

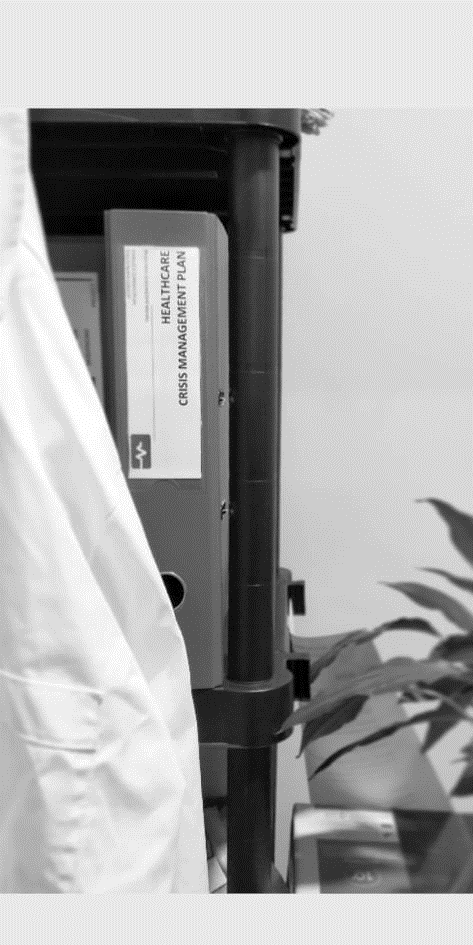
***ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ,***

***ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ & ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ***

***ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ***

***Δ.Π.Μ.Σ.***

***ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ***

****

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

**ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**-**

**Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο Φοιτητή: | **Νικολόπουλος Βάιος** |
| Αριθμός φοιτητή: | **0382018** |
| Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: | **Χατζηγεωργίου Χρυσούλα** |
|  |  |

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2020

****

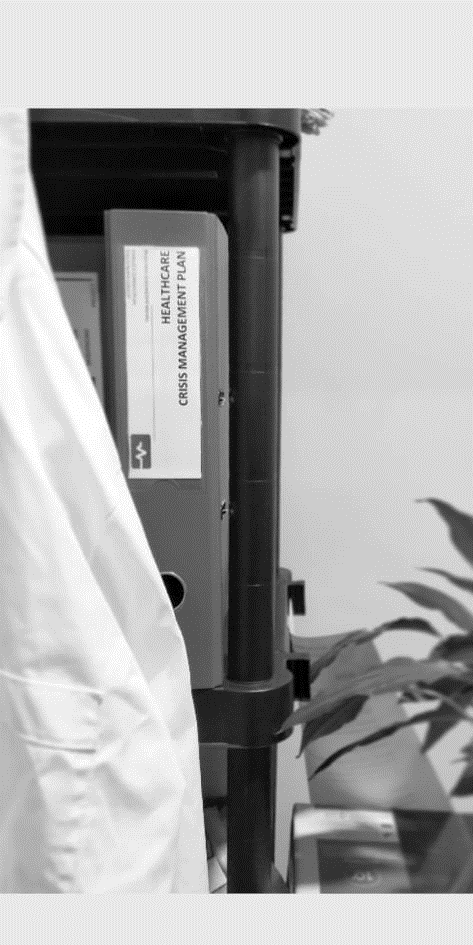
***DEPARTMENT OF ORGANISATION***

***MANAGEMENT, MARKETING AND TOURISM***

***DEPARTMENT OF NURSING***

***JOINT POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM***

***MASTER OF SCIENCE IN HEALTH & WELFARE UNITS***

****

**CRISIS MANAGEMENT AND MANAGEMENT**

**IN HEALTHCARE SERVICES AND UNITS**

**-**

**THE COVID-19 PANDEMIC**

|  |  |
| --- | --- |
| Postgraduate Student Name: | **Nikolopoulos Vaios** |
| Student Number: | **0382018** |
| Name Of Supervisor: | **Chatzigeorgiou Chryssoula** |
|  |  |

THESSALONIKI 2020

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

[**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** 5](#_Toc54895908)

[**ABSTRACT** 6](#_Toc54895909)

[**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** 7](#_Toc54895910)

[**1. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ** 9](#_Toc54895911)

[1.1 Σκοπός Λειτουργίας 9](#_Toc54895912)

[1.2 Τα ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας 11](#_Toc54895913)

[1.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας 17](#_Toc54895914)

[**2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ 22**](#_Toc54895915)

[2.1 Ορίζοντας τη Κρίση 22](#_Toc54895916)

[2.2 Τα Χαρακτηριστικά της Κρίσης 24](#_Toc54895917)

[2.3 Κύκλος Ζωής Κρίσης 25](#_Toc54895918)

[**3. Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19** 26](#_Toc54895919)

[3.1 O ιός SARS-COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome COronaVirus 2) 26](#_Toc54895920)

[3.2 Η Πανδημίας COVID-19 27](#_Toc54895921)

[3.3 Ο Αντίκτυπος για τη Δημόσια Υγεία 28](#_Toc54895922)

[3.4 Εξομάλυνση Επιδημιολογικής Καμπύλης (Flattering the Epidemic Curve) 29](#_Toc54895923)

[3.5 Ενέργειες για το περιορισμό μετάδοσης 31](#_Toc54895924)

[3.6 Νομοθετικό πλαίσιο για Δημόσια Υγεία και Επιχειρήσεις στη διάρκεια της κρίσης 33](#_Toc54895925)

[**4. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ** 34](#_Toc54895926)

[4.1 Στάδια Διαχείριση Κρίσης 34](#_Toc54895927)

[4.2 Διαταραχές στην Εφοδιαστική Αλυσίδα 36](#_Toc54895928)

[4.3 Σχεδιασμός για τη Διαχείριση Κρίσεων 37](#_Toc54895929)

[4.4 Η χρήση νέων τεχνολογιών και πληροφορικής 43](#_Toc54895930)

[**5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19** 44](#_Toc54895931)

[5.1 Στις επιχειρήσεις του κλάδου υγείας 44](#_Toc54895932)

[5.2 Στο υγειονομικό προσωπικό 49](#_Toc54895933)

[**6. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ – ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19** 50](#_Toc54895934)

[6.1 Στη διάρκεια της εργασίας 50](#_Toc54895935)

[6.2 Στη διάρκεια καραντίνας 52](#_Toc54895936)

[**7. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΡΙΣΕΩΝ – ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19** 53](#_Toc54895937)

[7.1 Η ιδανική Στρατηγική προετοιμασία 53](#_Toc54895938)

[**Οι στρατηγικές ετοιμότητας:** 53](#_Toc54895939)

[**Οι στρατηγικές αντιμετώπισης:** 54](#_Toc54895940)

[**Οι στρατηγικές ανάκαμψης:** 55](#_Toc54895941)

[7.2 Εργαλεία διαχείρισης 56](#_Toc54895942)

[7.2.1 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας 56](#_Toc54895943)

[7.2.2. Tα Πρότυπα ISO 59](#_Toc54895944)

[7.2.3 Η Λιτή Διαχείριση (Lean Management) 62](#_Toc54895945)

[7.2.4 Περιγραφή Διαδικασιών και Εγγράφων 65](#_Toc54895946)

[7.2.5 Ανάλυση Επικινδυνότητας - Risk analysis 67](#_Toc54895947)

[7.2.6 Ανασκόπηση 74](#_Toc54895948)

[7.3 Μείωση των επιπτώσεων της κρίσης 75](#_Toc54895949)

[**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** 77](#_Toc54895950)

[**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 78](#_Toc54895951)

[**ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 78](#_Toc54895952)

[**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 84](#_Toc54895953)

# **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Στο σημερινό περιβάλλον αυξάνεται συνεχώς η αβεβαιότητα μέσα στην οποία καλούνται να δραστηριοποιηθούν οι διάφορες εταιρείας. Η Διαχείριση Κρίσεων καθώς και των κινδύνων που ελλοχεύουν, αποτελεί μια συνεχής πρόκληση για όλες τις επιχειρήσεις στο σύγχρονο περιβάλλον. Ειδικότερα στον ευαίσθητο τομέα υγείας, εμφανίζονται δίχως να μπορούν να προβλεφθούν τις περισσότερες φορές και επηρεάζουν άμεσα την υγεία και το επίπεδο βιωσιμότητας των πολιτών. Γίνεται αντιληπτό ότι απαιτούνται να υπάρχουν μηχανισμοί ώστε να μπορεί να υπάρχει ένας οδικός χάρτης για την αντιμετώπιση κρίσεων και κινδύνων με σκοπό τη μείωση των συνεπειών που επιφέρει μια τέτοια κατάσταση. Μια τέτοια υγειονομική κρίση είναι και η πρόσφατη πανδημία κοροναϊού SARS-COV-2 και της νόσου του COVID-19 που προκαλεί. Τα χαρακτηριστικά του ιού σε συνδυασμό με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, δημιούργησαν μία δύσκολη εξίσωση για τη λύση της κρίσης ή/και μείωση των επιπτώσεών της σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας. Στόχος της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση της έννοιας, των χαρακτηριστικών κρίσης αλλά και τις επιπτώσεις που έχει μέσα από την εξέλιξη της πανδημίας στις επιχειρήσεις. Θα παρουσιαστούν οι επιπτώσεις των κρίσεων στον κλάδο και οργανισμούς υγείας ενώ θα προταθούν σχεδιασμοί και στρατηγικές και τον μετριασμό των επιπτώσεων των κρίσεων. Μέσα από την αντιμετώπιση αυτή θα αναδειχθεί και η συνεισφορά σε έναν οργανισμό η τήρηση ενός συστήματος ποιότητας που μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό να ανταπεξέλθει καλύτερα σε έκτακτες καταστάσεις, κρίσεις και κινδύνους που προκύπτουν.

**Λέξεις Κλειδιά:** Κρίση,Διαχείριση Κρίσης, Υγεία, Εκτίμηση Επικινδυνότητας, ISO, Συστήματα Ποιότητας

# **ABSTRACT**

In today's environment, the uncertainty in which the various companies are called upon to operate is constantly increasing. Crisis Management, as well as the risks involved, is a constant challenge for all businesses in the modern environment. In particular in the sensitive health sector, they occur without being predictable most of the time and directly affect the health and level of sustainability of citizens. It is understood that mechanisms are needed to allow a roadmap for dealing with crises and risks in order to reduce the consequences of such a situation. One such health crisis is also the recent SARS-COV-2 coronae pandemic and the COVID-19 disease it causes. The characteristics of the virus, combined with the modern way of life, have created a difficult equation for solving the crisis and/or reducing its spread to all levels of society. The aim of this work is to present the concept, the characteristics of the crisis and the impact it has through the development of the pandemic on businesses. The impact of crises on the sector and health organizations will be presented and plans and strategies will be proposed, and the impact of crises will be mitigated. Through this approach, the contribution to an organization will also be highlighted by maintaining a quality system that can help the organization cope better with emergencies, crises and risks arising.

**Keywords:** Crisis, Crisis Management, Health, Risk Assessment, ISO, Quality Systems

# **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι κρίσεις είναι ανεπιθύμητα και απρόβλεπτα περιστατικά που μπορούν να συμβούν σε οποιαδήποτε επιχείρηση κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο σχεδιασμός και ο συντονισμός στη διαχείριση κρίσεων είναι σημαντικές διαδικασίες, παρά τον επείγοντα χαρακτήρα μιας κατάστασης κρίσης (Nguyen, 2019).

Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, στους οποίους επικεντρώνεται η παρούσα εργασία είναι επίσης ευάλωτοι στις κρίσεις, όπως και κάθε άλλη επιχείρηση. Οι μονάδες υγείας παίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή της βασικής ιατρικής περίθαλψης στις κοινότητες σε όλους τους τύπους κρίσεων. Ανάλογα με τη φύση της κρίσης, αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε μια ταχέως αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών που μπορεί να κατακλύσει τη λειτουργική ικανότητα και την ασφάλεια των νοσοκομείων και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα. Συνεπώς η διαχείριση των κρίσεων και η εφαρμογή στρατηγικών για τον περιορισμό των επιπτώσεων τους είναι ζωτικής σημασίας, δεδομένου του ρόλοι που αυτοί οι οργανισμοί διαδραματίζουν στην προστασία της υγείας των ατόμων (WHO, 2011).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της διαχείρισης κρίσεων στις επιχειρήσεις του τομέα της υγείας, αναλύοντας θέματα όπως ο σκοπός και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, οι κρίσεις και τα χαρακτηριστικά τους, τα βασικά στοιχεία της διαχείρισης κρίσεων στις μονάδες υγείας, οι επιπτώσεις των κρίσεων στις επιχειρήσεις αυτές και οι στρατηγικές για τον περιορισμό των επιπτώσεων των κρίσεων. Το θέμα συζητείται μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, βάσει άρθρων και άλλων επιστημονικών δεδομένων που αναζητήθηκαν στις ιστοσελίδες Pubmed και Science Direct.

Οι μονάδες υγείας αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε χώρα και στόχος τους είναι να παρέχουν θεραπεία στους ασθενείς, να αποτρέψουν την υποβάθμιση της υγείας τους ή να τους ανακουφίσουν από τα συμπτώματα μιας νόσου, με εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό (Glasberg et al., 2014). Ωστόσο σε περιόδους κρίσης, η λειτουργία των μονάδων υγείας μπορεί να υποβαθμιστεί σημαντικά, μειώνοντας την ικανότητα τους να υποστηρίξουν τους παραπάνω στόχους, για παράδειγμα μέσα από την παροχή επιλεκτικής κρίσιμης φροντίδας. Αυτό μάλιστα έγινε πρόσφατα κατανοητό μέσα από την πρόσφατη κρίση της επιδημίας του SARS-CoV-2 (Wurmb et al., 2020).

Η δυναμική φύση του τομέα της υγείας, οι διεθνείς και περιφερειακές εξελίξεις στον τομέα της υγείας, η αύξηση του πληθυσμού καθώς και οι πιθανές απειλές για την υγεία, είτε προβλέπονται, είτε όχι, είναι συνθήκες που επισημαίνουν την ανάγκη οργάνωσης των συστημάτων υγείας στον τομέα της διαχείρισης των κρίσεων. Η διαχείριση κρίσεων υποδηλώνει την ύπαρξη ενός συντονισμένου και αποτελεσματικού επιχειρησιακού σχεδίου δράσης, το οποίο εφαρμόζεται στην περίπτωση μιας απειλής ή ενός κινδύνου στα συστήματα υγείας, ανεξάρτητα από την αιτία και την έκταση του (Efstathiou et al., 2009).

Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στην διαχείριση κρίσεων/κινδύνων στο επιχειρησιακό περιβάλλον, εστιάζοντας ειδικότερα στους οργανισμούς υγείας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ήταν η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη του θέματος. Τα δευτερογενή στοιχεία αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct και Springer Link, με τη χρήση των λέξεων κλειδιών «crisis», «risk», «crisis management», «risk management», «healthcare», «hospitals» και «human resources». Η εργασία ξεκινά με την παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου των κινδύνων και των κρίσεων, όπου καταγράφεται ο ορισμός και οι τύποι του κινδύνου και ο ορισμός της κρίσης, καθώς και ο κύκλος ζωής και τα χαρακτηριστικά της κρίσης. Στη συνέχεια τα θέματα που αναπτύσσονται περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό της διαχείρισης κρίσεων, τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στη κρίση και τη μείωση των επιπτώσεων στην κρίση. Η εργασία ολοκληρώνεται με την σύνοψη των σημαντικότερων συμπερασμάτων.

## **1. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **1.1 Σκοπός Λειτουργίας**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ένα σύστημα υγείας που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας έχει απώτερο σκοπό τη προώθηση, την αποκατάσταση και την διατήρηση της υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται στο σύνολο των ασθενών, οικογενειών, τις κοινότητες και τον γενικό πληθυσμό (WHO, 2009). Αποτελούν το θεμέλιο για την επίτευξη και τη διασφάλιση της υγείας για όλους, προσαρμοσμένες και ισορροπημένες έτσι ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των διαφόρων πληθυσμών, η παροχή των υπηρεσιών υγείας, αλλά και τα συστήματα υγείας εν γένει στοχεύουν στην προώθηση και τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και των ομάδων, στην αποτροπή των κινδύνων για την υγεία και στην προστασία των ατόμων από τους κινδύνους για την υγεία. Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα και τους πόρους, που είναι αφιερωμένα στην παραγωγή δράσεων για την υγεία (Cloutier & Brendle-Moczuk, 2020).

Η εμφάνιση των οργανισμών συντονισμένης παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκαν αρχικά κατά τα τέλη του 4ου αιώνα σε ιδιαίτερα πρώιμη μορφή, ενώ στα τέλη του 18ου αιώνα παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στους οργανισμούς παροχής υγείας. Η αντίληψη της υγείας υπό μορφή οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως την παρουσιάζονται σήμερα, έλαβε χώρα τη δεκαετία από το 1930 και έπειτα, ενώ απέκτησε ευρεία εφαρμογή κατά το χρονικό διάστημα από το 1940 έως το 1950, ένεκα της «εξάπλωσης» της επιστημονικότητας και της ιατρικής τεχνολογίας. Ιδιαίτερη ανάπτυξη του τομέα υπηρεσιών υγείας, παρατηρήθηκε από το 1950 έως το 1960 όταν συστάθηκε ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι., 1999).

Η κοινωνική ανάπτυξη και αλληλεγγύη, συσχετίζεται ιδιαίτερα από ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών από το εν γένει κοινωνικό σύνολο, λαμβάνοντας αυτές άμεσα και ισόνομα. Οι υπηρεσίες υγείας, προσφέρονται από επαγγελματίες υγείας και ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό, παρέχοντας δυνατότητα νοσηλείας και αποκατάστασης των ασθενών. Απώτερος σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι ισοδύναμη και απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στον ορισμό υγείας του Π.Ο.Υ. «*ως υγεία ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας ενός ανθρώπου*». Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας κατέχουν οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια, υπάγονται στον κρατικό μηχανισμό, αναπτύσσοντας πολύμορφες λειτουργίες για ικανοποιούν τις ανάγκες της κοινωνίας με τακτικό τρόπο (Αντωνοπούλου Λ., Δερμεντζή Χ., Λούστης Δ. & συν., 2013).

Βασικό στοιχείο της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, αποτελεί η στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό καθόσον αποτελεί υπηρεσία εντάσεως εργασίας. Ως στελέχωση, νοείται η διαδικασία επάνδρωσης με ανθρώπινους πόρους, που να ανταποκρίνονται στους σκοπούς και στόχους του οργανισμού. Η σύνθεση της οργανωσιακής δομής του οργανισμού είναι μια πολυσύνθετη διεργασία, καθόσον συσχετίζεται άμεσα με τις διαπροσωπικές σχέσεις του προσωπικού (Wolper L., 2001).

### 1.2 Τα ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας φέρουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, δεδομένων των ιδιαιτεροτήτων που φέρει η υγεία ως αγαθό. Η υγεία αποτελεί ένα δημόσιο αγαθό και αυτό σημαίνει όχι μόνο, ότι κανείς δεν μπορεί να αποκλειστεί από τη χρήση του, αλλά και ότι η χρήση του/κατανάλωση του από ένα άτομο/ομάδα δεν θα πρέπει να μειώνει τη διαθεσιμότητα του σε άλλα άτομα/ομάδες. Συνεπώς το ζήτημα της πρόσβασης είναι καθοριστικής σημασίας στην παράδοση των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η υγεία δεν αποτελεί δημόσιο αγαθό επειδή τα άτομα που δεν πληρώνουν (για ασφάλιση υγείας, κ.λπ.) μπορεί να μην είναι σε θέση να επιτύχουν καλά επίπεδα υγείας, λόγω της ελλιπούς πρόσβασης στα συστήματα υγείας (Cloutier & Brendle-Moczuk, 2020).

