται αύξηση κατά 1.117 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά 3,31%. Ο μεγαλύτερος αριθμός επισκέψεων προγραμματίστηκε στα ιατρεία που ανήκουν στο Γ' Παθολογικό Τμήμα (8.062) με επόμενα τα ιατρεία που ανήκουν στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα (4.438) και στο Παιδιατρικό Τμήμα (4.295). Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στο Παιδιατρικό Τμήμα (κατά 21,29%) και έπονται τα

ιατρεία που ανήκουν στο Νεφρολογικό Τμήμα (κατά 19,32%), στο Β΄ Παθολογικό Τμήμα (κατά 16,95%), στα Αναισθησιολογικά Τμήματα (κατά 10,91%) και στο Α΄ Παθολογικό Τμήμα (κατά 6,89%). Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στην Αντιφυματική Μονάδα (-85,42%) και έπεται το Β΄ Καρδιολογικό Τμήμα (-9,33%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα ή Μονάδες του Χειρουργικού Τομέα προγραμματίστηκαν συνολικά 35.280 επισκέψεις, που αποτελεί το 42,87% του συνόλου των επισκέψεων. Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται μείωση κατά -2.067 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά -5,53%. Ο μεγαλύτερος αριθμός επισκέψεων προγραμματίστηκε στα ιατρεία που ανήκουν στο Β΄ Χειρουργικό Τμήμα (5.766) με επόμενα τα ιατρεία που ανήκουν στο Ορθοπαιδικό Τμήμα (4.963) και στο Α΄ Χειρουργικό Τμήμα (4.743). Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στο Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, με μικρό αριθμό επισκέψεων, (κατά 82,00%) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Α΄ Αναισθησιολογικό Τμήμα (κατά 10,91%). Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στο Ουρολογικό Τμήμα (κατά -26,09%) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Οδοντιατρικό Τμήμα (κατά -16,09%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα του Ψυχιατρικού Τομέα προγραμματίστηκαν συνολικά 3.905 επισκέψεις, οι οποίες αποτελούν το 4,74% του συνόλου των προγραμματισμένων επισκέψεων. Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται μείωση κατά 136 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά -3,37%.

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα ή Μονάδες του Εργαστηριακού Τομέα προγραμματίστηκαν συνολικά 5.291 επισκέψεις, οι οποίες αποτελούν το 6,43% του συνόλου των προγραμματισμένων επισκέψεων. Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται αύξηση κατά 268 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά 5,34%. Ο μεγαλύτερος αριθμός προγραμματισμένων επισκέψεων πραγματοποιήθηκε στα ιατρεία που ανήκουν στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (5.087). Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (κατά 5,96%), ενώ παρατηρείται μια μικρή μείωση στα

ιατρεία που ανήκουν στη Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας, με μικρό όμως αριθμό επισκέψεων, (κατά -42,86%) και στο Αιματολογικό Τμήμα, (κατά -4,48%).

Όσον αφορά τις πραγματοποιούμενες επισκέψεις ο συνολικός αριθμός τους ανέρχεται σε 48.491 επισκέψεις ετησίως. Συνολικά παρατηρείται, σε σχέση με το 2005, αύξηση κατά 1,27% στις πραγματοποιούμενες επισκέψεις, ενώ σε απόλυτους αριθμούς η αύξηση καθορίζεται στις 607 επισκέψεις. Ο μεγαλύτερος αριθμός πραγματοποιούμενων επισκέψεων παρουσιάστηκε στα ιατρεία που ανήκουν στο Γ' Παθολογικό Τμήμα (5.401 επισκέψεις, μείωση -1,60% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Β' Χειρουργικό Τμήμα (4.421 επισκέψεις, μείωση -4,22% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005), στο Α' Χειρουργικό Τμήμα (3.117 επισκέψεις, αύξηση 4,25% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005), στο Ορθοπαιδικό Τμήμα (2.987 επισκέψεις, αύξηση 9,86% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005), στο Παιδιατρικό Τμήμα (2.815 επισκέψεις, αύξηση 27,20% σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2005). Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 (για τα Τμήματα που έχουν περισσότερα από 1000 επισκέψεις) παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (κατά 28,18%), και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Νεφρολογικό Τμήμα (κατά 27,43%), στο Παιδιατρικό Τμήμα (κατά 27,20%), στο Β' Παθολογικό Τμήμα (κατά 20,70%), και στο Α' Παθολογικό Τμήμα (κατά 13,18%). Μείωση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στη Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας, με μικρό αριθμό επισκέψεων, (κατά -100,00%) και έπεται η Αντιφυματική Μονάδα (κατά -88,24%), στο Ουρολογικό Τμήμα (κατά -32,21%), στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα (κατά -24,01%) και στο Οδοντιατρικό Τμήμα (κατά -18,64%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα ή Μονάδες του Παθολογικού Τομέα πραγματοποιήθηκαν συνολικά 20.489 επισκέψεις, οι οποίες αποτελούν το 42,25% του συνόλου των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων. Ο μεγαλύτερος αριθμός επισκέψεων πραγματοποιήθηκε στα ιατρεία που ανήκουν στο Γ' Παθολογικό Τμήμα (5.401) με επόμενα τα ιατρεία που ανήκουν στο Παιδιατρικό τμήμα (2.815) και στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα