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες από τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο για την καθολική κάλυψη υγείας και ο σκοπός της παροχής υγείας έχει πλέον επεκταθεί ώστε να περιλαμβάνει την πρόληψη της φτώχειας των νοικοκυριών λόγω ασθένειας. Τα συστήματα υγείας είναι γνωστά ως ανοιχτά συστήματα, επειδή είναι ευαίσθητα στην επιρροή εξωτερικών παραγόντων, όπως η φτώχεια, η εκπαίδευση, οι υποδομές και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον. Η επιτακτική ανάγκη για την καθολική κάλυψη υγείας προέρχεται κυρίως από τις αξίες της δικαιοσύνης και της ισότητας, και αυτές οι αξίες είναι επίσης κρίσιμες για τα συστήματα υγείας, στην πορεία τους προς την επίτευξη του παραπάνω σκοπού (WHO, 2010).

Η παροχή υπηρεσιών υγείας φέρει επίσης και άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, καθώς οι καλές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι προκειμένου οι υπηρεσίες υγείας να επιτύχουν τον σκοπό τους, πρέπει να είναι (WHO, 2010):

1. *Περιεκτικές, δηλαδή να παρέχονται σε ένα ευρύ φάσμα με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού (πρόληψη, αποκατάσταση, θεραπεία, κ.α.),*
2. *Συνεχείς, το οποίοι σημαίνει ότι η παροχή υπηρεσιών θα πρέπει να οργανώνεται για να παρέχει σε ένα άτομο τη συνέχεια της φροντίδας σε όλο το δίκτυο υπηρεσιών,*
3. *Ποιοτικές, δηλαδή να είναι αποτελεσματικές, ασφαλείς, να επικεντρώνονται στις ανάγκες του ασθενούς και να παρέχονται εγκαίρως,*
4. *Επικεντρωμένες στον ασθενή, δηλαδή να οργανώνονται γύρω από το άτομο και όχι από την ασθένεια ή η χρηματοδότηση*
5. *Συντονισμένες, δηλαδή τα τοπικά δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να συντονίζονται ενεργά στην παροχή των υπηρεσιών.*

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υγειονομικών υπηρεσιών είναι τα κάτωθι:

*α) διαθεσιμότητα*

*β) συνέχεια της παροχής*

*γ) καταλληλότητα*

*δ) προσβασιμότητα*

*ε) αποτελεσματικότητα*

Ειδικότερα, οι παροχές υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να παρέχονται στους πολίτες ισότιμα και ανεμπόδιστα και δίχως χρονικούς και τοπικούς περιορισμούς και χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν η κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του πολίτη. Οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει ιδανικά να προσφέρονται προληπτικά (*πρωτοβάθμια*) και όχι κατασταλτικά (*δευτεροβάθμια)* δηλαδή σε περίπτωση αρρώστιας, ενώ η παροχή πρέπει να συναρμόζεται με τις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας, αυξάνοντας το υγειονομικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής τους (Ανδριώτη Δ., 1994).

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που διέπουν την οργανωτική δομή του υγειονομικού συστήματος είναι τα κάτωθι:

*α)Η ισοτιμία του συστήματος σχετικά με την χρηματοδότηση και την προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες.*

*β) Η συσχέτιση ιδιωτικών και δημόσιων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.*

*γ)Η ελευθερία των ασθενών στην επιλογή υπηρεσιών υγείας.*

*δ) Η σύνθεση και η «υφή» των υπηρεσιών υγείας που δίνεται έμφαση.*

*ε) Η διασπορά της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών της κοινωνίας.*

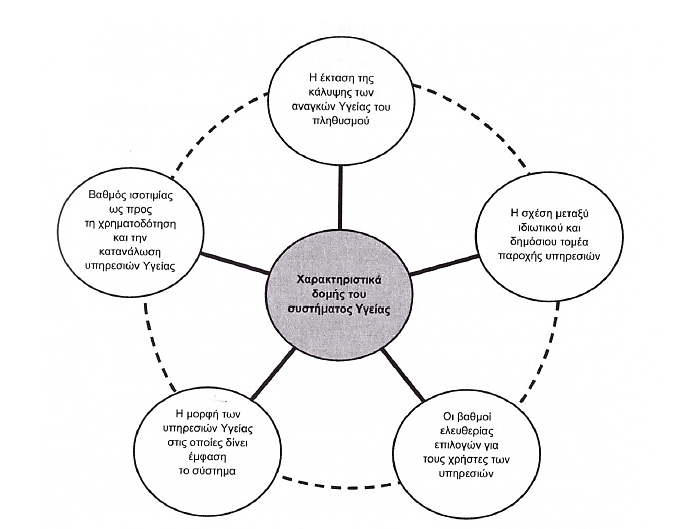
Η ισοτιμία αποτελείται από 2 μορφές. Η πρώτη μορφή αναφέρεται στην «ισότιμη μεταχείριση μεταξύ ίσων απαιτήσεων». Με παρόμοιο τρόπο πολλαπλασιάζεται το όφελος που αντλεί η κοινωνία με πεπερασμένους υλικούς και άυλους πόρους. Η δεύτερη μορφή αναφέρεται στην «*άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων απαιτήσεων*». Στην εν λόγω μορφή γίνεται λόγος για το ζήτημα της καταμέτρησης και αξιολόγησης των ανισοτήτων με απώτερο στόχο να παρασχεθούν οι ανάλογες υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται. Η ισοτιμία συμπεριλαμβάνει την ισοδυναμία των δαπανών και των αναλογούντων υγειονομικών πόρων, την ισότητα στους πόρους και την πρόσβαση για ίσες ανάγκες, την ισότητα στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών για ισοδύναμες ανάγκες μεταξύ της κοινωνίας αλλά και την ισότητα στις ανάγκες για υγειονομικές υπηρεσίες. Οι ανισότητες πρόσβασης έχουν ποικίλες αιτίες. Το επίπεδο εκπαίδευσης, το επίπεδο εργασίας, η χωρική κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, που ευνοούνται περισσότερο τα αστικά κέντρα και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, που θεσμοθετούν τους περιορισμούς στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών (Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. 1997).

Η επικάλυψη των αναγκών υγείας δύναται να επηρεαστεί από αρκετές μεταβλητές, μερικές από αυτές είναι: η εμπειρία και η ακαδημαϊκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η κατανομή των υγειονομικών και υπηρεσιών ανά χωρική περιοχή καθώς η αναγκαία προσφορά των υπηρεσιών υγείας που είναι προς άμεση διάθεση. Οι μορφές των υπηρεσιών που προσδίδουν έμφαση στο υγειονομικό σύστημα μεταβάλλονται συνεχώς αναλόγως των επιταγών της κοινωνίας και διαφοροποιούνται από έθνος σε έθνος. Μερικά συστήματα υποστηρίζουν σημαντικά την Α΄ βάθμια φροντίδα υγείας και άλλα την Β΄ βάθμια φροντίδα υγείας (Ζηλίδης Χ., 1988).

Ο συμμετοχή του ιδιωτικού επιχειρείν στις υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να λειτουργεί σε συμπλήρωση με τις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας. Στα εθνικά συστήματα υγείας ή στα μεικτά συστήματα υγείας, που υποστηρίζεται σημαντικά η υγεία από τον δημόσιο τομέα, ο ιδιωτικός τομέας δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα σημαντικά στο κλάδο αυτό. Αντιθέτως, ο ιδιωτικός τομέας υγείας αναπαράγεται σε υγειονομικά συστήματα, που υπάρχει έντονη ανισοκατανομή των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και σημαντική ζήτηση των ασθενών για άκρως εξειδικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Η επιλογή των πολιτών για την λήψη υπηρεσιών υγείας είναι εμφανώς περιορισμένη καθώς οι τελευταίοι δεν δύναται να έχουν την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση για να επιλέξουν ανάλογα φαρμακευτικά σκευάσματα ή ακόμη και την θεραπεία που θα λάβουν, έτσι δεν δύναται να επιλέξουν τις υγειονομικές υπηρεσίες που θα λάβουν και αντίστοιχα τον επαγγελματία υγείας που θα παράγει αυτές (Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ., 1993).

Στο κάτωθι Σχήμα 1,αποτυπώνονται σχηματικά, τα βασικότερα στοιχεία της δομής του υγειονομικού συστήματος.

***Σχήμα 1****: Τα**βασικότερα στοιχεία της δομής του υγειονομικού συστήματος (Λιαρόπουλος, 2004).*



Η προσφορά και ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών διαφέρει από τα λοιπά αγοραία συστήματα στα οποία αλληλοεπιδρά η προσφορά και η ζήτηση, καθόσον η επιβολή κανονισμών ελεύθερης ιδιωτικής αγοράς δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και καθώς επίσης, ο υγειονομικός τομέας φέρει ποικίλες ιδιαιτερότητες. Τα ευρωπαϊκά κράτη χαρακτηρίζουν την υγεία ως δημόσιο αγαθό, κοινώς προσβάσιμο γι’ όλους και κατ’ αυτόν τον λόγο προσπαθούν να προστατεύουν την παροχή και τη ισοκατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών από τους αγοραίους μηχανισμούς και ιδιαιτερότητες. Ο εκάστοτε λήπτης υγειονομικών υπηρεσιών σε συσχέτιση με τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες, τα οποία δύναται να τα χαρακτηρίζουν οι αρχές της αγοράς, στις υγειονομικές υπηρεσίες οι αγοραίες αρχές και χαρακτηριστικά δεν δύναται να τις επηρεάσουν. Αυτό πραγματώνεται αφού υφίσταται ασυμμετρία στην πληροφόρηση για υπηρεσίες υγείας, ενώ υφίσταται περιορισμένη ανταγωνιστικότητα ένεκα μονοπωλίου, η παρεχόμενη υπηρεσία χαρακτηρίζεται ανομοιογενής, ενώ ο λόγος ζήτησης και προσφοράς μπορεί να επηρεαστεί από την παρέμβαση του κράτους που μεταβάλει την προσφορά των υπηρεσιών υγείας βάσει λοιπόν παραγόντων που την αναδιαμορφώνουν (Λανάρα Β., 2002).

Οι σημαντικότερες ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας δύναται να προσδιοριστούν ως εξής:

*α)Υψηλή κρατική παρέμβαση.*

*β)Αδυναμία στην λήψη αποφάσεων του ασθενή.*

*γ)Το είδος της εργασίας, του μάνατζμεντ και του προγραμματισμού.*

*δ)Τρόπος κατανομής αρμοδιοτήτων και ευθυνών.*

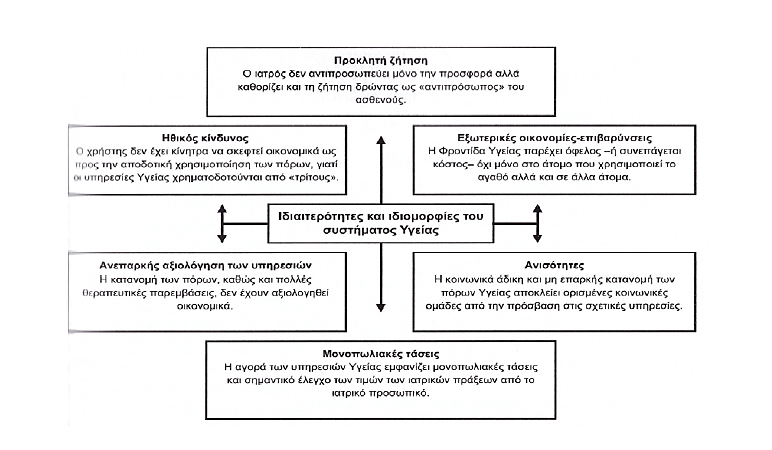
Στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν παρατηρηθεί μονοπωλιακές ροπές. Αυτό λαμβάνει χώρα καθόσον οι χρήστες υπηρεσιών υγείας δύσκολα μπορούν να αλλάξουν τον ιατρό που τους επιβλέπει και επίσης, δεν δύναται να διαπραγματευθούν την οικονομική επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας που θα λάβουν. Έτσι, για να μειωθούν οι μονοπωλιακές δυνάμεις απαιτείται σημαντική παρέμβαση του κράτους. Κατά αυτόν τον τρόπο ο κρατικός μηχανισμός εποπτεύει τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται, επιδιώκει την ισοκατανομή των πόρων, δαπανά μέρος του κρατικού προϋπολογισμού για υγειονομικά προγράμματα, οργανώνει και προγραμματίζει τις πολιτικές υγείας με απώτερο σκοπό να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο υγείας στους πολίτες με περιορισμένο κόστος.

Στα υγειονομικά συστήματα οι χρήστες υπηρεσιών υγείας συνάδουν με την πλευρά της ζήτησης, χωρίς όμως να έχουν ανάλογη κατάρτιση και πληροφόρηση για να μπορούν να λάβουν απόφαση για την ανάλογη εξατομικευμένη θεραπεία που πρέπει να λάβουν. Η περιορισμένη πληροφόρηση έχει ως αποτέλεσμα την αβεβαιότητα των χρηστών υγείας καθόσον οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας, παρέχουν την ανάλογη πληροφορία και την υπηρεσία υγείας, δημιουργώντας έριδες. Όλα τα ανωτέρω μας οδηγούν ότι η κατανομή των αρμοδιοτήτων, ευθυνών και διεργασιών αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες υγείας (Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. 1997).

Τα υγειονομικά συστήματα απαρτίζονται από τους ανθρώπινο δυναμικό – επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους οικονομικούς πόρους (*δαπάνες υγείας*). Έτσι, πρέπει να υφίσταται υψηλή εξειδίκευση του ανθρωπίνου δυναμικού και δια βίου εκπαίδευση και κατάρτιση με απώτερο στόχο την βελτιστοποίηση της οργάνωσης και του προγραμματισμού αλλά και την πιο αποδοτική κατανομή και χρήση άυλων και υλικών πόρων βάσει ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και βελτιστοποίηση επιπέδου υγείας.

Στο παρακάτω Σχήμα 2, σκιαγραφούνται τα ιδιόμορφα σημεία του υγειονομικού συστήματος.

***Σχήμα 2:*** *Ιδιόμορφα σημεία του υγειονομικού συστήματος.(Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., 2007)*

******

### 1.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Στην Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε στις αρχές του 1980 με τον Ν. 1397/1983 και στοχεύει στη διασφάλιση δωρεάν και δίκαιης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους. Το ΕΣΥ συνυπάρχει με ένα πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης υγείας, ενώ ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας διαδραματίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Πριν από την οικονομική κρίση, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρείχε κάλυψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Από το 2011 και μετά, η κάλυψη του πληθυσμού πραγματοποιήθηκε από μια ενιαία οντότητα, τον Εθνικό Οργανισμό για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (EOΠYY), ο οποίος καλύπτει τους ασφαλισμένους και τα εξαρτώμενα από αυτούς πρόσωπα και ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από το δημόσια χρηματοδοτούμενο ΕΣΥ. Την ίδια περίοδο, λόγω της οικονομικής ύφεσης, ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των ανεπίσημων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης ενισχύθηκε για την επέκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, δεδομένης της απώλειας ασφαλιστικής κάλυψης, λόγω ανεργίας. Ωστόσο, η κάλυψη αποκαταστάθηκε μέσω της διορθωτικής νομοθεσίας το 2016 (Economou, 2018).

Ο σχεδιασμός και η ρύθμιση του ΕΣΥ στην Ελλάδα είναι ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Στο ξεκίνημα της δεκαετίας του 2000, οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές ήταν υπεύθυνες για τον σχεδιασμό, την οργάνωση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αν και είχαν περιορισμένες αρμοδιότητες. Ωστόσο, οι ανωτέρω δραστηριότητες μεταβιβάστηκαν στις ΥΠΕ το 2014, αναλαμβάνοντας πλήρως τον ρόλο του συντονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Στην ΠΦΥ, βάσει της πρόσθετης νομοθεσίας, υπάγονται οι οικογενειακοί ιατροί, τα περιφερειακά και πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία και τα κέντρα υγείας με μέχρι 5 ιατρούς. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα κέντρα υγείας αστικού τύπου και τα Γενικά Νοσοκομεία, ενώ η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα περιφερειακά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Υπουργείο Υγείας, 2016).

Ως σύστημα νοείτο το σύνολο των μεταβλητών που είναι συναρμόζονται και αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Σύστημα αποτελεί ο συνδυασμός αλληλο-διάδρασης ενεργειών που επιφέρει ένα αποτέλεσμα. Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από ειδικότερα μικρότερα συστήματα που δια δρούν ανά μεταξύ τους με αποτέλεσμα να παραχθούν υπηρεσίες υγείας και να διατηρηθεί και να προαχθεί η υγεία των πολιτών δηλαδή να επιτευχθεί ο στόχος του συστήματος, παράγοντας «υγεία». Η διάρθρωση των συστημάτων υγείας περιγράφεται ανάλογα τον τρόπο κάλυψης του πληθυσμού. Τρία είναι τα βασικά μοντέλα συστημάτων (Shortell S., Kaluzny A., 1997):

*• Ιδιωτικό σύστημα υγείας*

*• Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark)*

*• Εθνικό σύστημα υγείας (Beveridge)*

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας θεωρεί την υγεία ένα ακόμα ιδιωτικό εμπορεύσιμο αγαθό, έτσι η προσφορά και ζήτηση των υπηρεσιών υγείας δεν περιορίζεται από το κράτος. Τα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα υγείας στηρίζονται στις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλουν οι πολίτες. Οι εργοδότες μετά από κρατική παρέμβαση υποχρεώθηκαν στην καταβολή ασφαλιστικών εισφορών για την καλύψεις των εργαζομένων σε θέματα υγείας και ασφάλισης. Στο σύστημα υγείας (*Beveridge*) αρμόδιος για τη παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ο κρατικός μηχανισμός ο οποίος χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Wolper L., 2001).

Το Ε.Σ.Υ. θεωρείται προσπελάσιμο σύστημα καθόσον συναλλάσσεται εύκολα, άμεσα και προσβάσιμα, πληροφόρηση, αγαθά και υπηρεσίες με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον. Ένα σύστημα υγείας δεν είναι από μόνο του υπεύθυνο για το επίπεδο υγείας μιας κοινωνίας, το επίπεδο υγείας καθορίζεται από ποικίλες μεταβλητές, όπως ο τρόπος ζωής, καθώς και από λοιπούς κοινωνικο-οικονομικο-περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Καρακούνος Σ., 2005). Για τα δεδομένα της χώρας μας, το Ε.Σ.Υ. χαρακτηρίζεται ως μικτό. Ο ορισμός αυτός δίνεται καθώς υπάρχει ο συγκερασμός των δύο μοντέλων συστημάτων (*Bismark και Beveridge*). Επιπρόσθετα, το Ε.Σ.Υ. συσχετίζει και συμπεριλαμβάνεις την λειτουργική δομή του χαρακτηριστικά του ιδιωτικού τομέα καθόσον παρουσιάζονται ανισότητες προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών επιτυγχάνεται μέσω 3ων βαθμίδων περίθαλψης (Σιγάλας Ι., 2008).