(2.659). Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται αύξηση κατά 1.249 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά 6,49%. Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 (για τα Τμήματα που έχουν περισσότερα από 1000 επισκέψεις) παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στο Νεφρολογικό Τμήμα (κατά 27,43%) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Παιδιατρικό Τμήμα (κατά 27,20%), στο Β' Παθολογικό Τμήμα (κατά 20,70%), και στο Α' Παθολογικό Τμήμα (κατά 13,18%). Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στην Αντιφυματική Μονάδα (-85,42%) και έπεται το Β' Καρδιολογικό Τμήμα (-9,33%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα ή Μονάδες του Χειρουργικού Τομέα πραγματοποιήθηκαν συνολικά 22.320 επισκέψεις, οι οποίες αποτελούν το 46,03% του συνόλου των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων. Ο μεγαλύτερος αριθμός επισκέψεων πραγματοποιήθηκε στα ιατρεία που ανήκουν στο Β' Χειρουργικό Τμήμα (4.421) με επόμενα τα ιατρεία που ανήκουν στο Α' Χειρουργικό Τμήμα (3.117) και στο Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα (2.316). Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται μείωση κατά -839 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά -3,62%. Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στο Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, με μικρό αριθμό επισκέψεων, (κατά 41,03%) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Ορθοπαιδικό Τμήμα (κατά 9,86%) και στο Οφθαλμιατρικό Τμήμα (κατά 9,84%). Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στο Ουρολογικό Τμήμα (κατά -32,21%) και έπονται τα ιατρεία που ανήκουν στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα (κατά -24,01%) και στο Οδοντιατρικό Τμήμα (κατά -18,64%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα του Ψυχιατρικού Τομέα πραγματοποιήθηκαν συνολικά 2.227 επισκέψεις, οι οποίες αποτελούν το 4,59% του συνόλου των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων. Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται μείωση κατά -21 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά -0,93%.

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα ή Μονάδες του Εργαστηριακού Τομέα πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1.926 επισκέψεις, οι οποίες αποτελούν το 3,97% του συνόλου των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων. Ο μεγαλύτερος αριθμός πραγματοποιηθέντων

επισκέψεων παρατηρήθηκε στα ιατρεία που ανήκουν στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (1.856). Σε σχέση με το 2005 παρατηρείται αύξηση κατά 404 επισκέψεις και σε ποσοστό κατά 26,54%. Η μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2005 παρατηρείται στα ιατρεία που ανήκουν στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (κατά 29,18%), ενώ παρατηρείται μείωση στη Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας, με μικρό όμως αριθμό επισκέψεων, (κατά - 100,00%) και στα ιατρεία που ανήκουν στο Αιματολογικό Τμήμα, (κατά -2,78%).

Στον παρακάτω πίνακα 5.16 γίνεται παρουσίαση της Δυνατότητας Επισκέψεων , Προγραμματισμένες και Πραγματοποιημένες Επισκέψεις κατά Ιατρικό Τμήμα των Ετών 2005-2006.

**Πίνακας 5.16** Δυνατότητα Επισκέψεων, Προγραμματισμένες και Πραγματοποιημένες Επισκέψεις κατά Ιατρικό Τμήμα, Ετών 2005 και 2006

Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων		Διαφορά (+/-)		Προγ/νες Επισκέψεις		Διαφορά (+/-)		Πραγ/νες Επισκέψεις		Διαφορά (+/-)	
	2005	2006	Πλήθος	%	2005	2006	Πλήθος	%	2005	2006	Πλήθος	%
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>43.679</b>	<b>42.239</b>	<b>-1.440</b>	<b>-3,30%</b>	<b>33.728</b>	<b>34.845</b>	<b>1.117</b>	<b>3,31%</b>	<b>19.240</b>	<b>20.489</b>	<b>1.249</b>	<b>6,49%</b>
Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.401	3.260	-141	-4,15%	2.873	3.071	198	6,89%	1.510	1.709	199	13,18%
Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.353	2.888	-465	-13,87%	2.035	2.380	345	16,95%	1.135	1.370	235	20,70%
Γ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	8.198	8.918	720	8,78%	8.305	8.062	-243	-2,93%	5.489	5.401	-88	-1,60%
Α ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.983	3.125	142	4,76%	2.513	2.473	-40	-1,59%	1.225	1.109	-116	-9,47%
Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.136	2.062	-74	-3,46%	1.822	1.652	-170	-9,33%	1.029	946	-83	-8,07%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	7.882	6.245	-1.637	-20,77%	3.541	4.295	754	21,29%	2.213	2.815	602	27,20%
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.762	1.736	-26	-1,48%	1.371	1.387	16	1,17%	687	676	-11	-1,60%
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.480	3.450	-30	-0,86%	4.386	4.438	52	1,19%	2.425	2.659	234	9,65%
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	808	980	172	21,29%	849	1.013	164	19,32%	452	576	124	27,43%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.371	3.317	-54	-1,60%	2.838	2.772	-66	-2,33%	1.519	1.496	-23	-1,51%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.765	3.758	-7	-0,19%	3.147	3.295	148	4,70%	1.539	1.730	191	12,41%
ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ	2.540	2.500	-40	-1,57%	48	7	-41	-85,42%	17	2	-15	-88,24%
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>56.249</b>	<b>52.827</b>	<b>-3.422</b>	<b>-6,08%</b>	<b>37.347</b>	<b>35.280</b>	<b>-2.067</b>	<b>-5,53%</b>	<b>23.159</b>	<b>22.320</b>	<b>-839</b>	<b>-3,62%</b>
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	5.298	3.982	-1.316	-24,84%	4.950	4.743	-207	-4,18%	2.990	3.117	127	4,25%
Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	6.372	4.721	-1.651	-25,91%	6.216	5.766	-450	-7,24%	4.616	4.421	-195	-4,22%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.367	3.295	-72	-2,14%	4.819	4.963	144	2,99%	2.719	2.987	268	9,86%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.590	2.963	373	14,40%	1.533	1.133	-400	-26,09%	773	524	-249	-32,21%
ΩΤΟΡΙΝ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	10.332	10.096	-236	-2,28%	4.953	4.337	-616	-12,44%	2.818	2.316	-502	-17,81%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.176	1.068	-108	-9,18%	1.132	1.196	64	5,65%	771	775	4	0,52%
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.634	1.604	-30	-1,84%	50	91	41	82,00%	39	55	16	41,03%
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.672	3.528	-144	-3,92%	873	676	-197	-22,57%	658	500	-158	-24,01%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	4.297	4.025	-272	-6,33%	4.492	4.342	-150	-3,34%	2.052	2.254	202	9,84%
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ-ΓΥΝΑΙΚ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	8.864	8.976	112	1,26%	4.130	3.990	-140	-3,39%	2.518	2.257	-261	-10,37%
Α' ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	6.350	6.250	-100	-1,57%	1.924	2.134	210	10,91%	1.805	1.975	170	9,42%



Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων		Διαφορά (+/-)		Προγρ/νες Επισκέψεις		Διαφορά (+/-)		Πραγμ/νες Επισκέψεις		Διαφορά (+/-)	
	2005	2006	Πλήθος	%	2005	2006	Πλήθος	%	2005	2006	Πλήθος	%
ΤΜΗΜΑ**												
Β' ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΟΔΟΝΤΡΙΑΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.297	2.319	22	0,96%	2.275	1.909	-366	-16,09%	1.400	1.139	-261	-18,64%
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΥ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>2.565</b>	<b>2.490</b>	<b>-75</b>	<b>-2,92%</b>	<b>4.041</b>	<b>3.905</b>	<b>-136</b>	<b>-3,37%</b>	<b>2.248</b>	<b>2.227</b>	<b>-21</b>	<b>-0,93%</b>
Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	2.565	2.490	-75	-2,92%	4.041	3.905	-136	-3,37%	2.248	2.227	-21	-0,93%
Β' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>9.146</b>	<b>9.090</b>	<b>-56</b>	<b>-0,61%</b>	<b>5.023</b>	<b>5.291</b>	<b>268</b>	<b>5,34%</b>	<b>1.522</b>	<b>1.926</b>	<b>404</b>	<b>26,54%</b>
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	196	184	-12	-6,12%	201	192	-9	-4,48%	72	70	-2	-2,78%
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
Α' ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	6.090	5.950	-140	-2,30%	4.801	5.087	286	5,96%	1.448	1.856	408	28,18%
Β' ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΜΟΝ. ΠΡΟΛ.ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	2.860	2.956	96	3,36%	21	12	-9	-42,86%	2	0	-2	-100,00%
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗΣ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%

Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων		Διαφορά (+/-)		Προγρ/νες Επισκέψεις		Διαφορά (+/-)		Πραγμ/νες Επισκέψεις		Διαφορά (+/-)	
	2005	2006	Πλήθος	%	2005	2006	Πλήθος	%	2005	2006	Πλήθος	%
<b>ΔΟΠΙΑ</b>	<b>2.884</b>	<b>2.568</b>	<b>-316</b>	<b>-10,96%</b>	<b>3.236</b>	<b>2.983</b>	<b>-253</b>	<b>-7,82%</b>	<b>1.715</b>	<b>1.529</b>	<b>-186</b>	<b>-10,85%</b>
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΙ	2.884	2.568	-316	-10,96%	3.236	2.983	-253	-7,82%	1.715	1.529	-186	-10,85%
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>114.523</b>	<b>109.214</b>	<b>-5.309</b>	<b>-4,64%</b>	<b>83.375</b>	<b>82.304</b>	<b>-1.071</b>	<b>-1,28%</b>	<b>47.884</b>	<b>48.491</b>	<b>607</b>	<b>1,27%</b>

\* Πηγή στοιχείων : Πληροφοριακό Σύστημα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων

### 5.8.3 Κανονικά – Υπεράριθμα Ραντεβού

Από το σύνολο των προγραμματισμένων επισκέψεων (82.304) τα 68.180 (ποσοστό 82,84%) θεωρούνται κανονικές επισκέψεις, δηλαδή προγραμματίστηκαν εντός των ωρών λειτουργίας των ιατρείων σύμφωνα με το πρόγραμμα λειτουργίας τους, ενώ τα 14.124 (ποσοστό 17,16%) θεωρούνται υπεράριθμες επισκέψεις, δηλαδή προγραμματίστηκαν εκτός των ωρών λειτουργίας των ιατρείων. Σημειώνεται ότι για τα υπεράριθμες επισκέψεις υπάρχει η συγκατάθεση των Ιατρών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.

Για τα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα/ Μονάδες του Παθολογικού Τομέα προγραμματίστηκαν 28.844 κανονικές επισκέψεις (82,78%) και 6.001 υπεράριθμες επισκέψεις (17,22%). Ο μεγαλύτερος αριθμός υπεράριθμων επισκέψεων παρατηρείται στα ιατρεία του Γ' Παθολογικού Τμήματος με 1.777 υπεράριθμες επισκέψεις (το 22,04% των συνολικών επισκέψεων του Τμήματος) και έπονται τα ιατρεία του Ενδοκρινολογικού Τμήματος με 1.168 υπεράριθμες επισκέψεις (το 26,32% των συνολικών επισκέψεων του Τμήματος) και του Παιδιατρικού Τμήματος, με 761 υπεράριθμες επισκέψεις (το 17,72% των συνολικών επισκέψεων του Τμήματος).

Για τα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα/Μονάδες του Χειρουργικού Τομέα προγραμματίστηκαν 29.012 κανονικές επισκέψεις (82,23% και 6.268 υπεράριθμες επισκέψεις (17,77%). Ο μεγαλύτερος αριθμός υπεράριθμων επισκέψεων παρατηρείται στα ιατρεία του Ορθοπαιδικού Τμήματος με 2.054 υπεράριθμες επισκέψεις (το 41,39% των συνολικών επισκέψεων του Τμήματος) και έπονται τα ιατρεία του Β' Χειρουργικού Τμήματος, με 1.888 υπεράριθμες επισκέψεις (το 32,74% των συνολικών επισκέψεων του Τμήματος) και του Α' Χειρουργικού Τμήματος με 887 υπεράριθμες επισκέψεις (το 18,70% των συνολικών επισκέψεων του Τμήματος).