* Η Α΄ βάθμια περίθαλψη συμπεριλαμβάνει τις εξω-νοσοκομειακές (*εκτός του νοσοκομείου*). Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα ιατρεία των νοσοκομειακών οργανισμών, από τα κέντρα υγείας, από τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, από δημοτικά ιατρεία και από ιδιωτικές μονάδες υγείας.
* Στην Β’ βάθμια περίθαλψη παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς οι όποιοι πρέπει να νοσηλευτούν σε νοσοκομειακές δομές. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και από τις ιδιωτικές κλινικές.
* Τέλος η Γ’ βάθμια φροντίδα παρέχεται από τις κλινικές και αναφέρεται στις υπηρεσίες υψηλής επιστημονικής κατάρτισης και τεχνολογίας.

Το Υπουργείο κατανέμεται στην ιεραρχία της «*πυραμίδας*» του συστήματος υγείας ώστε να εφαρμοστεί ο στόχος του συστήματος: η καθολική και ισόνομη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Το Υπουργείο Υγείας αποφαίνεται για την ανάλογη κατανομή των πόρων και διασφαλίζει την κρατική επιχορήγηση στα πλαίσια συντονισμού και προγραμματισμού των πολιτικών υγείας που πρόκειται να ακολουθήσει, επιπρόσθετα, είναι υπεύθυνο για την αξιολόγηση των διαρθρωτικών πολιτικών και της στρατηγικής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ έπειτα από έγκριση του υπουργικό συμβούλιο καθορίζεται ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας και οι προλήψεις του υγειονομικού προσωπικού. Ο εκάστοτε Υπουργός δύναται να τροποποιεί το νομοθετικό πλαίσιο αλλά και είναι αρμόδιος για την εφαρμογή των Νόμων και λοιπών διατάξεων (ενδ. [ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ ΕΑΛΕΓ.Π.801572018 – ΦΕΚ 4898\_τΒ\_1-11-2018](https://www.ispatras.gr/wp-content/uploads/2018/11/%CE%95%CE%9A%CE%A0%CE%A5-%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5-%CE%95%CE%91%CE%9B%CE%95%CE%93.%CE%A0.801572018-%CE%A6%CE%95%CE%9A-4898_%CF%84%CE%92_1-11-2018-1.pdf))

Πέραν του προαναφερόμενου Υπουργείου αλληλο-διαδρούν και λοιπά Υπουργεία. Το Υπουργείο Εργασίας το οποίο είναι εποπτεύει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Κατά το χρονικό διάστημα (*2011-2012*) κατά το οποίο έγιναν γενναίες μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό σύστημα, υφίσταντο πλήθος ασφαλιστικών οργανισμών καθόσον τα πιο ισχυρά ασφαλιστικά ταμεία συνενώθηκαν έπειτα από την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Επιπρόσθετα, ποικίλοι οργανισμοί που διαδρούν είναι το Υπουργείο Άμυνας το οποίο είναι υπεύθυνο για τα στρατιωτικά δημόσια νοσοκομεία της χώρας, το Υπουργείο Παιδείας που επιφορτίζεται με τον έλεγχο των Πανεπιστημιακών δημόσιων νοσοκομείων καθώς επίσης και το Υπουργείο Δικαιοσύνης το οποίο είναι αρμόδιο για της παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες των φυλακισμένων. Επιπλέον, το Υπουργείο Οικονομικών το οποίο είναι αρμόδιο για την δημοσιονομική διαχείριση των πόρων του τακτικού προϋπολογισμού και την κατανομή αυτούς στις υπηρεσίες υγείας (Νόμος 3871/2010).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας υπήρξε ιστορικά, ο πυλώνας και ο κύριος άξονας παροχής υπηρεσιών υγείας με ποικίλες όμως δυσλειτουργίας που εμφανίστηκαν εξ αρχής. Καίτοι έγινε προσπάθεια για τις προσπάθειες μεταρρύθμισης, πλην όμως δεν κατέστησαν ικανές να εξαφανίσουν τις οργανωτικές δυσλειτουργίες που χαρακτηρίζουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τα 2 σημαντικότερα προβλήματα που στιγματίζουν το Ε.Σ.Υ. είναι η συσχέτιση του ασθενή με τις υγειονομικές υπηρεσίες και αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών αλλά και στην προσβασιμότητα αλλά και η ανταποδοτική δημοσιονομική διαχείριση. Τα αίτια για τα οποία οι μεταβολές δεν μπόρεσαν να διευθετήσουν τις παραπάνω δυσλειτουργίες αποτελεί η περιορισμένη πολιτική θέληση αλλά και η ανικανότητα στην αποτελεσματικότητα (Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι., 1999).

Η δημοσιονομική ύφεση που ταλάνισε την Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία λόγω και της επιβολής περικοπών, δημιούργησε πολλά περισσότερα προβλήματα καθόσον η οικονομική δυναμικότητα των πολιτών περιορίστηκε, η ανεργία πολλαπλασιάστηκε και οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες περιορίστηκαν λόγω των δημοσιονομικών ελλειμμάτων (Κότιος, Α., Κουτουλάκης Μ., 2014). Δυσλειτουργίες όπως: οι ανισότητες προσβασιμότητας, οι ουρές αναμονής, η κατάτμηση των ασφαλιστικών οργανισμών , οι ανικανοποίητοι και δυσαρεστημένοι ασθενείς, η υγειονομική «έκρηξη» αυξάνοντας την νοσηρότητα κυρίως ψυχικών νοσημάτων, φέρνουν στην επιφάνεια τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. αλλά και η επιταγή για καινοτόμες μεταρρυθμίσεις κρίνεται ενδεδειγμένη.

Στην δύσκολη παγκόσμια της οικονομικής ύφεσης απειλήθηκε η λειτουργία και η συνέχεια λειτουργίας, των υγειονομικών συστημάτων τόσο σε διεθνή επίπεδο όσο και σε εθνικό, οι τομείς που διαδραμάτισαν και διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην βιωσιμότητα των υγειονομικών συστημάτων είναι αυτοί της κοινωνικής ασφάλισης και της προστασίας (Κότιος Α., Γαλανός Γ., Ρουκανάς Σ., 2012).

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των ανασφάλιστων αυξήθηκε κατακόρυφα και οι ευάλωτες ομάδες με υψηλές ανάγκες για λήψη υγειονομικών υπηρεσιών αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα προσβασιμότητας (Κότιος, Α., Κουτουλάκης Μ., 2014). Επιπρόσθετα, υπάρχει η αντίληψη ότι το οικονομικό-κοινωνικό-υγειονομικό επίπεδο της κοινωνίας σχετίζεται σημαντικά με την υγειονομική κατάσταση αυτής και διατυπώνεται με αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας. Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες έχουν άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας της κοινωνίας χαμηλότερης οικονομικής τάξης. Επιπρόσθετα, οι ευάλωτες ομάδες προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας τους ιδιαίτερα χαμηλά.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας προωθεί την καθολική και ισότιμη προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες, η χώρα μας αποτελεί κράτος μέλος της Ε.Ε. με το σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού να μην μπορεί να λάβει υπηρεσίες υγείας λόγω μεγάλης χωρικής απόστασης το πλησιέστερο μέρος λήψης υπηρεσιών υγείας. Έτσι πολλαπλασιάζονται οι ανισότητες μεταξύ των διάφορων περιοχών (*αστικών, ημιαστικών, αγροτικών κ.τ.λ.*). Επιπρόσθετα, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι ασθενείς χαμηλής εισοδηματικής τάξης λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με τους ασθενείς υψηλής οικονομικής κατάστασης, όμως για να εξισώσουν την περιορισμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας (*Π.Φ.Υ.*) χρησιμοποιούν περισσότερες νοσοκομειακές δομές (Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ., 1993).

Ιδιαίτερη δυσλειτουργία του Ε.Σ.Υ. αποτελεί η μεγάλη ουρά αναμονής καθώς πλήττονται τα πιο χαμηλά εισοδηματικά επίπεδα καθόσον δεν δύναται να επιλέξουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα λόγω χαμηλού εισοδήματος. Οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα κατά την συναναστροφή τους με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Τα προβλήματα αυτά συσχετίζονται με τις περίπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, την περιορισμένη καταβολή βοηθημάτων και την ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με τις ασφαλιστικές καλύψεις.

Επιπρόσθετα, σημαντική δυσλειτουργία του Ε.Σ.Υ. αποτελούν οι άτυπες πληρωμές (*out of pocket payments*). Οι ασθενείς που επιθυμούν να λάβουν υπηρεσίες υγείας άμεσα και ποιοτικά κατ’ επιλογή πληρώνουν με ιδιωτική δαπάνη από την τσέπη τους ώστε να έχουν γρήγορη προσβασιμότητα.

Βάσει έρευνας που περατώθηκε το 2006 από την Ε.Σ.Δ.Υ. (*Εθνική Σχόλη Δημόσιας Υγείας*) με θεματολογία τη διερεύνηση του υγειονομικού επιπέδου και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, γίνεται μνεία ότι η ανταπόκριση των υπηρεσιών στις ανάγκες της κοινωνίας είναι πολύ χαμηλή και η ποιότητα παροχής αλλά και υποδομών του περιβάλλοντος των μονάδων υγείας είναι πολύ χαμηλό. Οι δαπάνες υγείας και η χρηματοδότηση ανισο-κατανέμεται μεταξύ της κοινωνίας, ενώ πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών επιλέγουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, η φοροδιαφυγή, η σκιώδης οικονομία και η οργάνωση του αναδιανεμητικού συστήματος επιδρούν ιδιαίτερα αρνητικά για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Αργυράτου Β., 2005).

## **2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

### **2.1 Ορίζοντας τη Κρίση**

Η κρίση έχει οριστεί με πολλούς τρόπους, ανάλογα με τον τομέα στον οποίο μελετάται, ωστόσο σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τον Motarjemi (2014) μια κρίση ορίζεται ως «*ένα απρόβλεπτο γεγονός που αντιπροσωπεύει μια άμεση ή μελλοντική σημαντική απειλή για έναν οργανισμό, τους εργαζόμενους του, τους πελάτες του και το ευρύ κοινό»*. Γενικά, αντικατοπτρίζει μια οξεία και επείγουσα κατάσταση που απαιτεί σε πραγματικό χρόνο, τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων, οι οποίες λαμβάνονται σε υψηλό επίπεδο, υπό αντίξοες συνθήκες που δημιουργούνται από την πίεση του χρόνου, τον έλεγχο των μέσων ενημέρωσης και συχνά ελλιπείς ή αναξιόπιστες πληροφορίες ή υπερβολικές πληροφορίες σχετικά με τα γεγονότα.

Σύμφωνα με τον Glaesser (2006) μια κρίση είναι «*μια ανεπιθύμητη, έκτακτη και συχνά απρόσμενη διαδικασία με αμφιλεγόμενες δυνατότητες ανάπτυξης*». Απαιτεί άμεσες αποφάσεις και αντίμετρα για να επηρεάσει θετικά την ανάπτυξη του οργανισμού και να περιορίσει όσο το δυνατόν περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες. Μια κατάσταση κρίσης καθορίζεται με την αξιολόγηση της σοβαρότητας των αρνητικών γεγονότων, τα οποία απειλούν, αποδυναμώνουν ή καταστρέφουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα ή σημαντικούς στόχους του οργανισμού. Είναι μια κατάσταση που απαιτεί ριζοσπαστική δράση ως απόκριση σε γεγονότα, που είναι πέρα από τον εσωτερικό έλεγχο του οργανισμού, και απαιτεί επίσης επείγουσες προσαρμογές στις οργανωτικές πρακτικές.

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται κατανοητό ότι οι κρίσεις αποτελούν κρίσιμες και ασταθείς καταστάσεις, με δυνατότητα να επιφέρουν μια αποφασιστική αλλαγή στους οργανισμούς που παρουσιάζονται. Οι κρίσεις είναι ανεπιθύμητα και απρόβλεπτα περιστατικά που μπορούν να συμβούν σε οποιαδήποτε επιχείρηση ή οργανισμό κατά τη διάρκεια της ζωής του και παρά τον επείγοντα χαρακτήρα τους, ο σχεδιασμός και ο συντονισμός στη διαχείριση κρίσεων είναι σημαντικοί, για τον περιορισμό των αρνητικών τους επιπτώσεων (Glaesser, 2006).

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η κρίση έχει οριστεί από τον Π.O.Y. ως μια ασταθής κατάσταση ακραίου κινδύνου ή δυσκολίας, η οποία υποδεικνύει ένα σημείο καμπής μετά το οποίο ακολουθεί η επιδείνωση μιας κατάστασης. Οι κρίσεις προκύπτουν όταν τα τοπικά συστήματα υγείας δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις ή τις ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Συχνά ένας κίνδυνος, δηλαδή ένα γεγονός (περιστατικό) ή κατάσταση παρουσιάζεται, το οποίο έχει τη δυνατότητα να βλάψει γρήγορα, άμεσα ή έμμεσα, έναν εκτεθειμένο πληθυσμό, οδηγώντας σε κρίση τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, βασικά χαρακτηριστικά της οποίας είναι ο μεγάλος βαθμός αβεβαιότητας και η υπερβολική επιβάρυνση της κανονικής ικανότητας απόκρισης των μονάδων και άλλων φορέων υγείας (WHO, 2020). Οι όροι «*καταστροφή*» και «*έκτακτη ανάγκη*» χρησιμοποιούνται συχνά συνώνυμα και υποδηλώνουν καταστροφικά συμβάντα, τα οποία προκαλούν ανισορροπία μεταξύ των αναγκών και των διαθέσιμων πόρων. Παράγοντες που μπορεί να συνεισφέρουν σε τέτοιες κρίσιμες καταστάσεις στους οργανισμούς υγείας είναι η αλλαγή του κλίματος, οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως οι φυσικές καταστροφές, η ταχεία μη βιώσιμη αστικοποίηση, οι μετακινήσεις μεταναστών και προσφύγων, η εγχώρια και διεθνής τρομοκρατία, ο πόλεμος και οι συγκρούσεις, οι επιδημίες, κα. (Shahrestanaki et al., 2019).

### **2.2 Τα Χαρακτηριστικά της Κρίσης**

Αν και ο κατάλογος των πιθανών κρίσεων για τις επιχειρήσεις είναι μεγάλος, οι κρίσεις φέρνουν ένα σύνολο διακριτικών χαρακτηριστικών. Αυτά τα χαρακτηριστικά σύμφωνα με τον Glaesser (2006) περιλαμβάνουν τον χαρακτήρα της διαδικασίας, την πίεση του χρόνου και την αβεβαιότητα. Οι κρίσεις έχουν αρχικά χαρακτηριστεί ως εξελισσόμενες διαδικασίες. Ο Fink (1986) για παράδειγμα πρότεινε ότι οι κρίσεις είναι σημαντικά σημεία καμπής για την λειτουργία των οργανισμών, στα οποία η κατάσταση είτε πρόκειται να βελτιωθεί, είτε να κλιμακωθεί σε σοβαρότητα. Η πίεση χρόνου είναι επίσης ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των κρίσεων. Καθώς στις περισσότερες κρίσεις δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η έναρξη ενός αρνητικού συμβάντος, αυτό συνεπάγεται αμεσότητα ενόψει του χρόνου προειδοποίησης και του διαθέσιμου χρόνου αντίδρασης. Οι εξελισσόμενες κρίσεις περιορίζουν προοδευτικά τις ευκαιρίες δράσης, ενεργοποιώντας έτσι την ανάγκη για την άμεση λήψη αποφάσεων και την ανάληψη δράσεων. Τέλος, μια κρίση είναι μια εξαιρετικά αβέβαιη κατάσταση σε πολλά επίπεδα. Για παράδειγμα η έναρξη των κρίσεων είναι αβέβαιη και οι κρίσεις σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι τυχαία γεγονότα. Ο τρόπος εξέλιξης τους ενέχει επίσης το στοιχείο της αβεβαιότητας (Glaesser, 2006).

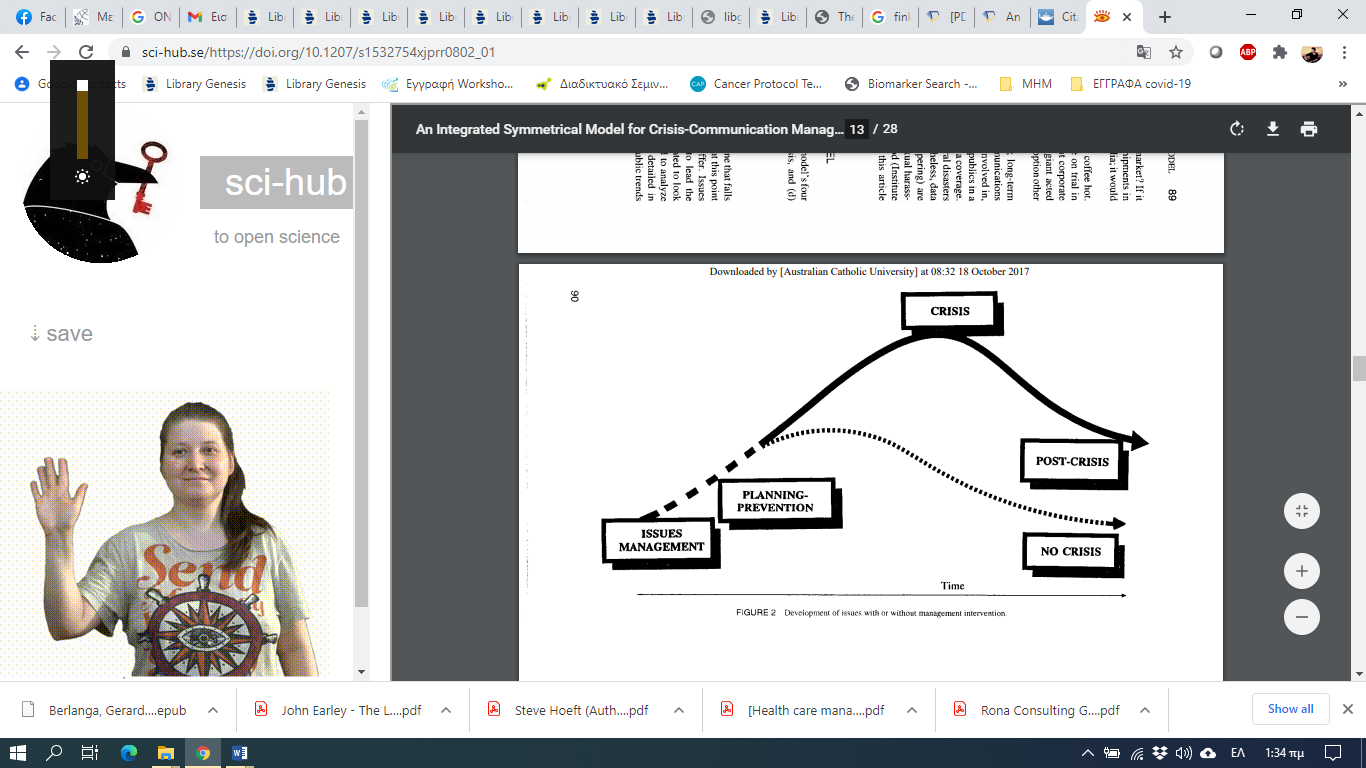
Οι Pearson και Clair (1998) είχαν επίσης τονίσει πρόσθετα χαρακτηριστικά των κρίσεων για τους οργανισμούς κατά την διαχείριση τους. Αυτά περιλαμβάνουν την σποραδική και γρήγορη ροή πληροφοριών, την εμπλοκή πολλών ενδιαφερόμενων μερών, τους περιορισμένους χρονικούς πόρους, την οξεία/ξαφνική εμφάνιση, τον περίπλοκο συνδυασμό σπάνιων γεγονότων και τον περιορισμένο έλεγχο.

### **2.3 Κύκλος Ζωής Κρίσης**

Σύμφωνα με τον Fink (1986) όταν οι κρίσεις αναγνωρίζονται εγκαίρως και επιλύονται, τα γεγονότα δεν ωριμάζουν ποτέ σε πλήρεις κρίσεις.

Εάν, ωστόσο, τα προβλήματα κλιμακωθούν σε κρίση, τότε η κρίση περιλαμβάνει τέσσερα στάδια στον κύκλο ζωής της. Αυτά τα στάδια είναι (Sellnow, 2013):

1. *Η εμφάνιση των προδρόμων της κρίσης, δηλαδή σοβαρών κινδύνων που αν δεν αναγνωριστούν ή παρακολουθηθούν θα κλιμακωθούν σε κρίσεις (δύναται επίσης να είναι λεπτά και μη ανιχνεύσιμα και να αναγνωριστούν σε μεταγενέστερο στάδιο),*
2. *Η οξεία φάση της κρίσης, στην οποία οι πρώτες ζημιές έχουν προκληθεί, και το στάδιο αυτό αποτελεί το συντομότερο σε χρονική διάρκεια, μεταξύ όλων των σταδίων του κύκλου ζωής,*
3. *Η χρόνια φάση της κρίσης, η οποία αναφέρεται στις μόνιμες επιπτώσεις της κρίσης. Αν και οι μεμονωμένες κρίσεις μπορεί να εμφανιστούν γρήγορα, οι μόνιμες επιπτώσεις του συμβάντος μπορούν να παρατείνουν τον κύκλο ζωής της κρίσης και*
4. *Το στάδιο της επίλυσης της κρίσης στο οποίο προσδιορίζεται ένα σαφές τέλος στη κρίση. Στόχος των διαχειριστών κρίσεων είναι μετά την εμφάνιση ενός πρόδρομου να φτάσουν στο στάδιο επίλυσης κρίσεων το συντομότερο δυνατό.*

***Σχήμα 3:*** *Η πορεία του κύκλου ζωής της κρίσης*

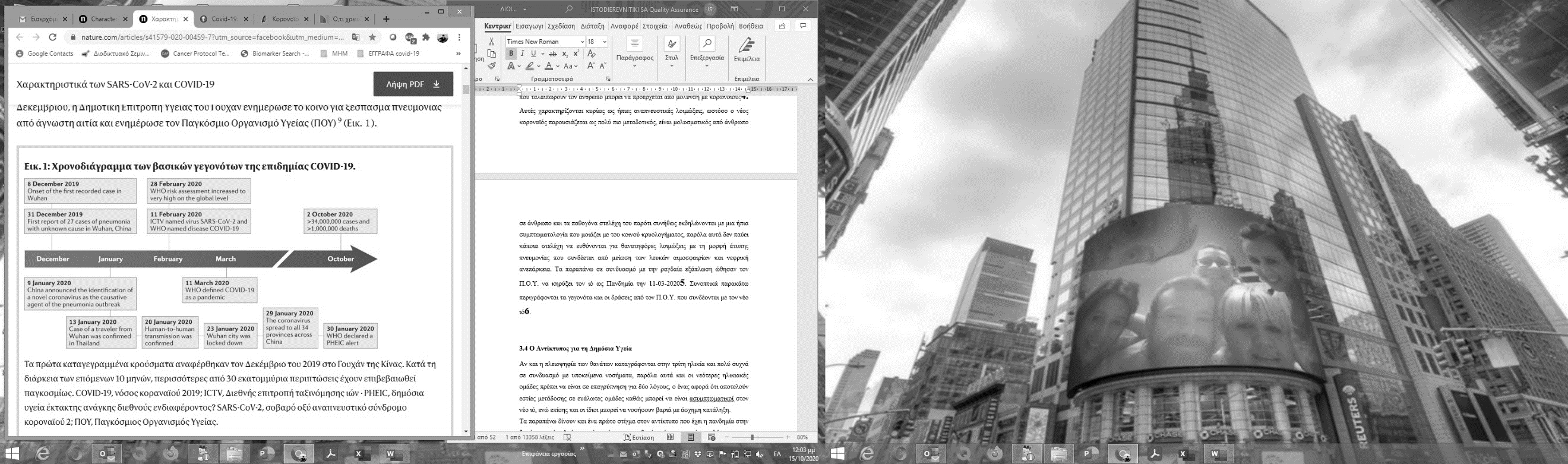
*(Alfonso González Herrero & Cornelius B. Pratt, 1996)*

## **3. Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19**

### **3.1 O ιός SARS-COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome COronaVirus 2)**

Η ομάδα των κοροναϊών αποτελεί ιούς που μολύνουν μια σειρά από ζωικούς οργανισμούς με αποτέλεσμα να προκαλούν στους ξενιστές τους, συμπεριλαμβανομένου και του ανθρώπου, αναπνευστικές λοιμώξεις ποικίλης σοβαρότητας. Οι κοροναϊοί δεν είναι άγνωστοι στην επιστημονική κοινότητα. Το όνομα προκύπτει από το σχήμα του ιού που προσομοιάζει κορώνα όπως αυτός παρατηρείται μέσα από ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Από το 2002 είχε εμφανιστεί το πρώτο καλά μελετημένο σοβαρό παθογόνο, ο κοροναϊός οξέος αναπνευστικού συνδρόμου (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) SARS-CoV και αντίστοιχα το 2012 o κοροναϊός αναπνευστικού συνδρόμου της Μέσης Ανατολής (Middle East respiratory syndrome coronavirus) MERS-CoV. Και οι δύο αποδείχθηκαν πολύ παθογόνοι κοροναϊοί όπου και προκάλεσαν αρκετούς θανάτους στον άνθρωπο με αποτέλεσμα να έχουν αναδειχθεί ως αναδυόμενες ασθένειες που θέτουν σε επιφυλακή τη δημόσια υγεία (Cui, J., Li, F. & Shi, Z. L., 2019).

### **3.2 Η Πανδημίας COVID-19**

Στην πόλη Wuhan της Κίνας, εντοπίστηκε ένα νέο στέλεχος κοροναϊού με τα πρώτα επιβεβαιωμένα περιστατικά μιας ασυνήθιστης ιογενούς πνευμονίας να καταγράφονται περί τα τέλη του 2019. Το νέο αυτό στέλεχος ονομάστηκε SARS-CoV-2. Η σοβαρότητα της κατάστασης άρχισε άμεσα να διαφαίνεται καθώς παρατηρούνταν ιδιαίτερα μεγάλη και γρήγορη εξάπλωση. Ως ασθένεια με το όνομα νόσος κοροναϊού 2019 ή πιο γνωστά ως COVID-19, αποδεικνύεται πολύ μεταδοτική και πολύ γρήγορα εξαπλώθηκε σε όλον τον πλανήτη (Wu, J. T., Leung, K. & Leung, G. M., 2020, Hui, D. S. et al. 2020). Είναι χαρακτηριστικό ότι σχεδόν όλες οι χώρες στο κόσμο άρχισαν να παίρνουν από προληπτικά έως πολύ αυστηρά μέτρα από τα μέσα προς τα τέλη του χειμώνα του 2020. Tο 1/3 των λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού που ταλαιπωρούν τον άνθρωπο μπορεί να προέρχεται από μόλυνση με κορωναϊούς (ΕΟΔΥ, 2020).Αυτές χαρακτηρίζονται κυρίως ως ήπιες αναπνευστικές λοιμώξεις, ωστόσο ο νέος κοροναϊός παρουσιάζεται ως πολύ πιο μεταδοτικός, είναι μολυσματικός από άνθρωπο σε άνθρωπο και τα παθογόνα στελέχη του παρότι συνήθως εκδηλώνονται με μια ήπια συμπτωματολογία που μοιάζει με του κοινού κρυολογήματος, παρόλα αυτά δεν παύει κάποια στελέχη να ευθύνονται για θανατηφόρες λοιμώξεις με τη μορφή άτυπης πνευμονίας που συνδέεται από μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων και νεφρική ανεπάρκεια. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την ραγδαία εξάπλωση ώθησαν τον Π.Ο.Υ. να κηρύξει τον ιό ως Πανδημία την 11-03-2020 (WHO, 2020). Συνοπτικά παρακάτω περιγράφονται τα γεγονότα σταθμοί που συνδέονται με τον νέο ιό (Hu, B., Guo, H., Zhou, P. *et al.* 2020).

***Εικόνα 1.*** *Χρονοδιάγραμμα γεγονότων, ICTV: Διεθνής Επιτροπή ταξινόμησης Ιών, PHEIC: Δημόσια Υγεία Έκτακτης Ανάγκης Διεθνούς Ενδιαφέροντος*

### **3.3 Ο Αντίκτυπος για τη Δημόσια Υγεία**

Αν και η πλειοψηφία των θανάτων καταγράφονται στην τρίτη ηλικία και πολύ συχνά σε συνδυασμό με υποκείμενα νοσήματα, παρόλα αυτά και οι νεότερες ηλικιακές ομάδες πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση για δύο λόγους, ο ένας αφορά ότι αποτελούν εστίες μετάδοσης σε ευάλωτες ομάδες καθώς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί στον νέο ιό, ενώ επίσης και οι ίδιοι μπορεί να νοσήσουν βαριά με άσχημη κατάληξη.

Τα παραπάνω δίνουν και ένα πρώτο στίγμα στον αντίκτυπο που έχει η πανδημία στην δημόσια υγεία. Από το πρώτο κύμα της πανδημίας, άρχισε να γίνεται λόγος για τις αντοχές των κατά τόπους συστημάτων υγείας. Τα χαρακτηριστικά του νέου ιού για το ρυθμό μετάδοσης, μόλυνσης, οι ευάλωτες ομάδες αλλά και τα περιστατικά που τελικά θα έχριζαν ιατρικής φροντίδας, δημιούργησαν μια συζήτηση που συνεχίζεται μέχρι σήμερα τόσο για τα αποθέματα των υγειονομικών μονάδων όσο και για τη δυναμικότητά τους για την εξυπηρέτηση όχι μόνο των περιστατικών του νέου ιού αλλά και των υπολοίπων περιστατικών που χρίζουν εντατικής φροντίδας (Pascarella, G. Et al., 2020).

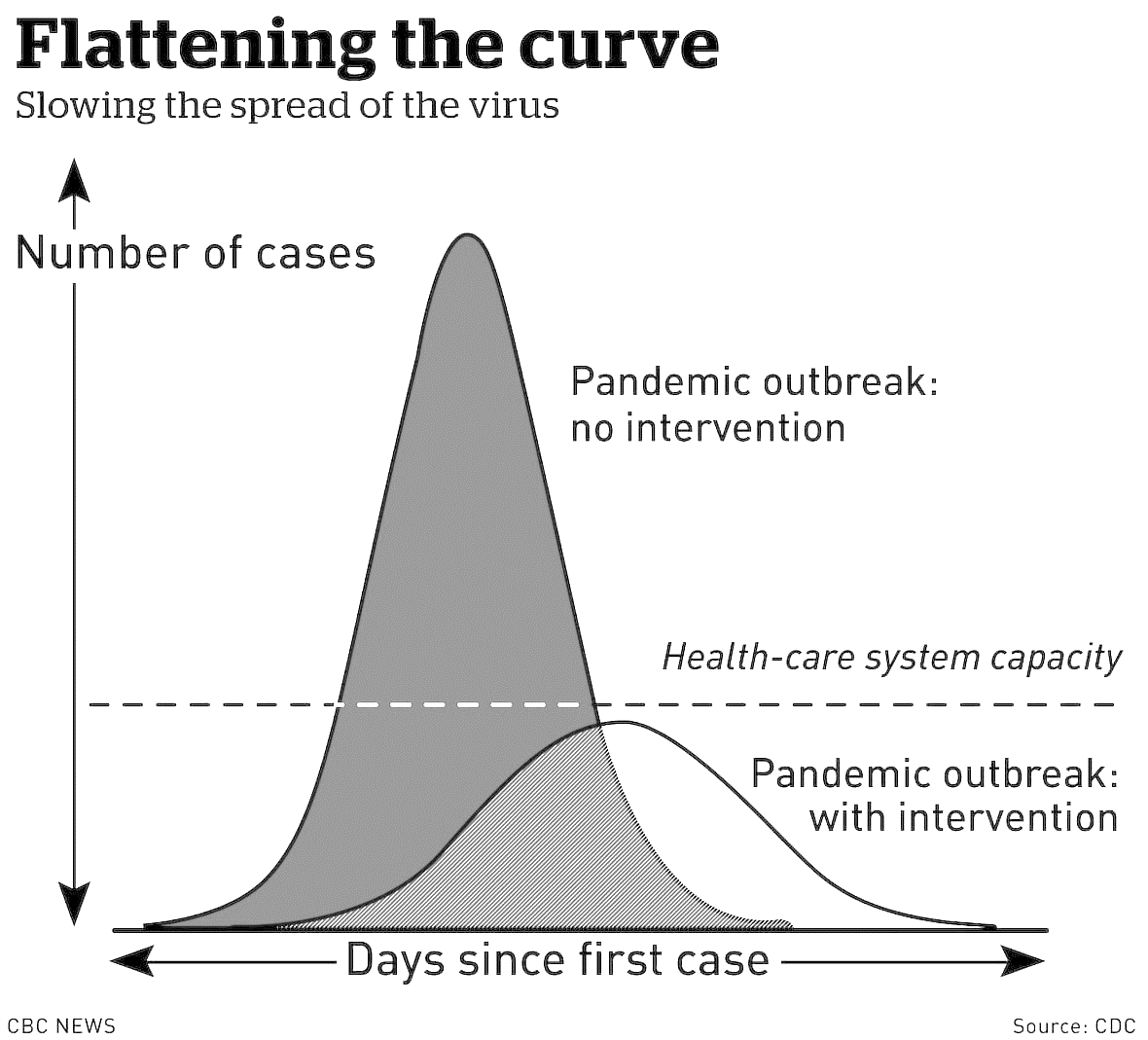
Για τους παραπάνω λόγους κάθε χώρα ανέπτυξε το δικό της πλάνο διαχείρισης όπου μια σειρά από ειδικούς ιατρούς, κυβερνητικά όργανα και κρατικοί φορείς όπου επιδόθηκαν στο σχεδιασμό της αντιμετώπισης της επερχόμενης κρίσης. Αποτέλεσμα ήταν μια σειρά από μέτρα όπως ο περιορισμός στις μετακινήσεις για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου, η προσωπική υγιεινή, η τήρηση αποστάσεων, η χρήση μάσκας με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης, την προφύλαξη ευάλωτων ομάδων πληθυσμού αλλά και την συγκράτηση των κρουσμάτων για να μην επιβαρυνθεί το σύστημα υγείας κάθε χώρας.

### **3.4 Εξομάλυνση Επιδημιολογικής Καμπύλης (Flattering the Epidemic Curve)**

Σε υγειονομικό περιστατικό με επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, καταγράφεται η πορεία μετάδοσης στο βέλος του χρόνου. Τα περιστατικά ανά μέρα και πως αυτά συμπεριφέρονται, με τους ειδικούς να αναλύουν τις τάσεις, είναι ένας από τους δείκτες που οι κατά τόπους επιδημιολόγοι συμβουλεύονται.

Ένα από τα ευρήματα που δείχνει ο δείκτης είναι κατά πόσο αυξάνονται, μειώνονται ή έχουν μια στασιμότητα τα νέα κρούσματα που καταγράφονται (Saez, M., et al., 2020). Από αυτό εξάγονται μια σειρά από συμπεράσματα όπου σε συνδυασμό με τις μετρήσεις από τις εισαγωγές στα νοσοκομεία, τις εισαγωγές σε Μ.Ε.Θ. αλλά και τους θανάτους από το συγκεκριμένο ιό, οι ειδικοί αποφαίνονται για το προφίλ των ομάδων που πλήττονται ιδιαίτερα, τη δυναμική της μόλυνσης, την μεταδοτικότητα όπως και επιμέρους χαρακτηριστικά.

Αυτό που ενδιαφέρει στο κομμάτι της δημόσια υγείας είναι ο ρυθμός επιπολασμού. Σε γενικές γραμμές υψηλά νούμερα καθημερινών κρουσμάτων θα επιφέρουν αύξηση και σε νοσηλείες σε Μ.Ε.Θ. όπου και θα πιέσουν το σύστημα υγείας με αντίστοιχη μείωση των αριθμών κλινών ώστε να ανταποκριθεί ικανοποιητικά (Verma, M.K., Asad, A. & Chatterjee, S., 2020). Μέσα από αυτήν την συζήτηση μπήκε στη καθημερινότητα ο όρος της εξομάλυνσης της επιδημιολογικής καμπύλης (Flattering the Epidemic Curve). Σε καταστάσεις πανδημίας όπως αυτή του COVID-19 με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, δεν είναι δυνατόν να εμποδιστεί και αναπόφευκτα η νόσος θα μεταδοθεί και θα μολύνει ένα πολύ μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού (Matrajt, L., & Leung, T., 2020). Το στοίχημα μεταφέρεται στην όσο το δυνατόν επιβράδυνση της μετάδοσης όπου ο πληθυσμός αναπόφευκτα μολύνεται αλλά με χαμηλούς ρυθμούς, δηλαδή με αριθμό κρουσμάτων διαχειρίσιμο από τα συστήματα υγείας έως ότου υπάρξει εγκεκριμένη θεραπεία (φάρμακο) ή/και πρόληψη (εμβόλιο) ενάντιο στον μολυσματικό παράγοντα. Έτσι για παράδειγμα καθημερινά κρούσματα της τάξης κάτω από ένα όριο που ορίζουν οι ειδικοί και με τους πολίτες να συμμορφώνονται με τις οδηγίες, συγκρατούνται οι εισαγωγές στις Μ.Ε.Θ. με σκοπό όσοι εισάγονται να τύχουν καλύτερης φροντίδας και κατ’ επέκταση μεγαλύτερης πιθανότητας επιβίωσης. Αντίθετα έξαρση των κρουσμάτων με γραμμικές ή/και λογαριθμικές τάσεις θα αυξήσουν παράλληλα και τις εισαγωγές σε Μ.Ε.Θ. και θα φτάσουν ή ακόμα θα ξεπεράσουν τα όρια αντοχής και αντίδρασης των κατά τόπους υγειονομικών μονάδων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ανταπόκριση του υγειονομικού συστήματος στη Βόρεια Ιταλία κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας. Το σύστημα υγείας εκεί δεν μπορούσε να αντέξει το φόρτο των εισαγωγών και χρειάστηκε να παρθούν δύσκολες αποφάσεις όσον αφορά την υγεία και την περίθαλψη συγκεκριμένων ασθενών.



***Εικόνα 2.*** *Η «ισοπέδωση» της επιδημιολογικής καμπύλης (Πηγή: CDC, 2020)*

Ωστόσο είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας δεν υποχώρησαν μια σειρά από άλλες αιτίες που χρίζουν εισαγωγή σε Μ.Ε.Θ. όπως άλλου είδους λοιμώξεις, πάσης φύσεως επείγοντα περιστατικά, ογκολογικοί ασθενείς, διαβητικοί κτλ, χρόνια νοσήματα και επείγουσες καταστάσεις στις οποίες πρέπει επίσης το σύστημα να ανταπεξέλθει.