Για τα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα του Ψυχιατρικού Τομέα προγραμματίστηκαν 2.489 κανονικές επισκέψεις (63,74% και 1.476 υπεράριθμες επισκέψεις (36,26%). Εδώ

παρατηρούμε ότι το ποσοστό των υπεράριθμων επισκέψεων είναι πολύ μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό στο σύνολο των ιατρείων.

Για τα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα του Εργαστηριακού Τομέα προγραμματίστηκαν 5.268 κανονικές επισκέψεις (99,57% και 23 υπεράριθμες επισκέψεις (0,43%). Εδώ παρατηρούμε ότι το ποσοστό των υπεράριθμων επισκέψεων είναι πολύ μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στο σύνολο των ιατρείων.

Στον παρακάτω πίνακα 5.17 γίνεται παρουσίαση Προγραμματισμένων (Κανονικές και Υπεράριθμες ) ανά Ιατρικό Τμήμα Έτους 2006.

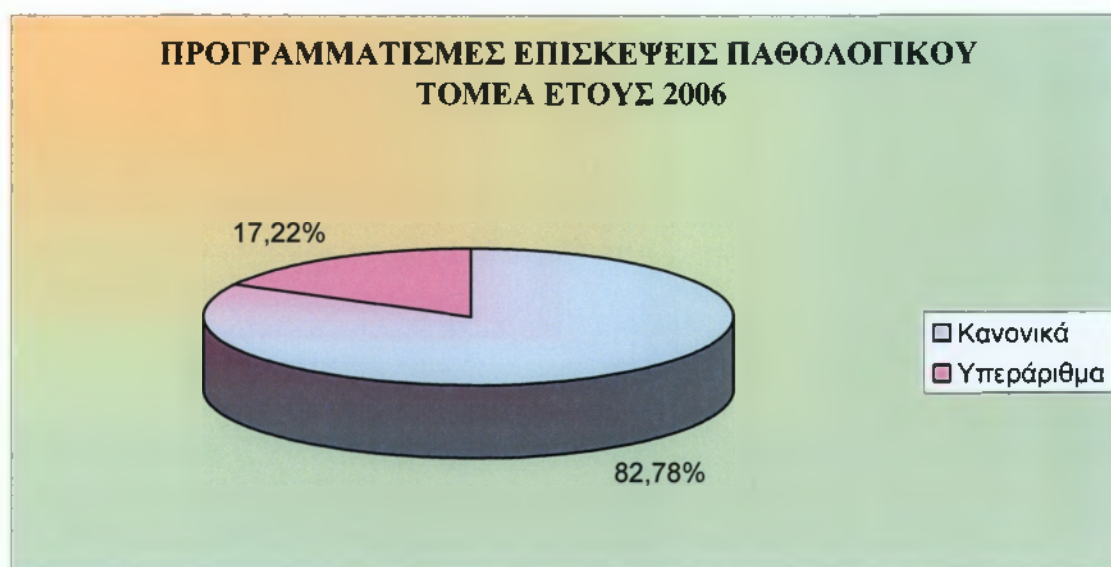
**Πίνακας 5.17** Προγραμματισμένες Επισκέψεις (Κανονικές και Υπεράριθμες) ανά Ιατρικό Τμήμα Έτους 2006

Ιατρικά Τμήματα	Κανονικά		Υπεράριθμα		Σύνολο
	Πλήθος	%	Πλήθος	%	
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>28.844</b>	<b>82,78%</b>	<b>6.001</b>	<b>17,22%</b>	<b>34.845</b>
Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.853	92,90%	218	7,10%	3.071
Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.195	92,23%	185	7,77%	2.380
Γ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	6.285	77,96%	1.777	22,04%	8.062
Α ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.260	91,39%	213	8,61%	2.473
Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.161	70,28%	491	29,72%	1.652
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.534	82,28%	761	17,72%	4.295
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.227	88,46%	160	11,54%	1.387
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.270	73,68%	1.168	26,32%	4.438
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	978	96,54%	35	3,46%	1.013
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.442	88,10%	330	11,90%	2.772
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.632	79,88%	663	20,12%	3.295
ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ	7	100,00%	0	0,00%	7
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>29.012</b>	<b>82,23%</b>	<b>6.268</b>	<b>17,77%</b>	<b>35.280</b>
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.856	81,30%	887	18,70%	4.743
Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.878	67,26%	1.888	32,74%	5.766
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.909	58,61%	2.054	41,39%	4.963
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.077	95,06%	56	4,94%	1.133
ΩΤΟΡΙΝ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	4.147	95,62%	190	4,38%	4.337
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	973	81,35%	223	18,65%	1.196
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	91	100,00%	0	0,00%	91
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	676	100,00%	0	0,00%	676
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.947	90,90%	395	9,10%	4.342
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ-ΓΥΝΑΙΚ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.839	96,22%	151	3,78%	3.990
Α' ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	2.055	96,30%	79	3,70%	2.134
Β' ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0,00%	0	0,00%	0