### **3.5 Ενέργειες για το περιορισμό μετάδοσης**

Αυτή η ισοπέδωση της καμπύλης προκύπτει από μέτρα και παρεμβάσεις που συστήνουν οι ειδικοί ανά περίπτωση και κατά τόπους. Μέτρα που λαμβάνονται τόσο για τον πληθυσμό όσο και για τις επιχειρήσεις και οπωσδήποτε και για τις μονάδες υγείας. Για τον γενικό πληθυσμό, τις κοινωνικές εκδηλώσεις, τις επιχειρήσεις και τους φορείς έχουν και συνεχώς εξειδικεύονται μέτρα ώστε να περιοριστεί η μετάδοση (Mushi, V., Shao, M., 2020). Μέτρα όπως:

* Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι
* Χρήση αντισηπτικού
* Χρήση μη χειρουργικής μάσκας
* Κρατώντας αποστάσεις από τους γύρω
* Τήρηση βασικών κανόνων υγιεινής
* Γνώση των ύποπτων συμπτωμάτων και αυτοπεριορισμός για προφύλαξη του στενού περιβάλλοντος
* Απομόνωση των ηλικιωμένων και κυρίως ευάλωτων ομάδων και ομάδων με υποκείμενα νοσήματα
* Αποφυγή συγχρωτισμού
* Όχι αγγίσματα σε πρόσωπο μάτια

κτλ είναι μόνο μερικά από τα βασικά μέτρα που συστήνουν σθεναρά οι ειδικοί σε όλη την διάρκεια της πανδημία και σε κάθε περίπτωση ώστε να παραμείνει ο πληθυσμός υγιείς και να κρατηθεί σε χαμηλά επίπεδα η μετάδοση της νόσου (Πηγή: ΕΟΔΥ, 2020). Παράλληλα τα ίδια ισχύουν με επιπλέον εξειδικεύσεις σε χώρους εργασίας και εκδηλώσεων.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο καλούνται να δραστηριοποιηθούν και να συμμορφωθούν και οι υγειονομικές μονάδες. Ένας λόγος παραπάνω καθώς οι ίδιοι αυτές οι μονάδες τόσο με τους θετικούς ασθενείς στον νέο ιό όσο και με το προσωπικό που μετακινείται από θάλαμο σε θάλαμο και από ασθενή σε ασθενή, τα καθιστούν «υγειονομικές βόμβες» και χώροι «υπερμετάδοσης» εφόσον δεν τηρούνται τα αναγκαία μέτρα. Είναι αναγκαίο να προβλεφθεί η εκπαίδευση του προσωπικού καθώς και η διάθεση εξειδικευμένου εξοπλισμού και αναλωσίμων (πχ μάσκες, στολές, αναπνευστήρες κτλ) που ανάλογα με την περίπτωση θα απαιτηθούν σε μια επικείμενη κρίση. Έχει λοιπόν πολύ μεγάλη σημασία ο σχεδιασμός για την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων που ακόμη και να αποτελεί μια άσκηση επί χάρτου, δεν παύει να αναδεικνύει κενά και ελλείψεις που με τις κατάλληλες ενέργειες θα μπορούσαν μελλοντικά να αποτρέψουν σε μάγο βαθμό τις αρνητικές συνέπειες μια κρίσης, όπως αυτή της σημερινής πανδημίας.

### **3.6 Νομοθετικό πλαίσιο για Δημόσια Υγεία και Επιχειρήσεις στη διάρκεια της κρίσης**

Για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης ήταν αναγκαίο η ανάπτυξη ενός νομοθετικού πλαισίου για να αποσαφηνιστούν μια σειρά ζητημάτων που θα έπρεπε να διευκρινιστούν τόσο για τους πολίτες όσο και για τις επιχειρήσεις και φορείς. Η νέα πραγματικότητα επιτάσσει μια συνεχή διαδικασία που ανάλογα με τις υποδείξεις των ειδικών θα πρέπει να εξειδικεύονται μέτρα και να λαμβάνονται νέα ή να αποσύρονται άλλα ώστε να ελέγχει το δυνατόν καλύτερα η εξέλιξη της πανδημίας.

Κάθε πολίτης αλλά και επιχείρηση πρέπει να ενημερώνεται για τις παρεμβάσεις ώστε να λάβει τα απαραίτητα μέτρα που υποδεικνύονται. Για τις επιχειρήσεις, φορείς και σε όλο το φάσμα της οικονομικής δραστηριότητας, η παρακολούθηση των εκτονωμένων είναι υποχρέωση και όχι κατά το δοκούν έλεγχος. Συγκεκριμένα επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται και τηρούν κάποιου είδους μορφής σύστημα ή μεθοδολογία ποιότητας έχουν την υποχρέωση και μέσα του προτύπου τους να παρακολουθούν τις αλλαγές που τους επηρεάζουν. Συγκεκριμένα για τον COVID-19 έχει δημιουργηθεί σελίδα από τους κρατικούς φορείς ώστε να αναρτώνται άμεσα όλες οι παρεμβάσεις, τα μέτρα, οι οδηγίες και κατευθύνσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας και που είναι σε ισχύ (Ελληνική Δημοκρατία – COVID-19). Είναι σημαντικό να υπάρχει αυτή η άμεση ενημέρωση ώστε να προφυλάσσεται το δυνατόν καλύτερα η δημόσια υγεία.

## **4. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

### **4.1 Στάδια Διαχείριση Κρίσης**

Σύμφωνα με τους Koscher & Schweizer (2020) στο επιχειρησιακό πλαίσιο, «*μια κρίση μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση που προκαλείται από σημαντικούς εσωτερικούς και / ή εξωτερικούς παράγοντες ή από την κλιμάκωση μικρότερων περιστατικών, τα οποία:*

* *Έχουν επιχειρηματικό, πολυ-λειτουργικό αντίκτυπο και*
* *Δημιουργούν διαταραχές στην κανονική λειτουργία των οργανισμών.»*

Οι κρίσεις είναι γεγονότα με χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης, αλλά με σημαντικές αρνητικές συνέπειες, που θέτουν σε κίνδυνο τους πιο θεμελιώδεις στόχους ενός οργανισμού.

Μια κρίση μπορεί να έχει τις ρίζες της στο εξωτερικό ή το εσωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού και ο κατάλογος των πιθανών κρίσεων που μπορεί να συμβούν σε οργανισμούς είναι σχεδόν ατελείωτος και μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τη βιομηχανία στην οποία δραστηριοποιείται. Επομένως μια κρίση μπορεί να οριστεί ευρέως ως οποιοδήποτε απαιτητικό γεγονός που μπορεί να βλάψει σοβαρά έναν οργανισμό, είτε στις λειτουργίες του, είτε στις σχέσεις του, είτε στη φήμη του και μερικές φορές σε όλους αυτούς τους τομείς (Bowen & Lovari, 2020).

Στους οργανισμούς υγείας, στους οποίους επικεντρώνεται η παρούσα εργασία, οι κρίσεις μπορεί να λάβουν διάφορες μορφές. Σύμφωνα με τους Glasberg et al. (2014) μια κρίση μεταφερόμενη στη διαχείριση των νοσοκομείων, είναι μία ή πολλές κρίσιμες καταστάσεις που δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με τα συνήθη μέτρα διαχείρισης της ποιότητας. Μια κρίση στο νοσοκομείο θεωρείται ως ένα γεγονός ή μια σειρά γεγονότων, τα οποία μπορεί να συμβούν είτε ξαφνικά, είτε μπορεί να χρειαστούν λίγο χρόνο για να εξελιχθούν και καταλήγουν σε ένα σημαντικό, επείγον πρόβλημα με δυνητικά σοβαρές συνέπειες για το νοσοκομείο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει επίσης μια κρίσιμη κατάσταση, ως κάθε κατάσταση κατά την οποία ένας οργανισμός υγείας, δέχεται ένα μεγάλο σύνολο ασθενών, το οποίο περιορίζει τους πόρους του οργανισμού, φτάνοντας τους σε οριακά επίπεδα. Μια κρίσιμη κατάσταση στο πλαίσιο αυτό, μπορεί να γίνει καλύτερη κατανοητή, ως μια ανισορροπία μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, στην οποία η ζήτηση δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από την τρέχουσα προσφορά, όταν για παράδειγμα ένα νοσοκομείο λαμβάνει έναν ασυνήθιστα μεγάλο αριθμό νέων ασθενών σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Μια τέτοια κρίσιμη κατάσταση μειώνει την ικανότητα του οργανισμού να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των ασθενών, ειδικά εάν δεν εφαρμοστούν έκτακτα μέτρα (WHO, 2007).

Επίσης σύμφωνα με την ίδια πηγή, ακόμα ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά, παρόμοια με αυτόν της κρίσιμης κατάστασης είναι η έκτακτη ανάγκη δηλαδή μια ξαφνική απρόβλεπτη κρίση που απαιτεί άμεση δράση. Η έννοια αυτή υποδηλώνει τον επείγοντα χαρακτήρα ενός ιατρικού προβλήματος και την ανάγκη για άμεση προσοχή, δηλαδή υπενθυμίζει τον περιορισμό του διαθέσιμου χρόνου για αντίδραση υπό τις τρέχουσες συνθήκες. Ωστόσο ο όρος της έκτακτης ανάγκης, δεν θα πρέπει να συγχέεται με αυτόν της κρίσης καθώς παραπέμπει κυρίως σε κλινικές περιπτώσεις ασθενών που απαιτούν άμεση δράση (για παράδειγμα μια κατάσταση που απειλεί τη ζωή), εστιάζοντας κυρίως στην οξεία ιατρική περίθαλψη, αντί να αναφέρεται σε ολόκληρο τον οργανισμό υγείας (WHO, 2007).

Οι πιο κρίσιμες καταστάσεις στις μονάδες υγείας, περιλαμβάνουν κρίσεις, οι οποίες οδηγούν σε εξάντληση των πόρων, ώστε να παρασχεθεί το σύνηθες επίπεδο φροντίδας στους ασθενείς. Τα σενάρια πανδημίας για παράδειγμα αποτελούν μια κρίσιμη κατάσταση. Σε τέτοια σενάρια, η ζήτηση ξεπερνά τη χωρητικότητα των μονάδων υγείας, ενώ η συνεχής εισροή ασθενών σε μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει στην παροχή επιλεκτικής φροντίδας στους ασθενείς, με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις (Timmis & Brüssow, 2020).

### **4.2 Διαταραχές στην Εφοδιαστική Αλυσίδα**

Οι επιπτώσεις της κρίσεις στον κλάδο και τους οργανισμούς υγείας δύναται να φέρουν ποικίλες εκφάνσεις και να επηρεάζουν σημαντικά το σύνολο των υλικών και άυλων πόρων που αλληλοεπιδρούν και συντελούν στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, οι επιπτώσεις κρίσεων μπορεί να πλήττουν τις υποδομές, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τα αναλώσιμα υγείας και πλήθος υλικών πόρων που απαιτούνται ώστε να παραχθούν αυτές. Επιπρόσθετα, οι κρίσεις δύναται να φέρουν επιπτώσεις και στους άυλους πόρους του κλάδου ή των επιμέρους οργανισμών υγείας, όπως για παράδειγμα ο περιορισμός των εκπαιδεύσεων, καταρτίσεων, πρακτικών κτλ που πλήττουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και ο περιορισμός των επαγγελματιών υγείας σε περίπτωση κρίσης, λόγω εξουθένωσης ένεκα εντάσεως εργασιών ή λόγω απωλειών λόγω πολεμικής κρίσης. Ακόμη, οι προσλήψεις προσωπικού υγείας και ο πολλαπλασιασμός αυτού είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί σε περίοδο κρίσεων.

### **4.3 Σχεδιασμός για τη Διαχείριση Κρίσεων**

Η διαχείριση κρίσεων είναι η διαδικασία αντιμετώπισης ενός σημαντικού γεγονότος που απειλεί να βλάψει ή έχει ήδη βλάψει τον οργανισμό και περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της αντιμετώπισης μιας κρίσης για την προστασία της ανθρώπινης ζωής, των υλικών πόρων και της εικόνας και της φήμης του οργανισμού. Σύμφωνα με τον Glaesser (2006) νοείται ως οι στρατηγικές, οι διαδικασίες και τα μέτρα που έχουν προγραμματιστεί και τίθενται σε ισχύ για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κρίσης.

Ένα σύνολο μοντέλων διαχείρισης κρίσεων έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, τα οποία αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που σχετίζονται με την προετοιμασία, την πρόληψη και την αντιμετώπιση κρίσεων. Ο Coombs (2014) πρότεινε ότι η διαχείριση των κρίσεων γίνεται σε τρία στάδια:

1. το στάδιο προ της κρίσης
   * Το στάδιο πριν από την κρίση επικεντρώνεται στην πρόληψη και την προετοιμασία των οργανισμών για πιθανές ή επερχόμενες κρίσεις
2. το στάδιο της απόκρισης στην κρίση
   * Το στάδιο της απόκρισης, αποτελεί την πραγματική αντίδραση του οργανισμού μετά την εκδήλωση της κρίσης και την αντιμετώπιση της
3. το στάδιο μετά την κρίση.
   * Το στάδιο μετά την κρίση αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των ενεργειών που έγιναν στα προηγούμενα στάδια για την αντιμετώπιση της κρίσης, για την άντληση διδαγμάτων (Nguyen, 2019).

Η Sweeny (2008) πρότεινε επίσης τη θεωρία αποφάσεων στην κρίση (Crisis Decision Theory), υπονοώντας τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιούν τα άτομα και οι οργανισμοί όταν αντιμετωπίζουν μια κρίση. Η θεωρία αποφάσεων στην κρίση προτείνει τρία στάδια απόκρισης:

* Την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κρίσης,
* Τον προσδιορισμό των επιλογών απόκρισης και
* Την αξιολόγηση των επιλογών απόκρισης.

Η θεωρία προτείνει ότι τρεις τύποι πληροφοριών επηρεάζουν τις αντιλήψεις για τη σοβαρότητα μιας κρίσης: οι πληροφορίες σχετικά με τα αίτια της κρίσης, οι πληροφορίες για τον τρόπο σύγκρισης της κρίσης με άλλα αποτελέσματα και οι πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές συνέπειες της κρίσης.

Στο δεύτερο στάδιο της θεωρίας, δηλαδή αυτό του προσδιορισμού των διαθέσιμων επιλογών απόκρισης, οι οργανισμοί επικεντρώνονται σε δύο συνιστώσες της κρίσης:

* Τη δυνατότητα ελέγχου των συνεπειών της κρίσης και
* Τη σκοπιμότητα των διαθέσιμων επιλογών απόκρισης.

Όσον αφορά τη δυνατότητα ελέγχου των επιπτώσεων, μια κρίση μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες συνέπειες που θα ναι ελεγχόμενες ή ανεξέλεγκτες.

Η θεωρία προτείνει ότι στο βαθμό που τα άτομα ή οι οργανισμοί αξιολογούν τις συνέπειες μιας κρίσης ως ελεγχόμενες, θα εξετάσουν πιο ενεργές επιλογές απόκρισης, ενώ αν οι συνέπειες μιας κρίσης είναι κατά κύριο λόγο ανεξέλεγκτες, τα άτομα και οι οργανισμοί έχουν λίγες επιλογές απόκρισης εκτός από την προστασία τους από τον πλήρη αντίκτυπο της κρίσης.

Επιπλέον, η έκταση των διαθέσιμων πόρων περιορίζει τις επιλογές αντιμετώπισης των κρίσεων καθιστώντας ανέφικτες πολλές επιλογές. Εάν τα άτομα ή οι οργανισμοί ήταν αποτελεσματικοί στο στάδιο της προετοιμασίας και της πρόληψης της διαχείρισης κρίσεων, είναι πιθανό να έχουν περισσότερες διαθέσιμες επιλογές αντίδρασης μόλις εμφανιστεί η κρίση. Έχοντας καθορίσει τις διαθέσιμες επιλογές για την αντιμετώπιση μιας κρίσης, τα άτομα και οι οργανισμοί πρέπει στη συνέχεια να αξιολογήσουν την πιθανή αποτελεσματικότητα των διαφόρων επιλογών αντιμετώπισης. Αυτό το στάδιο της διαχείρισης κρίσεων είναι ουσιαστικά μια ανάλυση κόστους-οφέλους των πόρων που απαιτούνται για κάθε πιθανή απόκριση και των συνεπειών που σχετίζονται με κάθε αντίδραση, συμπεριλαμβανομένων τόσο των άμεσων όσο και των έμμεσων συνεπειών (Sweeny, 2008).

Η πρόληψη των κρίσεων και η προετοιμασία των οργανισμών είναι ένα σημαντικό μέρος της αποτελεσματικής διαχείρισης κρίσεων που γίνεται στις πρώτες φάσεις. Ο στόχος της πρόληψης, είναι η προετοιμασία του οργανισμού για μια πιθανή κρίση και η ανάπτυξη σχεδίων έκτακτης ανάγκης για την αντιμετώπιση της. Ωστόσο ακόμα και όταν τα άτομα και οι οργανισμοί αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της προληπτικής δράσης, έχουν συχνά περιορισμένους πόρους για να προετοιμαστούν για όλες τις πιθανές κρίσεις (Legg & Sweeny, 2012). Ωστόσο, όπως τονίζουν οι Sennewald & Baillie (2016), όλοι οι οργανισμοί θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για τουλάχιστον ένα σύνολο «βασικών» κρίσεων, όπως είναι οι φυσικές καταστροφές, οι απειλές ή / και τρομοκρατικές ενέργειες, οι εκρήξεις/φωτιές, οι τεχνολογικές απειλές, κ.α., ανάλογα πάντα και το είδος του οργανισμού.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι κρίσεις μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού (νοσηρότητα και θνησιμότητα), καθιστώντας την πρόληψη και την προετοιμασία των οργανισμών υγείας απαραίτητη. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της πρόληψης και της ετοιμότητας των οργανισμών υγείας για κρίσεις είναι ότι η ευθύνη αυτή, δεν ανήκει μόνο στους ίδιους τους παρόχους υγείας, αλλά και τις κυβερνητικές υπηρεσίες. Συνεπώς, ένα λειτουργικό σχέδιο πρόληψης και ετοιμότητας στα συστήματα υγείας θα πρέπει να αποτελεί μέρος των εθνικών προγραμμάτων υγείας. Βασικά στοιχεία ενός τέτοιου προγράμματος είναι η αξιολόγηση των κινδύνων για την υγεία για τον προσδιορισμό τους, η διαχείριση νομικών ζητημάτων που σχετίζονται με την αποτελεσματική παρακολούθηση, πρόληψη ή αντιμετώπιση μιας κρίσης, η ανάθεση ρόλων και ευθυνών σε όλους τους τομείς και όλα τα επίπεδα, η θέσπιση ενός Συστήματος Διοίκησης Συμβάντων, η εκπαίδευση, η συμμετοχή και η κινητοποίηση του κοινού, η θέσπιση συστημάτων παρακολούθησης, ανίχνευσης και διερεύνησης πιθανών κινδύνων, η ανάπτυξη, δοκιμή και βελτίωση των στρατηγικών μετριασμού των κινδύνων στην κοινότητα (π.χ. απομόνωση και καραντίνα, κοινωνική απόσταση), η ανάπτυξη, δοκιμή και βελτίωση της ικανότητας παροχής μαζικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η ανάπτυξη της δυνατότητας γρήγορης παροχής ακριβών και αξιόπιστων πληροφοριών στο κοινό με πολιτισμικά κατάλληλους τρόπους και η δημιουργία μιας ισχυρής αλυσίδας εφοδιασμού στην παροχή των υπηρεσιών (Nelson et al., 2007). Σε αυτό το στάδιο, οι οργανισμοί θα πρέπει επίσης να επικεντρωθούν στην ανίχνευσή σημείων (σημαδιών) και τη διαχείριση ζητημάτων, διαδικασίες οι οποίες περιλαμβάνουν τη συλλογή πληροφοριών και την παρακολούθηση και τη σάρωση του περιβάλλοντος, για την ανίχνευση ή πρόβλεψη πιθανών κρίσεων. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να συλλεχθούν τόσο από εσωτερικές, όσο και από εξωτερικές πηγές του οργανισμού, και είναι σημαντικό οι οργανισμοί όχι μόνο να αναζητήσουν αυτές τις πληροφορίες, αλλά και να τις αναγνωρίζουν ως πιθανά αίτια πρόκλησης κρίσεων (McCabe et al., 2010; Nguyen, 2019).