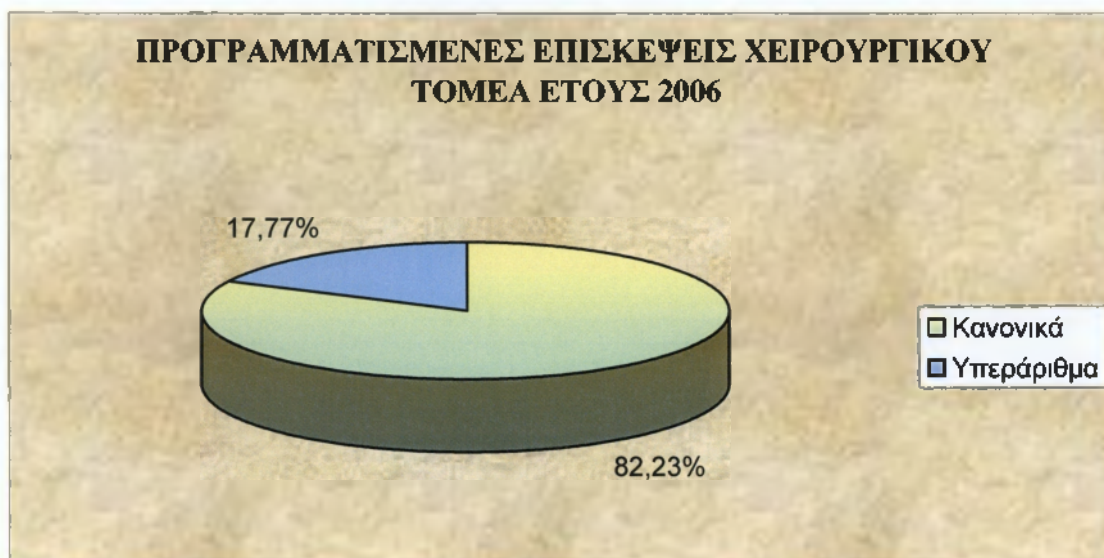
Ιατρικά Τμήματα	Κανονικά		Υπεράριθμα		Σύνολο
	Πλήθος	%	Πλήθος	%	
ΟΔΟΝΤΡΙΑΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	1.564	81,93%	345	18,07%	1.909
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΜΟΝΑΔΑ ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΥ	0	0,00%	0	0,00%	0
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>2.489</b>	<b>63,74%</b>	<b>1.416</b>	<b>36,26%</b>	<b>3.905</b>
Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	2.489	63,74%	1.416	36,26%	3.905
Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0,00%	0	0,00%	0
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>5.268</b>	<b>99,57%</b>	<b>23</b>	<b>0,43%</b>	<b>5.291</b>
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	183	95,31%	9	4,69%	192
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
Α΄ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	5.073	99,72%	14	0,28%	5.087
Β΄ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0,00%	0	0,00%	0
ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΜΟΝ. ΠΡΟΔ.ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	12	100,00%	0	0,00%	12
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗΣ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΜΟΝΑΔΑ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	0	0,00%	0	0,00%	0
ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	0	0,00%	0	0,00%	0
<b>ΛΟΠΑ</b>	<b>2.567</b>	<b>86,05%</b>	<b>416</b>	<b>13,95%</b>	<b>2.983</b>
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΙ	2.567	86,05%	416	13,95%	2.983
	0	0,00%	0	0,00%	0
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>68.180</b>	<b>82,84%</b>	<b>14.124</b>	<b>17,16%</b>	<b>82.304</b>

\* Πηγή στοιχείων : Πληροφοριακό Σύστημα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων

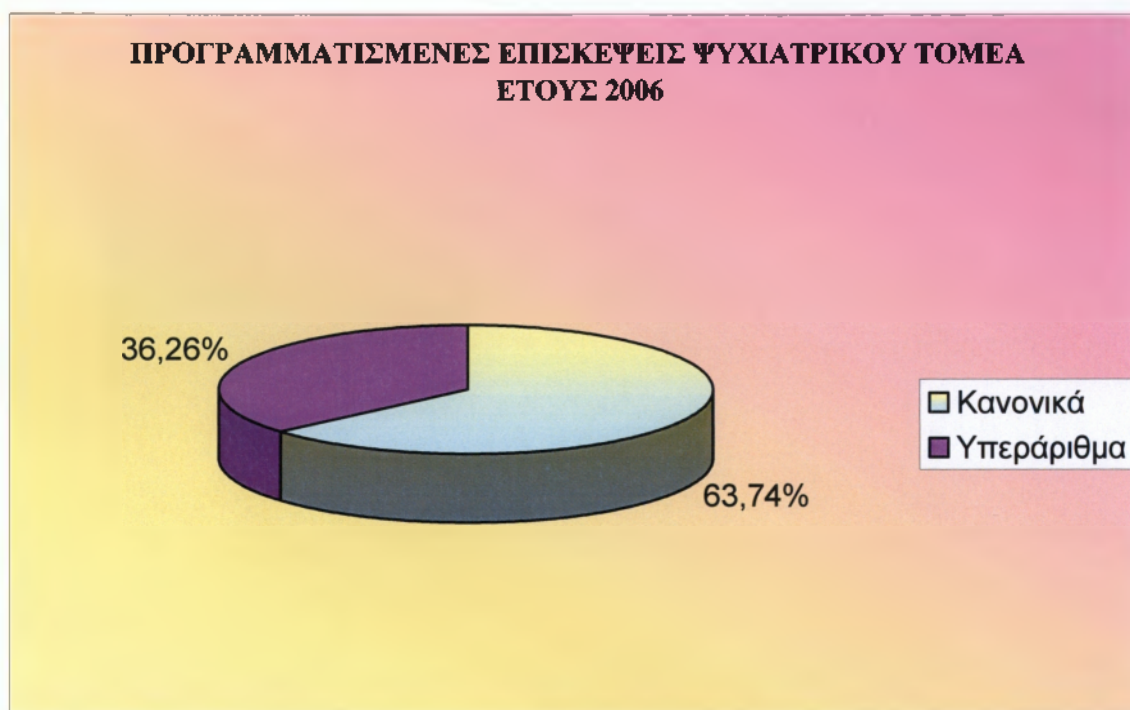
\*\*Τα στοιχεία εμφανίζονται συνολικά στο Α΄ από τα δύο ίδια τμήματα