Και ενώ η προετοιμασία των οργανισμών και η πρόληψη των κρίσεων μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην σοβαρότητα με την οποία θα εκδηλωθεί μια κρίση και στην σοβαρότητα των επιπτώσεων της, οι κρίσεις μπορεί να συμβούν συχνά απροσδόκητα (Legg & Sweeny, 2012). Από τη στιγμή που ένα γεγονός (συμβάν) εξελιχθεί σε κρίση, οι οργανισμοί περνούν στο στάδιο της αντιμετώπισης των κρίσεων (Nguyen, 2019).

Για την αντιμετώπιση των αυξημένων απαιτήσεων και αναγκών για περίθαλψη κατά τη διάρκεια των κρίσεων, οι πόροι, όπως το προσωπικό και οι προμήθειες, αναδιοργανώνονται και διαχειρίζονται συστηματικά σύμφωνα με σχέδια αύξησης της χωρητικότητας των μονάδων υγείας, τα οποία πρέπει επίσης να έχουν δημιουργηθεί στο προηγούμενο στάδιο (πρόληψη και ετοιμότητα). Η υπερβολική αύξηση της ζήτησης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα κρίσεων, όπως πανδημίες, τρομοκρατικά συμβάντα και φυσικές καταστροφές (Koenig et al., 2011). Μια έρευνα που έγινε στην Αγγλία από τους Menon et al. (2005), σχετικά με τον αντίκτυπο μιας πανδημίας γρίπης στις υπηρεσίες κρίσιμης φροντίδας, με προσομοίωση της επιδημίας για διάρκεια 8 εβδομάδων, βρήκε ότι η ζήτηση για υποστήριξη αερισμού σε ένα τέτοιο σενάριο θα υπερέβαινε το 200% της τρέχουσας ικανότητας. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να επιδεινωθούν περαιτέρω όταν μια κρίση επηρεάζει την ίδια τη δομή του νοσοκομείου (όπως π.χ. μια φυσική καταστροφή) και το προσωπικό του (π.χ. μια πανδημία).

Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες της UNDP (2008) για τη διαχείριση των κρίσεων στα νοσοκομεία, υπάρχουν διαφορετικοί τρόπου απόκρισης σε μια κρίση. Σε μικρής σοβαρότητας και μεγέθους συμβάντα, επιπλέον πόροι μεταφέρονται σε τμήματα όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και επείγουσας περίθαλψης και ορισμένες προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ενδέχεται να αναβληθούν, εφόσον υπάρχει ανάγκη. Στην περίπτωση αυτή η διαταραχή της κανονικής λειτουργίας είναι μικρή. Αντίθετα σε μεγαλύτερες κρίσεις, η ζήτηση ξεπερνά τη προσφορά, ο αριθμός των ασθενών διαταράσσει την κανονική λειτουργία των μονάδων υγείας και τα τμήματα έκτακτης ανάγκης δεν είναι πλέον σε θέση να χειριστούν το φορτίο της ζήτησης, ακόμη και με επιπλέον πόρους. Στην περίπτωση αυτή, συχνά αξιοποιούνται άλλοι χώροι για την υποδοχή των ασθενών και την περίθαλψη τους. Αυτοί οι χώροι μπορεί να περιλαμβάνουν άλλα τμήματα του νοσοκομείου (μετά από κατάλληλη διαμόρφωση) ή και άλλους χώρους /κτίρια πέραν του νοσοκομείου. Αυτό απαιτεί την ανάθεση επιπλέον νοσηλευτών, γιατρών και προσωπικού υποστήριξης στην περιοχή παροχής της περίθαλψης.

Σε περιόδους κρίσεις, τα πρότυπα φροντίδας των ασθενών αλλάζουν επίσης και οι μονάδες θα πρέπει να διαθέτουν πρωτόκολλα, στα οποία θα καθορίζεται υπό ποιες συνθήκες και κριτήρια θα εφαρμοστεί ένα πρωτόκολλο επείγουσας φροντίδας, πέρα από τα συνήθη. Βασικό χαρακτηριστικό αυτού του προτύπου φροντίδας είναι ότι αυτό δεν είναι σταθερό σε όλη την πληγείσα κοινότητα και βασίζεται στη βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας για κάθε ασθενή, όσο καλύτερα μπορεί να επιτευχθεί με τους περιορισμένους πόρους (Koenig et al., 2011). Η διαλογή των ασθενών (triage), είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του προτύπου φροντίδας, μια διαδικασία η οποία αναφέρεται συνήθως στην ταξινόμηση των ασθενών με βάση την αντιστοίχιση των αναγκών τους για περίθαλψη και με βάση τους διαθέσιμους πόρους υγειονομικής περίθαλψης, με προτεραιότητα, η οποία καθορίζεται χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα κριτήρια (Gostin et al., 2009).

Οι διαδικασίες της διαχείριση κρίσεων δεν σταματούν μετά το τέλος της κρίσης. Η περίοδος μετά την κρίση, είναι το στάδιο της ανάκαμψης. Η ανάκτηση από μια κρίση περιλαμβάνει πολλές στρατηγικές και διαδικασίες, όπως η πλήρωση των πόρων, οι προσπάθειες ανάκτησης των ζημιών και η αναθεώρηση των προγραμμάτων διαχείρισης κρίσεων. Ειδικότερα η αναθεώρηση των προγραμμάτων διαχείρισης κρίσεων μπορεί να προσφέρει πολλές ευκαιρίες μάθησης στους οργανισμούς, προετοιμάζοντας τους καλύτερα για μελλοντικές κρίσεις (Legg & Sweeny, 2012).

Η πρόσφατη κρίση του COVID-19 έδειξε για παράδειγμα, πως διάφορα μέτρα αντιμετώπισης της κρίσης της πανδημίας ήταν αποτελεσματικά, στην ρύθμιση της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη. Στην Κίνα, στην περιοχή Γουχάν από όπου ξεκίνησε η πανδημία, οι υπεύθυνοι διαχείρισης στο σύστημα υγείας, δημιούργησαν μια διαδικτυακή κλινική για να διευκολύνουν τη διαλογή των ασθενών. Μέσω δωρεάν διαδικτυακής διαβούλευσης, τα νοσοκομεία έκριναν προκαταρκτικά τον επείγοντα χαρακτήρα της θεραπείας, συστήνοντας στους ασθενείς με μη επείγουσες καταστάσεις να καθυστερήσουν την επίσκεψη τους στο νοσοκομείο ή να επισκεφθούν άλλα νοσοκομεία και παρείχαν οδηγίες θεραπείας για ασθενείς που απομονώθηκαν στο σπίτι, μειώνοντας αποτελεσματικά τον φόρτο εργασίας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και διευκολύνοντας παράλληλα την έγκαιρη ανίχνευση πιθανών περιπτώσεων (Cao et al., 2020).

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να σημειωθεί ότι η διαχείριση κρίσεων συχνά αναλαμβάνεται από μια ομάδα διαχείρισης κρίσεων και τα μέλη της μπορεί να είναι σταθερά ή μεταβλητά. Για παράδειγμα, μια ομάδα διαχείρισης κρίσεων θα μπορούσε να αποτελείται από όλους τους ανώτερους διαχειριστές και έναν διαχειριστή κρίσεων. Σκοπός της ομάδας είναι να διαχειριστεί θέματα που αφορούν στη διαχείριση και την επίλυση των κρίσεων, τα οποία περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, στα ακόλουθα (Sennewald & Baillie, 2016):

1. Την ανάλυση του προβλήματος/συμβάντος/κατάστασης κρίσης
2. Τον έλεγχο των ζημιών,
3. Την τεκμηρίωση κάθε βήματος επίλυσης και αντιμετώπισης της κρίσης,
4. Την αξιολόγηση των διαθέσιμων πόρων,
5. Τη θέσπιση σχεδίων έκτακτης ανάγκης και
6. Τον έλεγχο της επικοινωνίας με τα ενδιαφερόμενα μέρη του οργανισμού.

Μια τέτοια ομάδα, σε έναν οργανισμό υγείας θα μπορούσε να απαρτίζεται από τους διαχειριστές των μονάδων υγείας, μέλη του διοικητικού συμβουλίου, επικεφαλείς των διαφόρων κλινικών τμημάτων, προϊστάμενους διαφόρων βοηθητικών κλινικών τμημάτων, προϊσταμένους νοσηλευτών και προϊσταμένους άλλους τμημάτων (π.χ. οικονομικό, δημοσίων σχέσεων, κ.α.) (Shahrestanaki et al., 2019).

### **4.4 Η χρήση νέων τεχνολογιών και πληροφορικής**

Στη σύγχρονη εποχή είναι απαραίτητη η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η πλειοψηφία των εργαλείων διαχείρισης και παρακολουθούσης μιας ενέργειας στις σημερινές επιχειρήσεις και στον τομέα της υγείας περνούν από υπολογιστές (Lippi G, Mattiuzzi C., 2019). Από την απλή διαχείριση όπως μπορεί να είναι το ωράριο μέχρι πολύ πιο σύνθετες εργασίες όπως είναι οι μελέτες και προβολές περιστατικών και καταστάσεων στο μέλλον, κάνουν τις νέες τεχνολογίες αναπόσπαστο κομμάτι στη σύγχρονη διαχείριση.

Σε ένα σχεδιασμό για να ανταπεξέλθει ο οργανισμός σε μια διαφαινόμενη κρίση, είναι σημαντικό να έχουν γίνει σενάρια για τον τρόπο αντίδρασης, τα αποθεματικά, τα όρια που μπορεί να φτάσει ο οργανισμός καθώς και τις ενέργειες αποσυμφόρησής του. Τα παραπάνω με την βοήθεια συγκεκριμένων προγραμμάτων, αλγορίθμων και στοχαστικών διαδικασιών, αποτυπώνονται και παρουσιάζονται μέσα από τα λογισμικά που τρέχουν τέτοια σενάρια ώστε να αποκαλυφθούν οι ελλείψεις και αντίστοιχα οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν ώστε να ανταποκριθεί η επιχείρηση σε αυτές τις καταστάσεις όσο το δυνατόν πιο προετοιμασμένη (Yusof MM, Arifin A., 2016).

Ωστόσο προϋπόθεση είναι η ύπαρξη πληροφοριακού συστήματος όπου αποτυπώνονται όλες οι κρίσιμες πληροφορίες που απαιτούνται για την ρουτίνα, τη διοίκηση, την διαχείριση, την αποθήκη κτλ ώστε να υπάρχουν πραγματικά δεδομένα και να βγουν τα σωστά συμπεράσματα. Αυτό πολύ σημαντικό ώστε τα δεδομένα που συλλέγονται να είναι επί πραγματικού χρόνου και όχι κατά προσέγγιση, ενώ αποτυπώνεται και πιο σωστά η διάρθρωση και σχέσεις μεταξύ των επιμέρους τμημάτων όπου σε μια κρίση θα είναι ζωτικής σημασίας η άμεση συνεννόηση μεταξύ των.

Γίνεται κατανοητό ότι η ψηφιοποίηση δεν αποτελεί απλά μια διαδικασία εκσυγχρονισμού (Islam M.M., Poly T.N., Li Y.J., 2018) αλλά είναι το θεμέλιο της συνολικής εικόνας για τη διαχείριση ενός οργανισμού και κατ’ επέκταση για την προετοιμασία σε έκτακτες και επείγουσες καταστάσεις.

## **5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19**

### **5.1 Στις επιχειρήσεις του κλάδου υγείας**

Μια κρίση έχει πολλές φορές οριστεί ως συνάρτηση των ζημιών που προκαλεί. Οι κρίσεις έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργία των επιχειρήσεων του κλάδου της υγείας και οι οικονομικές απώλειες είναι οι πιο συχνά συζητημένες. Μετά από μια κρίση, τα νοσοκομεία συχνά αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς. Θεωρητικά η αυξανόμενη ζήτηση για ιατρική περίθαλψη που προκύπτει από μια κρίση, αναμένεται να ωφελήσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τουλάχιστον στο βαθμό που οι ασθενείς έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Ωστόσο, λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως οι υπάρχουσες οικονομικές πιέσεις στα τμήματα έκτακτης ανάγκης νοσοκομείων, τα υψηλότερα από τα κανονικά επίπεδα ανασφάλιστων ασθενών που επισκέπτονται τμήματα έκτακτης ανάγκης και οι καθυστερημένες πληρωμές από ιδιώτες και κρατικούς πληρωτές, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τις δικές τους πιέσεις, μπορεί να έχουν σημαντικές αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις στα νοσοκομεία (Weeks, 2006).

Πιο πρόσφατα ο Cutler (2020) ανέλυσε πως η κρίση της πανδημίας του COVID-19 έχει επηρεάσει και αναμένεται να επηρεάσει περισσότερο στο μέλλον τα οικονομικά της υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς τα άτομα καλούνται να αναβάλλουν τις προγραμματισμένες μη επείγουσες ιατρικές τους επισκέψεις στις μονάδες υγείας, η χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναμένεται να μειωθεί έως και 70% στο επερχόμενο έτος. Οι Huston et al. (2020) τεκμηρίωσαν επίσης μειώσεις στη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις ΗΠΑ, τον Καναδά και τις Κάτω Χώρες. Αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι οι ασθενείς δεν έχουν αναζητήσει φροντίδα λόγω της εντύπωσης ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν ήδη «φορτωμένο», επειδή αντιλαμβάνονται τον αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στον COVID-19 στον περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης και λόγω των οδηγιών για απομόνωση στο σπίτι. Ωστόσο βρήκαν ότι ο αντίκτυπος αυτός ήταν διαφορετικός από χώρα σε χώρα, και ότι σε γενικές γραμμές, οι χώρες που είχαν τα καλύτερα αποτελέσματα ήταν αυτές με καθολική κάλυψη υγείας, επικαιροποιημένα σχέδια αντιμετώπισης της πανδημίας και καλή κυβερνητική και δημόσια υποστήριξη για τα μέτρα δημόσιας υγείας. Τέλος, οι Basu et al. (2020) μελετώντας τον αντίκτυπο του COVID-19 στα λειτουργικά έξοδα και έσοδα των μονάδων υγείας (στη πρωτοβάθμια περίθαλψη), εκτίμησαν ότι το 2020, η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναμένεται να απωλέσει συνολικά 67.774 $ επί των ακαθάριστων εσόδων.

Η πολυσύνθετη διαδικασία επεξήγησης των επιπτώσεων των κρίσεων σε έναν οργανισμό (υγειονομικό οργανισμό στην περίπτωσή μας), ασχολείται με το να τοποθετήσουμε το εκάστοτε προσωπικό σε κάθε τμήμα και σε κάθε κλάδο του οργανισμού υγείας να επεξηγήσει τις ειδικότερες λειτουργίες, τον υγειονομικό εξοπλισμό και ιατρικά μηχανήματα που πρέπει να έχει ώστε να επιτελέσει το έργο του, το κόστος των εργασιών που περαιώνει αλλά και το κόστος ευκαιρίες που θα ζημιωθεί ο οργανισμός εάν δεν παραχθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα δεδομένα υγείας κατανέμονται σε 3 κλάσεις, οι οποίες αναφέρονται στον οργανισμό, στις επιπτώσεις και στην διευθέτηση της κρίσης. Η ανάλυση αυτή εμπεριέχει την επεξήγηση του περιστατικού αλλά και την συντονισμένη διαδικασία της αντιμετώπισης της κρίσης μέσω δράσεων. Σε ποικίλες περιπτώσεις η κρατική εξουσία και οι φορείς υγείας στοχεύουν συντονισμένα στην επεξήγηση των περιστατικών αλλά δυστυχώς δεν επιτυγχάνουν να επεξηγήσουν την ικανότητα για την αντιμετώπιση και τα προαπαιτούμενα που πρέπει να περατωθούν ώστε να αντιμετωπιστεί η κρίσιμη κατάσταση (Strike, A.J., 1995). Η εμβάθυνση στο κρίσιμο περιστατικό εντρυφεί σε ποικίλα επίπεδα, που δύναται να αντιμετωπίσει ένας οργανισμός ή φορέας υγείας. Η αντιμετώπιση του περιστατικού διερευνά τις μεταβλητές που απαιτούνται ώστε να αντιμετωπιστεί μια κρίση, όπως επιπρόσθετα και τις προοπτικές που μπορεί να χρησιμοποιηθούν από την μεριά της αρμόδιας ομάδας διαχείρισης κρίσης. Και οι δύο οπτικές έχουν ιδιαίτερα επίπεδα επεξήγησης και η εκάστοτε δομεί την έκβαση της κρίσης (Schonfeld, D.J., Lichnestein, R., Pruett, M.K., Speese-Linehan, D., 2002).

Για την ερμηνεία περιστατικών κρίσης, όταν υφίστανται μη επιβεβαιωμένες πληροφορίες, υπάρχουν 2 μοντέλα που επικουρούν τους ερμηνευτές και δρώντες για την αντιμετώπιση της κρίσης, να οργανώσουν και να προγραμματίσουν τα επίπεδα εξέλιξης του κρίσιμου περιστατικού και τους αποδοτικότερους τρόπους για περιορισμό εμφάνισης κινδύνων μιας κρίσιμης κατάστασης. Μία από αυτές τις μορφές μεθοδολογίας αναφέρεται στο ενδεχόμενο ώστε να εμφανιστεί μια πιθανολογούμενη και προσδιορισμένη κατάσταση, η έτερη μεθοδολογία αφορά μια ειδικότερη ανάλυση του κινδύνου, που συσχετίζεται και αλληλεπιδρά με την μόχλευση των υγειονομικών πόρων, ώστε να υπολογιστεί το κόστος πόρων από την εμφάνιση του κινδύνου αλλά και των οικονομικών εξόδων για το κρίσιμο περιστατικό. Εφόσον αναλυθεί η πιθανότητα εμφάνισης ενός κρίσιμου περιστατικού που αφορά τον κλάδο υγείας και γίνει η ανάλυση του κινδύνου από κάθε οπτική, τότε θα μπορέσουμε να προχωρήσουμε σε ποιο ουσιαστική ανάλυση των ανθρώπινων πόρων. Η ανάλυση του περιστατικού χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει την έλευση ενός κρίσιμου περιστατικού και το πώς αυτή δύναται να αλληλοεπιδράσει έναν οργανισμό υγείας, στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του και ποιες μεταβλητές για την αντιμετώπιση του κρίσιμου περιστατικού χρειάζονται για να διαχειριστεί το κρίσιμο περιστατικό. Η διερεύνηση των πόρων (υλικών και άυλων) για την αντιμετώπιση της κρίσης δεν συντελεί σε αποδοτικότερο management αλλά επιτρέπει την κατανομή των πόρων βάσει αναγκών και προτεραιοτήτων (Regester, M. & Larcin, J., 1997).

Αναφορικά με τον περιορισμό των επιπτώσεων της κρίσης η πραγματικότητα είναι δυσοίωνη καθόσον θεωρείται ανέφικτη η μείωση των επιπτώσεων. Πέραν τούτου η πλειοψηφία των οργανισμών προσπαθεί να προϋπολογίσει ποια δύναται να είναι η πιο αποδοτική πρακτική διαχείρισης των κρίσεων. Όταν σταδιακά εξαλείφονται οι αιτίες που παράγουν τις κρίσεις ή έχει περιοριστεί το βάρος των επιπτώσεών τους, τότε η διαχείριση πετυχαίνει να λειτουργεί πιο αποδοτικά. Αυτή η μορφή αποτελεσματικότητας προσδιορίζει ότι ο σχεδιασμός για τη διαχείριση μιας κρίσης θα πρέπει να αφορά τις πρακτικές διαχείρισης ώστε οι κρίσιμες καταστάσεις να περιορίζονται. Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ιδιαίτερα ότι ο πιθανός περιορισμός των καταστάσεων κρίσης πηγάζει από την βελτίωση και την οργάνωση της διαχείρισης και της επικοινωνίας που υφίστανται στο εσωτερικό του οργανισμού αλλά και από την ποιότητα και ποσότητα των διαθέσιμων πόρων (Reid, W., Silver, S., 2003).

Πλήθος δρώντων του κλάδου και επιχειρήσεων υγείας θεωρούν ότι τα σφάλματα και οι επιπτώσεις κρίσιμων καταστάσεων μπορούν αν όχι να εξαλειφθούν τουλάχιστον να περιοριστούν και ότι η κατάρτιση και ο σχεδιασμός δύναται να περιορίσει την κακοήθεια, τα λάθη στην εργασία, την υγιεινή και ασφάλεια εργασίας αλλά και τη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του κλάδου υγείας και των επιχειρήσεων του υγειονομικού χώρου. Η αποδοτική διαχείριση των κρίσιμων περιστατικών δίνει ειδικότερο βάρος στην προετοιμασία (διανοητική και πρακτική) ώστε να ανταποκριθούμε στις κρίσεις, να τις αντιμετωπίσομε και να τις ξεπεράσουμε προωθώντας την κατάρτιση, τον σχεδιασμό εκπαίδευσης και την αξιολόγηση μέσω feedback ώστε να προσδιοριστούν οι προσπάθειες διαχείρισης κρίσεων, περιορίζοντας της επιπτώσεις των κρίσεων και βοηθώντας παράλληλα στην εξάλειψη των τελευταίων. Η διαχείριση επιπτώσεων και αντιμετώπισης της κρίσης επικεντρώνεται σε ενιαίο αποδοτικό προγραμματισμό διαχείρισης κρίσεων, στις περιπτώσεις που περιορίζονται οι κίνδυνοι, η σπατάλη του χρόνου και η περιορισμένη διάθεση των πεπερασμένων υλικών και άυλων πόρων, προκειμένου να εμφανιστούν λιγότερες καταστάσεις κρίσεων και θα περιοριστούν οι επιπτώσεις αυτών. Στην προσέγγιση αυτή δύναται να σκιαγραφηθούν 4 μορφές στα στάδια του περιορισμού, της ετοιμότητας, της καταστολής και της ανάκαμψης (Paris, L.K., Drummond, I.B., 1995):

* Ο περιβάλλοντας χώρος, εντός του οποίου θα συσταθεί η κρίση.
* Οι κτιριακές υποδομές, εντός των οποίων γίνεται παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών.
* Συστήματα που είναι αρμόδια για τη δημιουργία τις υποδομές και τον ιατρικό εξοπλισμό που παράγονται προϊόντα και των υπηρεσίες υγείας.
* Το ανθρώπινο δυναμικό που έρχεται σε επαφή με συστήματα και υποδομές, οι οποίοι δύναται να αλληλεπιδράσουν σε μια κατάσταση κρίσης και στις συνέπειές της.

Η αποδοτική αξιολόγηση στη διαχείριση των κρίσεων και των παραγόντων που οδηγούν σε κρίση, περατώνεται καθόσον αυτοί αποτελούν σημαντικές μεταβλητές που πρέπει να οργανωθούν, όταν εμφανιστεί μια κατάσταση κρίσης. Οι αρμόδιοι του κλάδου ή της επιχείρησης υγείας για την διαχείριση της κρίσης, πρέπει να διερευνούν μέσα και διαδικασίες με τις οποίες η κρίση θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αμεσότερα, με τη ειδικότερη εξέταση της εκάστοτε μεταβλητής, αρχικά ποια ήταν η αιτία που επέφερε την κρίση ή που οφείλεται η κρίση, έπειτα ποιες επιπτώσεις και συνέπειες επέφερε η κρίση (Pedersen, C. L., Ritter, T., & Di Benedetto, C. A., 2020). Την ίδια στιγμή, οι αρμόδιοι δύναται να ερμηνεύουν τον λόγο των αιτιών που επέφεραν την κρίσιμη κατάσταση, με απώτερο στόχο να αντιληφθούν ποιες από αυτές δύναται να μετριαστούν ή να απαλειφθούν, για να περιοριστούν οι επιπτώσεις της κρίσης στον κλάδο ή στον επιμέρους οργανισμό. Εν ολίγοις, η διαχείριση περιορισμού της κρίσης είναι μια συνεχής διαδικασία, η οποία βελτιώνει και περιορίζει τις κρίσιμες καταστάσεις που έχουν λάβει χώρα (Olsson, E. K., & Verbeek, B., 2018).. Οι σχεδιασμοί που έχουν ως σκοπό τον μετριασμό των συνεπειών δημιουργούν την πρωταρχική προσέγγιση για τον προληπτικό περιορισμό των καταστάσεων κρίσης. Έτσι, ο οργανισμός έχει ως στόχο τη συνεχή λειτουργία του με ασφάλεια και κατά συνέπεια να μπορεί να εγγυάται την συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην πάροδο του χρόνου. Η διαχείριση του περιορισμού της κρίσης δύναται να ανιχνεύσει αποδοτική μεθοδολογία στην μείωση των επιπτώσεων και λοιπών αρνητικών συνεπειών μιας κατάστασης κρίσης, δίνοντας βάση στο ότι οι δρώντες του οργανισμού, μπορούν να καταρτιστούν και να εκπαιδευτούν στην διαχείριση κρίσεων και ως εκ τούτου να μετριαστούν οι συνέπειες της κρίσης.

Συνοπτικά τα σημαντικότερα πεδία δράσης μεταξύ άλλων, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής 4:

* *Οι πρακτικές εργασίες.*
* *Η απόκτηση ικανοτήτων (skills achievement).*
* *Στοχοθεσία για την προστασία, ασφάλεια και υγιεινή.*
* *Η ομαδική εκπαίδευση (team recruitment) για τη κατανομή και ανάληψη καθηκόντων σε περίπτωση κρίσεων.*

### **5.2 Στο υγειονομικό προσωπικό**

Οι κρίσεις έχουν επίσης επιδράσεις στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Τα επιτυχημένα αποτελέσματα στην δημόσια υγεία, σε μια περίοδο κρίσης, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματική λειτουργία του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, παρά την απόλυτη ανάγκη για μια απόκριση στο σύνολο της κοινωνίας. Ένα είδος επίδρασης είναι αυτή που προκαλείται στο στρες και την υγεία τους γενικότερα, ειδικότερα για τους εργαζομένους της πρώτης γραμμής. Αυτοί οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης σε μεταδοτικές ασθένειες, μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, αυξημένες ώρες εργασίας, ηθικά διλήμματα κατά τη διάρκεια της περίθαλψης και πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον κλινικής πρακτικής. (Valdez & Nichols, 2013).

Οι Kannampallil et al., (2020) μελέτησαν την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην κατάθλιψη, το άγχος, την εξάντληση και την επαγγελματική ικανοποίηση γιατρών σε νοσοκομεία των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ ιατρών που είχαν συμμετάσχει και που δεν είχαν συμμετάσχει στην φροντίδα ασθενών με COVID-19. Στην πρώτη ομάδα ιατρών, καταγράφηκε υψηλότερος επιπολασμός στρες (29,4% έναντι 18,9%) και εξάντλησης (46,3% έναντι 33,7%). Παρόμοια, οι Gavin et al., (2020) μελετώντας τις ψυχολογικές και συναισθηματικές επιδράσεις των κρίσεων που προκλήθηκαν σε συστήματα υγείας λόγω προηγούμενων πανδημιών, όπως της γρίπης και του SARS (2003) βρήκαν ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βίωσαν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, άγχους, αυπνίας και εξάντλησης. Οι κύριοι παράγοντες που συνεισέφεραν σε αυτά ήταν ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η εργασία σε συναισθηματικά φορτισμένα περιβάλλοντα και όπου η ζήτηση υπερτερεί της ικανότητας, η διαπροσωπική απομόνωση, ο φόβος μετάδοσης, οι ανησυχίες για την οικογενειακή ευημερία, οι αυξημένες εργασιακές συγκρούσεις και η ανάθεση εργασίας σε άγνωστα περιβάλλοντα / με άγνωστους συναδέλφους.

## **6. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ – ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19**

### **6.1 Στη διάρκεια της εργασίας**

Ο ανθρώπινος παράγοντας παίζει καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση της διαχείρισης κρίσεων στον τομέα της υγείας και οι ανθρώπινοι πόροι είναι ο πιο σημαντικός πόρος για την πρόληψη, την προετοιμασία και την ανταπόκριση σε μια κρίση. Σε τέτοιες περιόδους οι οργανισμοί υγείας καλούνται να αναθεωρήσουν τις πρακτικές διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων, καθώς ανακύπτουν πολλά ζητήματα, όπως η ανεπαρκής διαθεσιμότητα προσωπικού και κυρίως εκπαιδευμένου προσωπικού για την παροχή ποιοτικής φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες, καθώς και η εξάντληση και πρόθεση αποχώρησης του προσωπικού από τον οργανισμό. Συνεπώς οι κρίσεις δεν αυξάνουν μόνο τις ποσοτικές ανάγκες για ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και τις ποιοτικές, όπως είναι για παράδειγμα η ανάγκη για εκπαίδευση και εξειδίκευση του υπάρχοντος προσωπικού (Vardalier, 2016).

Οι Wurmb et al. (2020) αναφέρουν ότι ακόμα και πριν την πανδημία του SARS-CoV-2, η διαθεσιμότητα εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και γιατρών σε μονάδες εντατικής φροντίδας ήταν περιορισμένη σε πολλά συστήματα υγείας ανά τον κόσμο. Παράλληλα, η κρίση της πανδημίας, σε κάποια νοσοκομεία μείωσε το διαθέσιμο προσωπικό λόγω των ελλιπών μέτρων προστασίας και των συνακόλουθων μολύνσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις μια βραχυπρόθεσμη αύξηση του ειδικευμένου προσωπικού, η οποία είναι στην ουσία απαραίτητη για την ενίσχυση της παροχής εντατικής φροντίδας, δεν είναι ρεαλιστική. Αντ’ αυτού εναλλακτικές στρατηγικές μπορεί να είναι περισσότερο ρεαλιστικές και θα πρέπει να εξετάζονται. Αυτές περιλαμβάνουν την πρόσληψη και την εκπαίδευση εργαζομένων, κυρίως ιατρών και νοσηλευτών από άλλες ειδικότητες, τη συνεργασία με άλλα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσληψη και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής. Οι ερευνητές τονίζουν ότι είναι υψίστης σημασίας το επίπεδο της φροντίδας έκτακτης ανάγκης να διατηρείται, όσο αφορά το προσωπικό. Στις περιπτώσεις, ωστόσο, όπου αυτό δεν είναι δυνατό λόγω της μεγάλης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, η φροντίδα μπορεί να παρασχεθεί μόνο με το κόστος που εισάγει η απουσία εξειδίκευσης, γεγονός το οποίο είναι βασικό χαρακτηριστικό της κρίσιμης φροντίδας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2007) παρέχει επίσης βασικές συστάσεις για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού σε περιόδους κρίσης. Αυτές περιλαμβάνουν: 1) την εκτέλεση μιας απογραφής του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού και την χαρτογράφηση των ικανοτήτων τους, 2) την τοποθέτηση των εργαζομένων στις θέσεις εργασίας τους, σε περίπτωση απουσίας τους, 3) τη δημιουργία ομάδων έκτακτης ανάγκης, όπως είναι οι ομάδες διαχείρισης κρίσεων και οι ομάδες παροχής φροντίδας, 4) τη πρόσληψη πρόσθετου προσωπικού από εναλλακτικές πηγές, όπως οι φοιτητές ιατρικής και οι συνταξιούχοι επαγγελματίες υγείας, και 5) την εκπαίδευση των εργαζομένων πάνω σε προκαθορισμένα πρωτόκολλα φροντίδας για την αντιμετώπιση της κρίσης.

Άλλες εμφανείς προκλήσεις στη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων σε περιόδους κρίσης είναι η προσαρμογή των νέων και τρεχόντων υπαλλήλων στις δραστικά μεταβαλλόμενες συνθήκες εργασίας, όπως η μετάβαση σε απομακρυσμένα περιβάλλοντα εργασίας, οι στρεσογόνες συνθήκες εργασίας και η εφαρμογή νέων πολιτικών και διαδικασιών στο χώρο εργασίας για τον περιορισμό της ανθρώπινης επαφής. Αυτές οι δραματικές αλλαγές μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες στα επίπεδα ικανοποίησης και αφοσίωσης στον οργανισμό, καθώς και στα επίπεδα στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι, αλλά γενικότερα στην υγεία και την ευεξία τους. Στο πλαίσιο αυτών των συνθηκών εργασίας, οι οργανισμοί υγείας καλούνται να υποστηρίξουν τη σωματική και ψυχική υγεία του εργατικού τους δυναμικού, παρέχοντας τους πόρους πρώτης ανάγκης όπως φαγητό, χώρους ξεκούρασης, ευκαιρίες για επικοινωνία με την οικογένεια και άλλες ευκαιρίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης στο χώρο εργασίας (Carnevale & Hatak, 2020).

### **6.2 Στη διάρκεια καραντίνας**

Η σημερινή κρίση ανέδειξε μια σειρά από ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Το μέτρο της καραντίνας αποτέλεσε μια πραγματικότητα που απαιτήθηκαν λύσεις για προβλήματα που ανέκυψαν λόγω καταστάσεων που δεν ήταν συνηθισμένος ο απλός πολίτης.

Η διαχείριση μιας τέτοια κατάστασης δεν ήταν μόνο ζήτημα των ειδικών ιατρών και συμβούλων αλλά θα έπρεπε να γίνει μέριμνα και από τις επιχειρήσεις καθώς πέραν όσων έκλεισαν με νομοθετική απόφαση, υπήρχαν άλλες που συνέχιζαν να λειτουργούν και κυρίως οι υπηρεσίες του κλάδου της υγείας που ανά πάσα στιγμή ήταν αντιμέτωπες με τυχόν κρούσμα ανάμεσα στο προσωπικό και άμεση απομόνωσή του σε κατ’ οίκον περιορισμό, που επίσης μεταφράζεται ως καραντίνα. Παράλληλα άτομα στο ίδιο το προσωπικό αντιμετώπιζαν παρόμοια περιστατικά στον στενό προσωπικό τους κύκλο ενώ πιο σοβαρά ήταν τα πράγματα για τους εργαζόμενους που ήταν στην πρώτη γραμμή περίθαλψης των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων που υποτροπίασαν και κατέληγαν στο θάνατο. Χαρακτηρίστηκες είναι οι περιγραφές σε πολλά νοσοκομεία κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος τόσο σε Ιταλία όσο και σε Νέα Υόρκη για τις καταστάσεις που επικρατούσαν και την επιβάρυνση του προσωπικού τόσο σε σωματική όσο και σε ψυχολογική κόπωση.

Η υποστήριξη όλων των παραπάνω είναι σημαντική ώστε να ανταπεξέλθουν στην αποστολή τους και να μην καταρρεύσουν ενώ είναι επίσης σημαντικό λόγω της εξουθένωσής τους να προληφθεί μέριμνα για να μην γίνουν οι ίδιοι εστίες υπερμετάδοσης λόγω της θολής κρίσης μέσα από αυτήν την καταπόνηση.

## **7. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΡΙΣΕΩΝ – ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19**

### **7.1 Η ιδανική Στρατηγική προετοιμασία**

#### **Οι στρατηγικές ετοιμότητας:**

Η στρατηγική ετοιμότητας αναφέρεται στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, στον τεχνολογικό εξοπλισμό, τις κτιριακές υποδομές και στο ανθρώπινο δυναμικό. Η στρατηγική ετοιμότητας προϋποθέτει την ύπαρξη διανοητικής και πρακτικής προετοιμασίας από την σκοπιά του ανθρωπίνου δυναμικού ώστε να αντιμετωπίσουν τις ενδεχόμενες κρίσεις. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι στρατηγικές για τον περιορισμό των κρίσεων λαμβάνουν χώρα ώστε να διασφαλίσουν ότι υφίσταντο και είναι σε εγρήγορση σε περίπτωση «συναγερμού». Οι μέθοδοι για τον περιορισμό των κρίσεων είναι υπεύθυνοι για την πιστοποίηση ετοιμότητας του ιατρικού εξοπλισμού καθώς και ότι οι δρώντες που θα κληθούν να διαχειριστούν τον εξοπλισμό θα έχουν γνώση χρήσης αυτού. Πέραν της αναγκαιότητας γνώσης χρήσης της λειτουργίας του ιατρικού εξοπλισμού, οι αρμόδιοι για την αντιμετώπιση κρίσεων δύναται να χρησιμοποιούν τις στρατηγικές αυτές για να εγκαταστήσουν καινοτόμα εξελιγμένα συστήματα αντιμετώπισης κρίσεων. Για να επιτευχθεί ο περιορισμός επιπτώσεών των κρίσεων το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να κατέχει ανάλογες αρμοδιότητες κατά την αντιμετώπιση της κρίσης και να κατέχουν μεγάλη ικανότητα ώστε να λειτουργούν αποτελεσματικά. Η ικανότητα αποτελεσματικότητας λαμβάνει χώρα με την εκπαίδευση και την εξομοίωση αυξάνοντας την ικανότητα να προβλέπουν και να προλαμβάνουν καταστάσεις, εξοικειώνοντας με καταστάσεις κρίσης και επιλύοντας αυτές επιτυχημένα (Lagadec P., 2007).

#### **Οι στρατηγικές αντιμετώπισης:**

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τις μεθόδους και τους τρόπους, με τους οποίους ένας περιβάλλοντας χώρος δύναται να συντελέσει στην αντιμετώπιση των κρίσεων. Με την κατάρτιση σχεδιασμού και του καθηκοντολογίου που πρέπει σε περίπτωση κρίσης να εφαρμόσει το σύνολο του προσωπικού υγείας, οι αρμόδιοι διαχειριστές κρίσεων δύναται να επισπεύσουν τις διαδικασίες και τα χρονικά όρια για την αντιμετώπιση της κρίσης με την βοήθεια των υλικών και άυλων πόρων. Οι δρώντες διαθέτουν εκπαιδεύσεις, γνώσεις και ικανότητες να περιορίσουν τις πιθανές επιπτώσεις μέσω των δράσεων τους. Το ανθρώπινο δυναμικό αντιλαμβάνεται την ασφάλεια του λοιπού προσωπικού που πρέπει να εξυπηρετήσει καθώς η κρίση και η διάρκειά της επιμηκύνεται μειώνοντας παράλληλα τα σφάλματα λειτουργίας (Lagadec, P., 1993).