**Διάγραμμα 9:** Προγραμματισμένες Επισκέψεις Παθολογικού Τομέα

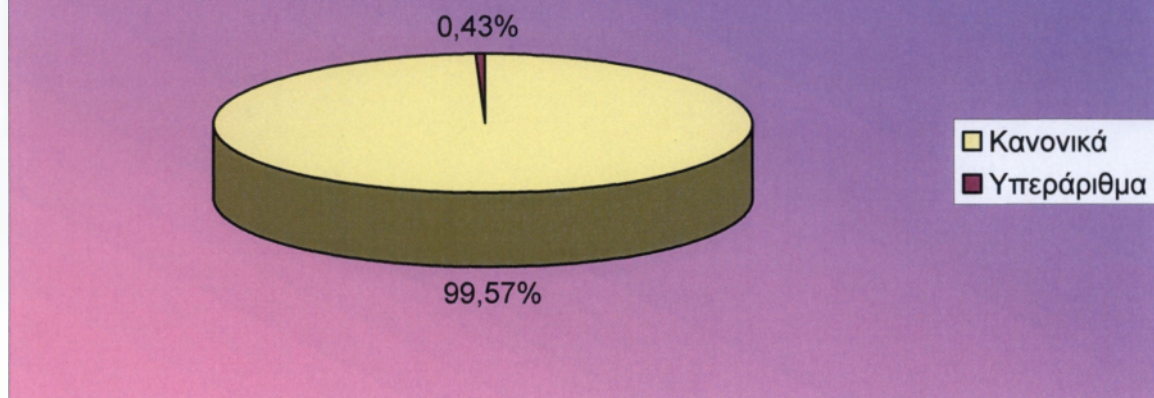


**Διάγραμμα 10:** Προγραμματισμένες Επισκέψεις Χειρουργικού Τομέα



**Διάγραμμα 11:** Προγραμματισμένες Επισκέψεις Ψυχιατρικού Τομέα

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ 2006



**Διάγραμμα 12:** Προγραμματισμένες Επισκέψεις Εργαστηριακού Τομέα

#### 5.8.4 Δυνατότητα επισκέψεων – Κλεισμένα Ραντεβού

Σύμφωνα με τα προγράμματα λειτουργίας των ιατρείων υπήρχε η δυνατότητα 109.214 επισκέψεων συνολικά, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 5.14. Από τις 109.214 δυνατές επισκέψεις προγραμματίστηκαν 82.304 επισκέψεις που αποτελεί μείωση κατά 26.910 ή 24,64%.

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα/Μονάδες του Παθολογικού Τομέα προγραμματίστηκαν 7.394 επισκέψεις λιγότερες από όσες υπήρχε δυνατότητα (-17,51%). Στα ιατρεία που ανήκουν στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα προγραμματίστηκαν 988 επισκέψεις περισσότερες από όσες υπήρχε δυνατότητα (+28,64%). Με θετικό πρόσημο είναι το Δερματολογικό ΤΕΙ (16,16%) και το Νευρολογικό Τμήμα (3,37%). Λιγότερες επισκέψεις, σε ποσοστό επί της δυνατότητας επισκέψεων του ίδιου Τμήματος, παρατηρούνται στην Αντιφυματική Μονάδα (-99,72%), στο Παιδιατρικό Τμήμα (-31,22%), στο Β' Παθολογικό Τμήμα (-17,59%) και στο Πνευμονολογικό Τμήμα (-16,43%) κλπ.

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα/Μονάδες του Χειρουργικού Τομέα προγραμματίστηκαν 17.547 επισκέψεις λιγότερες από όσες υπήρχε δυνατότητα (-33,22%). Περισσότερες επισκέψεις, σε ποσοστό επί της δυνατότητας επισκέψεων του ίδιου Τμήματος, παρατηρούνται στο Ορθοπαιδικό Τμήμα (+50,62%), στο Β' Χειρουργικό Τμήμα (+22,14%) και στο Α' Χειρουργικό Τμήμα (+19,11%) . Λιγότερες επισκέψεις, σε ποσοστό επί της δυνατότητας επισκέψεων του ίδιου Τμήματος, παρατηρούνται στο Θωρακοχειρουργικό Τμήμα (-94,33%) και στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα (-80,84%), το Αναισθησιολογικό Τμήμα (-65,86%), το Ουρολογικό Τμήμα (-31,76%), το Ωτορινολαρυγγικό Τμήμα (-57,04%) και το Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα (-55,55%) κλπ.

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα του Ψυχιατρικού Τομέα προγραμματίστηκαν 1.415 επισκέψεις περισσότερες από όσες υπήρχε δυνατότητα (+56,83%).

Στα ιατρεία που ανήκουν σε Τμήματα του Εργαστηριακού Τομέα προγραμματίστηκαν 3.799 επισκέψεις λιγότερες από όσες υπήρχε δυνατότητα (-41,79%). Μόνο στο Αιματολογικό Τμήμα παρατηρούνται περισσότερες προγραμματισμένες επισκέψεις από αυτές που υπήρχε δυνατότητα (+4,35%). Λιγότερες επισκέψεις, σε ποσοστό επί της δυνατότητας επισκέψεων του ίδιου Τμήματος, παρατηρούνται στα ιατρεία που ανήκουν στη Μονάδα πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας (εργαστήριο Κυτταρογεννετικής) (-99,59%) και στα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα (-14,50%).

Στον παρακάτω πίνακα 5.18 γίνεται παρουσίαση Συγκριτικής Κατάστασης Δυνατότητας Επισκέψεων , Προγραμματισμένων και Πραγματοποιημένων Επισκέψεων ανά Ιατρικό Τμήμα Έτους 2006.



**Πίνακας 5.18 Συγκριτική Κατάσταση Δυνατότητας Επισκέψεων - Προγραμματισμένων Επισκέψεων και Πραγματοποιημένων ανά Ιατρικό Τμήμα Έτους 2006\***

Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων	Προγρ/νες Επισκέψεις	Πραγμ/νες Επισκέψεις	Ποσοστό Προγρ/νων - Δυνατ.Επισκ.	Ποσοστό Πραγμ/νων - Δυνατ.Επισκ.	Ποσοστό Πραγμ/νων - Προγρ/νων
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΜΕΑΣ</b>	<b>42.239</b>	<b>34.845</b>	<b>20.489</b>	<b>82,49%</b>	<b>48,51%</b>	<b>58,80%</b>
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.260	3.071	1.709	94,20%	52,42%	55,65%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.888	2.380	1.370	82,41%	47,44%	57,56%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	8.918	8.062	5.401	90,40%	60,56%	66,99%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.125	2.473	1.109	79,14%	35,49%	44,84%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.062	1.652	946	80,12%	45,88%	57,26%
ΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	6.245	4.295	2.815	68,78%	45,08%	65,54%
ΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΜΗΜΑ	1.736	1.387	676	79,90%	38,94%	48,74%
ΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΜΗΜΑ	3.450	4.438	2.659	128,64%	77,07%	59,91%
ΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	980	1.013	576	103,37%	58,78%	56,86%
ΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΜΗΜΑ	3.317	2.772	1.496	83,57%	45,10%	53,97%
ΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.758	3.295	1.730	87,68%	46,04%	52,50%
ΟΝΑΔΑ ΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ	2.500	7	2	0,28%	0,08%	28,57%
<b>ΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΟΜΕΑΣ</b>	<b>52.827</b>	<b>35.280</b>	<b>22.320</b>	<b>66,78%</b>	<b>42,25%</b>	<b>63,27%</b>
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.982	4.743	3.117	119,11%	78,28%	65,72%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	4.721	5.766	4.421	122,14%	93,65%	76,67%
ΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	3.295	4.963	2.987	150,62%	90,65%	60,19%
ΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.963	1.133	524	38,24%	17,68%	46,25%
ΓΟΡΙΝ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ	10.096	4.337	2.316	42,96%	22,94%	53,40%
ΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΜΗΜΑ	1.068	1.196	775	111,99%	72,57%	64,80%
ΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΜΗΜΑ	1.604	91	55	5,67%	3,43%	60,44%
ΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΜΗΜΑ	3.528	676	500	19,16%	14,17%	73,96%
ΡΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	4.025	4.342	2.254	107,88%	56,00%	51,91%
ΑΙΕΥΤΙΚΟ-ΓΥΝΑΙΚ/ΚΟ ΜΗΜΑ	8.976	3.990	2.257	44,45%	25,14%	56,57%
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΗΜΑ**	6.250	2.134	1.975	34,14%	31,60%	92,55%
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΗΜΑ**	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΟΝΤΟΡΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	2.319	1.909	1.139	82,32%	49,12%	59,66%
ΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΡΑΠΕΙΑΣ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΟΝΑΔΑ ΟΙΚΟΓ. ΟΓΡ/ΣΜΟΥ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
<b>ΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	<b>2.490</b>	<b>3.905</b>	<b>2.227</b>	<b>156,83%</b>	<b>89,44%</b>	<b>57,03%</b>
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	2.490	3.905	2.227	156,83%	89,44%	57,03%
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%

Ιατρικά Τμήματα	Δυνατότητα Επισκέψεων	Προγρ/νες Επισκέψεις	Πραγμ/νες Επισκέψεις	Ποσοστό Προγρ/νων - Δυνατ.Επισκ.	Ποσοστό Πραγμ/νων - Δυνατ.Επισκ.	Ποσοστό Πραγμ/νων - Προγρ/νων
<b>ΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΟΜΕΑΣ</b>	<b>9.090</b>	<b>5.291</b>	<b>1.926</b>	<b>58,21%</b>	<b>21,19%</b>	<b>36,40%</b>
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΙΟΧΗΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	184	192	70	104,35%	38,04%	36,46%
ΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΡΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	5.950	5.087	1.856	85,50%	31,19%	36,49%
ΡΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΕΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΥΠΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΟΝ. ΡΟΔ.ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	2.956	12	0	0,41%	0,00%	0,00%
ΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΤΑΡΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗΣ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΟΝΑΔΑ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ΟΝΑΔΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
<b>ΟΠΙΑ</b>	<b>2.568</b>	<b>2.983</b>	<b>1.529</b>	<b>116,16%</b>	<b>59,54%</b>	<b>51,26%</b>
ΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΙ	2.568	2.983	1.529	116,16%	59,54%	51,26%
				0,00%	0,00%	0,00%
<b>ΥΝΟΔΑ</b>	<b>109.214</b>	<b>82.304</b>	<b>48.491</b>	<b>75,36%</b>	<b>44,40%</b>	<b>58,92%</b>

Πηγή στοιχείων : Πληροφοριακό Σύστημα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνοούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους.

Κυριότερος στόχος των συστημάτων υγείας θα πρέπει να αποτελεί, τόσο η προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, όσο και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών, αλλά και η παραγωγή νέας ιατρικής γνώσης.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) αποτελεί σήμερα, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται στον προσανατολισμό, για πάρα πολλά χρόνια και σε μεγάλο βαθμό μέχρι και σήμερα της ιατρικής επιστήμης, άρα και των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως προς τη θεραπευτική κατεύθυνση. Έτσι, έχουμε τη δημιουργία και οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας, οι οποίες απαιτούν αυξημένους πόρους, τόσο για την κατασκευή και τον εξοπλισμό τους, όσο και για τη λειτουργία τους .

Οι δαπάνες που διατίθενται για τη νοσοκομειακή περίθαλψη (δημόσια και ιδιωτική), στις αναπτυγμένες χώρες, αποτελούν τη μεγαλύτερη συνιστώσα των δαπανών υγείας και αντιστοιχούν περίπου σε ποσοστό 60 % των συνολικών δαπανών τους για την υγεία. Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης, δηλαδή η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα νοσοκομεία, είναι ο τομέας εκείνος, των υπηρεσιών υγείας, που μέχρι σήμερα έχει προσελκύσει κατεξοχήν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, αλλά και των ασθενών των νοσοκομείων.

Η ανάπτυξη ενός συστήματος συλλογής πληροφοριών είναι ζωτικής σημασίας για την ορθολογική και αποτελεσματική λήψη αποφάσεων, την αξιολόγηση και ευρύτερα την εφαρμογή του στρατηγικού σχεδιασμού στην νοσοκομειακή περίθαλψη και γενικότερα τον τομέα της υγείας . Η ορθολογική ανάπτυξή του, στη βάση προκαθορισμένων μεταβλητών

και πεδίων, επιτρέπει τη συγκέντρωση και αξιοποίηση της πληροφορίας προς όφελος της αποτελεσματικότερης διοίκησης και του καλύτερου συνδυασμού πόρων και ικανοτήτων του νοσοκομείου. Όλα αυτά καταλήγουν να συμβάλλουν καίρια στη λειτουργία του νοσοκομείου, με αποτελεσματικότερα κριτήρια και ταυτόχρονα επιτρέπουν στη διοίκηση να πραγματοποιήσει ρεαλιστικές προβλέψεις και να προσαρμόσει τη μονάδα ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες .

Αυτή τη στιγμή υπάρχει στο Π.Γ.Ν.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ " είναι ένα υποτυπώδες σύστημα το οποίο είναι διάσπαρτο και διαμερισμένο στα τμήματα. Ενώ οι πληροφορίες καταγράφονται, δεν υπάρχει ροή προς όλα τα τμήματα και δεν συνδυάζονται ώστε να αξιοποιηθούν στο μέγιστο βαθμό τους. Η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος και η κατανομή των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία, με βάση την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά τους, αλλά και τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού που καλούνται να καλύψουν.

Η εκτεταμένη χρήση προσεκτικά σχεδιασμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Νοσοκομείων, θα συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παράλληλα με τη δυνατότητα μείωσης του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών. Η προαγωγή μεθόδων και διαδικασιών, ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας να αποτελεί το επίκεντρο εστίασης των δραστηριοτήτων της υγειονομικής πολιτικής και η εκπλήρωση κριτηρίων σύγχρονης δράσης και ειδικότερα, της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών μέτρων, με τη διασφάλιση της ποιότητας και της αποδοτικότητας πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος .

Ένα άρτια Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα θα συνεισφέρει στην υλοποίηση μίας ολοκληρωμένης και ομοιογενούς ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ λύσης στις Μονάδες Υγείας η οποία θα είναι συμβατή με τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες του ΥπΥ&ΚΑ και θα διασφαλίζει την διαλειτουργικότητα συστημάτων και τον περιορισμό του κόστους, την μηχανογραφική υποστήριξη μεγάλου μέρους των κυρίως επιχειρησιακών διαδικασιών των

ΜΥ με τεχνολογία αιχμής , την εφαρμογή τυποποίησης σε βασικές διαδικασίες (λογιστική-οικονομική διαχείριση, προμήθειες και διαχείριση υλικών, παραπεμπτικά, τήρηση ιατρικών αρχείων), την ενίσχυση του Ανθρώπινου Δυναμικού με νέα εργαλεία και την βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης,στην βελτίωση της απόδοσης του συστήματος σε κρίσιμες διαστάσεις: άμεση διαθεσιμότητα στοιχείων θέσης οργανισμού (πάγια, υποχρεώσεις, απαιτήσεις), παρακολούθηση κόστους, διαθεσιμότητα ιατρικών αρχείων, τρόποι 'σύλληψης' επιχειρησιακών δεδομένων , την δυνατότητα συλλογής και επεξεργασίας ενοποιημένων δεδομένων από το σύστημα Υγείας και χάραξης πολιτικής στη δημιουργία ασφαλούς πλαισίου διαχείρισης και πρόσβασης σε πληροφορία που θα συμβάλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και ποιότητας παροχής ιατρονοσηλευτικού έργου διασφαλίζοντας ταυτόχρονα το απόρρητο της πληροφορίας .

## Βιβλιογραφία

1. Βελονάκη Β. Σ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., Νοσηλευτική, «Ιστορική Εξέλιξη Υγειονομικού Συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα », εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2006.
2. Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. , «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας » , Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, 2006.
3. Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, Τόμος Δ, εκδ. Λίτσας, 1997.
4. Σούλης Σ .Οικονομική της Υγείας, 1998.
5. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000
6. Αγγελόπουλος Μ. Χάρης. Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας : παρανοήσεις και επεξηγήσεις, εκδ. Κριτική, 2005.
7. Αντωνοπούλου Α., Καραμητοπούλου Δ., Σοφιανός Ε. Παράγοντες που επηρεάζουν το Επίπεδο Ικανοποίησης των Ασθενών, *Επιθεώρηση Υγείας*, 2006;2:26-29.
8. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας, Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας » Θεσσαλονίκη, 1994
9. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Προϋποθέσεις επιτυχούς εισαγωγής Πληροφοριακών Συστημάτων στα ΠεΣΥΠ της Χώρας »κοινωνία της πληροφορίας Γ΄ΚΠΣ 2003

## Ηλεκτρονικές Πηγές

[www.nikaia-hosp.gr](http://www.nikaia-hosp.gr)

**IATRONET**

[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)

**IATROCLUB**

[www.iatroclub.gr/html/index.php](http://www.iatroclub.gr/html/index.php)

**IN HEALTH**  
<http://health.in.gr>

**ASKLIPIOS (International Medical Portal)**  
[www.asklipios.org](http://www.asklipios.org)

**CARE**  
[www.care.gr](http://www.care.gr)