#### **Οι στρατηγικές ανάκαμψης:**

Στη στρατηγική ανάκαμψης, οι στρατηγικές για τον μετριασμό των συνεπειών των κρίσεων ξεκινούν με την χρήση ενός ενεργητικού σχεδιασμού για την ανάκαμψη, ο οποίος περιλαμβάνει την αντίληψη και αποτύπωση του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος του κλάδου υγείας ή του ειδικότερου οργανισμού υγείας. Ο περιορισμός της απωλειών του χρόνου και ο λανθασμένος καταμερισμός των πόρων υγείας μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω ενός άρτια σχεδιασμένου σχεδίου για την διαχείριση κρίσεων. Η μείωση των επιπτώσεων των κρίσεων , κατέχουν 2 σημαντικές προοπτικές. Αρχικά, οι αρμόδιοι χειριστές των κρίσεων θα πρέπει να είναι σίγουροι ότι το «σωστό» προσωπικό με τις ανάλογες δεξιότητες βρίσκεται στην ανάλογη θέση διαθέτοντας ανάλογες ικανότητες, εκπαίδευση και εξοπλισμό, ώστε σε περίπτωση κρίσης να υπάρχει η δυνατότητα για άμεση και αποδοτική διαχείριση της κρίσης. Επιπρόσθετα, οι αρμόδιοι διαχειριστές κρίσεων πρέπει να δώσουν βάρος στον ανθρώπινο παράγοντα, κατέχοντας 2 βασικά χαρακτηριστικά, το 1ο εξ αυτών αφορά στην παροχή βοήθειας στους ανθρώπους που αναρρώνουν από συναισθηματικά ή ψυχολογικά τραύματα που ήταν απόρροια μιας κρίσης. Το 2ο στοιχείο αποτελεί πιο μακροχρόνιο σχεδιασμό και αφορά την βελτίωση της ψυχικής αντοχής σε περίοδο κρίσης. Η ορθή και αποτελεσματική διαχείριση κρίσης πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό σχεδιασμό κάθε κλάδου και οργανισμού υγείας από την «γέννησή». Αυτή η αποτελεσματική και ορθολογική διαχείριση συντελείται από την έκθεση αξιολόγησης αλλά και την αύξηση του κινδύνου λόγω πιθανών επιπτώσεων της κρίσης. Κατά αυτόν τον τρόπο, οποιοδήποτε σχέδιο διαχείρισης της κρίσης πρέπει (Mitroff, I., Anagnos, G. 2001):

* *Να βασίζεται και να προσαρμόζεται στο εσωτερικό – εξωτερικό περιβάλλον του κλάδου ή οργανισμού όπως για παράδειγμα οι υποδομές, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, τα συστήματα υγείας και το ανθρώπινο δυναμικό.*
* *Όπου υφίσταται ήδη εσωτερικό – εξωτερικό περιβάλλον του κλάδου ή οργανισμού όπως για παράδειγμα οι υποδομές, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, τα συστήματα υγείας και το ανθρώπινο δυναμικό, τότε ο περιορισμός της κρίσης αποτελεί μέρος των της ανανέωσης και των μεταρρυθμίσεων.*

### **7.2 Εργαλεία διαχείρισης**

#### **7.2.1 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας**

Η έννοια της «Ποιότητας» έχει μια σειρά από διαφορετικές ερμηνείες. Οι ορισμοί που της αποδίδονται κυμαίνονται σε ένα μεγάλο φάσμα από απλές παραδοσιακές έννοιες έως τις πιο σύνθετες στρατηγικές δράσεων. Ο Edward Deming ως ο πατέρας του ορισμού για την Διαχείριση Ολική Ποιότητας (TQM – Total Quality Management) την αναφέρει ως την στοχευμένη στρατηγική για τις ανάγκες του πελάτη. Η συγκεκριμένη αποτύπωση αποτελεί και την πιο ευρεία αποδοχή για την αποσαφήνιση του όρου, ενώ και ένας εταίρος μελετητής ο Joseph M Juran, προσθέτει στην εξίσωση της ποιότητας την διάσταση της συμμόρφωσης με τις εκάστοτε απαιτήσεις.

Σήμερα οι πιο γνωστές αρχές όπως το Αμερικανικό Ινστιτούτο Εθνικών Προτύπων (ANSI), η Αμερικανική Εταιρεία Ποιότητας (ASQ) και o Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO - International Organization for Standardization) αναφέρουν την ποιότητα ως:

*«…το σύνολο των γνωρισμάτων και χαρακτηριστικών μιας φροντίδας ή υπηρεσίας που βασίζεται στην ικανότητά της να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες…»*

Αντίστοιχα η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι κάτι καινούργιο στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο τη δεκαετία του 90’ έγινε περισσότερο επιτακτική η ανάγκη χρησιμοποίησης ενός συστήματος ποιότητας και στην υγεία ώστε να διασφαλιστούν τόσο ο ασθενείς όσο και οι διαδικασίες με τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες (Wagner, C., Gulacsi L., Takacs E., Outinen M., 2006). Παρόλα αυτά, τα αρχικά πρότυπα ποιότητας που ήταν διαθέσιμα απευθύνονταν κυρίως σε βιομηχανικούς κλάδους και υπηρεσίες εμπορίου. Αν και η αρχές όλων των ειδών προτύπων της εποχής είχαν την ίδια φιλοσοφία εφαρμογής, ωστόσο άλλαζε το αντικείμενο και η στόχευση με αποτέλεσμα να είναι δύσκολή η εφαρμογή τους στο κλάδο της υγείας.

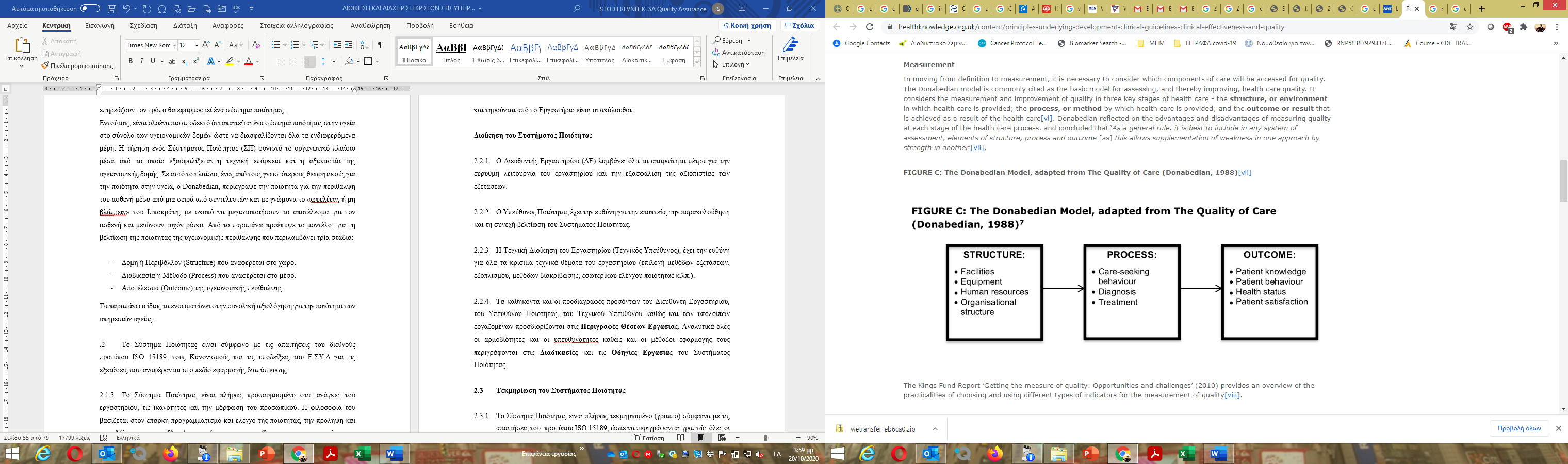
Επιπλέον μια σειρά από νόμους που μπορεί να διέπουν την μία χώρα αλλά να μην υπάρχουν σε άλλες λόγω της δομής του συστήματος υγείας κατά τόπους, επίσης οικονομικές παράμετροι, κουλτούρα κτλ είναι μια σειρά από παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο θα εφαρμοστεί ένα σύστημα ποιότητας.

Σήμερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O. – World Health Organization) Προκειμένου τονίζει πως πρώτα πρέπει να οριστεί η έννοια της ποιότητας ώστε έπειτα να εκτιμηθεί και να βελτιωθεί η ίδια η ποιότητα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον ίδιο (WHO, 2006):

*«…η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη είναι αυτή που είναι* ***αποτελεσματική****,* ***αποδοτική****,* ***προσβάσιμη****,* ***αποδεκτή****,* ***δίκαιη*** *και* ***ασφαλής****..»*

Εντούτοις, είναι ολοένα πιο αποδεκτό ότι απαιτείται ένα σύστημα ποιότητας στην υγεία στο σύνολο των υγειονομικών δομών ώστε να διασφαλίζονται όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Η τήρηση ενός Σύστηματος Ποιότητας (ΣΠ) συνιστά το οργανωτικό πλαίσιο μέσα από το οποίο εξασφαλίζεται η τεχνική επάρκεια και η αξιοπιστία της υγειονομικής δομής. Σε αυτό το πλαίσιο, ένας από τους γνωστότερους θεωρητικούς για την ποιότητα στην υγεία, ο Donabedian, περιέγραψε την ποιότητα για την περίθαλψη του ασθενή μέσα από μια σειρά από συντελεστών και με γνώμονα το «ωφελέειν, ή μη βλάπτειν» του Ιπποκράτη, με σκοπό να μεγιστοποιήσουν το αποτέλεσμα για τον ασθενή και μειώνουν τυχόν ρίσκα (Visnjic A, Velickovic V, Jovic S., 2012). Από το παραπάνω προέκυψε το μοντέλο για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει τρία στάδια (Donabedian A., 1988):

* Δομή ή Περιβάλλον (Structure) που αναφέρεται στο χώρο.
* Διαδικασία ή Μέθοδο (Process) που αναφέρεται στο μέσο.
* Αποτέλεσμα (Outcome) της υγειονομικής περίθαλψης

*****Σχήμα 4:*** *Η δομή του Donabedian για την Ποιότητα Περίθαλψης*

Τα παραπάνω ο ίδιος τα ενσωματώνει στην συνολική αξιολόγηση για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η αξιολόγηση αυτή ήταν και το κλειδί όπου μέσα σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον οι διάφορες υγειονομικές μονάδες καλούνταν να υιοθετήσουν, αν εφαρμόσουν και τελικά να αφομοιώσουν ένα σύστημα ποιότητας για την βελτίωση των υπηρεσιών τους, των διαδικασιών τους και την απόδειξη τεχνικής και επιστημονικής επάρκειας. Ένα σύστημα όπου θα μειώνει το ρίσκο και θα βρίσκει τις ευκαιρίες για βελτίωση και ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών.

#### **7.2.2. Πρότυπα ISO**

Η εφαρμογή και ανάπτυξη των διάφορων συστημάτων ποιότητας καθώς και η παράλληλα θεωρητική ανάπτυξη του αντικειμένου, έχουν δώσει και συνεχώς αναπτύσσουν, βελτιώνουν και αναδύουν καινούργια πρότυπα συστήματα ποιότητας με εφαρμογή στην υγεία και στις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται γύρω από αυτή.

Ωστόσο είναι σημαντική μια διαλεύκανση των όρων που χρησιμοποιούνται στο διάλογο για την ποιότητα και τι αξιολόγηση αναζητά ο κάθε οργανισμός. Συγκεκριμένα, η πρώτη προϋπόθεση για την παροχή ποιότητας από υγειονομικές μονάδες είναι η ύπαρξη σχετικής άδειας λειτουργείας της υγειονομικής μονάδας (Άδεια λειτουργίας σύμφωνα με: εργαστήρια κρατικών νοσοκομείων: νομός 2889, ΦΕΚ 37/2, Μάρτιος 2001) η οποία θα πρέπει να ακολουθείται και από μια σειρά υποχρεωτικών συμμορφώσεων με την κείμενη νομοθεσία και κανονισμούς που πρέπει να διέπουν το χώρο της υγείας όπως:

* Ν. 4624/2019 Για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)
* Εκτίμηση επαγγελματικού κίνδυνου (Ν. 1568/85, ΠΔ 17/96, ΠΔ 159/99)
* Κάλυψη με υπηρεσίες Ιατρού εργασίας και Τεχνικού Ασφαλείας (Ν.1568/85)
* Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005)
* Μελέτη Συστήματος HACCP (ΥΑ 487/2000)
* Διαχείριση Επικίνδυνων Αποβλήτων (ΚΥΑ 19396/97)
* ΕΕ 761/2001, Ανάπτυξη Νοσοκομειακών Διαδικασιών Φιλικών προς το Περιβάλλον

Τα παραπάνω είναι υποχρεώσεις που πρέπει να εφαρμόζονται πριν ακόμη ξεκινήσει η χρήση οποιοδήποτε συστήματος ποιότητας, παρόλο που πολλά από αυτά είναι και απαιτήσεις για την τήρηση ενός προτύπου ποιότητας. Είναι σημαντικό να προϋπάρχουν όλα τα παραπάνω, παράλληλα με ένα σύστημα ποιότητας, καθώς δεν θα είναι δυνατόν να αναγνωριστούν ρίσκα και κίνδυνοι που μπορεί να περιέχονται μέσα στις διαδικασίες και διεργασίες τις κάθε υγειονομικής δομής.

Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα συστήματος ποιότητας διαθέσιμα έτσι ώστε ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχει ο κάθε οργανισμός, μπορεί να εφαρμόσει και το ανάλογο πρότυπο. Κάποια από τα πιο γνωστά πρότυπα που εφαρμόζονται στο γενικότερο χώρο της υγείας είναι τα:

* ISO 9001

Πιστοποίηση για τις Γενικές απαιτήσεις για Συστήματα Διαχείρισης της Ποιότητας

(παράμετροι ποιότητας εξυπηρέτησης)

* EN 15224

Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας σε Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

(κλινική αποτελεσματικότητα)

* ISO 13485

Παραγωγή & Εμπορία Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

* ISO 22000

Συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλειας Τροφίμων

* ISO 14001

Συστήματα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης και τη μείωση των περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως π.χ. η διαχείριση αποβλήτων στο νοσοκομείο

* OHSAS 18001

Συστήματα Διαχείρισης της Υγείας και της Ασφάλειας στην Εργασία

* ISO/IEC 17025

Απαιτήσεις για διεξαγωγή εργαστηριακών δοκιμών και διακριβώσεων

* ISO 15189

Απαιτήσεις Ποιότητας για Ικανότητα και Τεχνική Επάρκεια σε Ιατρικά Εργαστήρια Κλινικών Δοκιμών

* ISO 17043

Απαιτήσεις για σχήματα διεργαστηριακών δοκιμών ελέγχου ικανότητας.

Άλλα πρότυπα που συνεπικουρούν τα παραπάνω είναι αντίστοιχα τα ISO 22301 που αναφέρεται στην επιχειρησιακή συνέχεια και το ISO 31000 όπου αναφέρεται στη διαχείριση επικινδυνότητας. Σε μια υγειονομική μονάδα τα δύο τελευταία δεν είναι προαπαιτούμενα, ωστόσο η γνώση τους βοηθά στη καλύτερη αντιμετώπιση των έκτακτων καταστάσεων.

Όλα τα παραπάνω εμπεριέχουν και μια σειρά από όρους που περιγράφουν βασικές διαδικασίες και διεργασίες τόσο σε πρότυπα όσο και στα διάφορα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας. Αρχικά η Διαχείριση Ποιότητας έχει ως σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση τω υπαρχόντων διαδικασιών μέσα από τη μέθοδο που θα επιλεγεί από τον οργανισμό που θα εφαρμόσει το εκάστοτε σύστημα ποιότητας.

Η Διαχείριση Ποιότητας περιλαμβάνει τη Διασφάλιση Ποιότητας, δηλαδή την ύπαρξη οργανωμένης και ορθής διαχείρισης των προδιαγραφών του προτύπου που ακολουθείται, τον Έλεγχο της Ποιότητας, δηλαδή την ύπαρξη και εφαρμογή ποιοτικών ελέγχων και τη Βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας που απορρέει από την στοχοθεσία του οργανισμού, δράσεις που υλοποιούνται, προγραμματισμός, παρακολούθηση και επίτευξη διάφορων θεμάτων.

Η Πιστοποίηση συνιστά την επιβεβαίωση ότι τα προϊόντα, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, οι διεργασίες, τα συστήματα, συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των συγκεκριμένων τυποποιητικών εγγράφων, τα λεγόμενα και Πρότυπα ή Προδιαγραφές που συνδέονται με την ποιότητα. Η Πιστοποίηση παρέχεται από τρίτο ανεξάρτητο φορέα και το κύρος της ενισχύεται σύμφωνα με το φορέα που πιστοποιεί. Μια πληθώρα των προϊόντων και υπηρεσιών που διακινούνται και παρέχονται, απαιτούν ως μια ελάχιστη προϋπόθεση την ύπαρξη τέτοιας πιστοποίησης. Τέτοιες πιστοποιήσεις είναι το πρότυπο ISO9001, το ISO 14001 κτλ.

Η Τυποποίηση αναφέρεται στην επίλυση σε προβλήματα με επαναλαμβανόμενη εφαρμογή για την επίτευξη καλύτερου αποτελέσματος και ουσιαστικά περιλαμβάνει την εκπόνηση, έκδοση αι εφαρμογή των προτύπων αλλά και άλλων οδηγιών, προδιαγραφών, κανονισμών κτλ. (ΕΛ.Ο.Τ.).

Η Διαπίστευση καθορίζει την τεχνική επάρκεια και ικανότητα των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες όπως δοκιμών, επιθεώρησης, βαθμονόμησης, επαλήθευσης και πιστοποίησης. Η Διαπίστευση συνιστά την επίσημη αναγνώριση από αρμόδιο και αναγνωρισμένο φορέα, τον φορέα διαπίστευσης (Accreditation Body), ότι έχει την ικανότητα να προσφέρει συγκεκριμένες υπηρεσίες ή/και λειτουργίες όπως έκδοση πιστοποιητικών συμμόρφωσης, λοιπών εκθέσεων ελέγχου ή/και δοκιμών, επαλήθευσης κ.λπ. Η Διαπίστευση είναι προαιρετική, πλην των περιπτώσεων όπου τίθεται ως προαπαιτούμενο να υπάρχει και αναφέρεται από τις

* Ευρωπαϊκές οδηγίες
* Εθνική νομοθεσία

Με άλλα λόγια η Τυποποίηση, που στη χώρα μας παρέχεται από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ.) εκδίδει τα πρότυπα που οι Πιστοποιημένοι και Διαπιστευμένοι Οργανισμοί. Η διαφορά ανάμεσα στα δύο τελευταία είναι ότι ένας Πιστοποιημένος οργανισμός πληροί τα κριτήρια που τίθενται από το πρότυπο πιστοποίησης αλλά όχι τα αντικειμενικά κριτήρια απόδειξης της Τεχνικής Επάρκειας και Ικανότητας που παρέχει η Διαπίστευση.

#### **7.2.3 Η Λιτή Διαχείριση (Lean Management)**

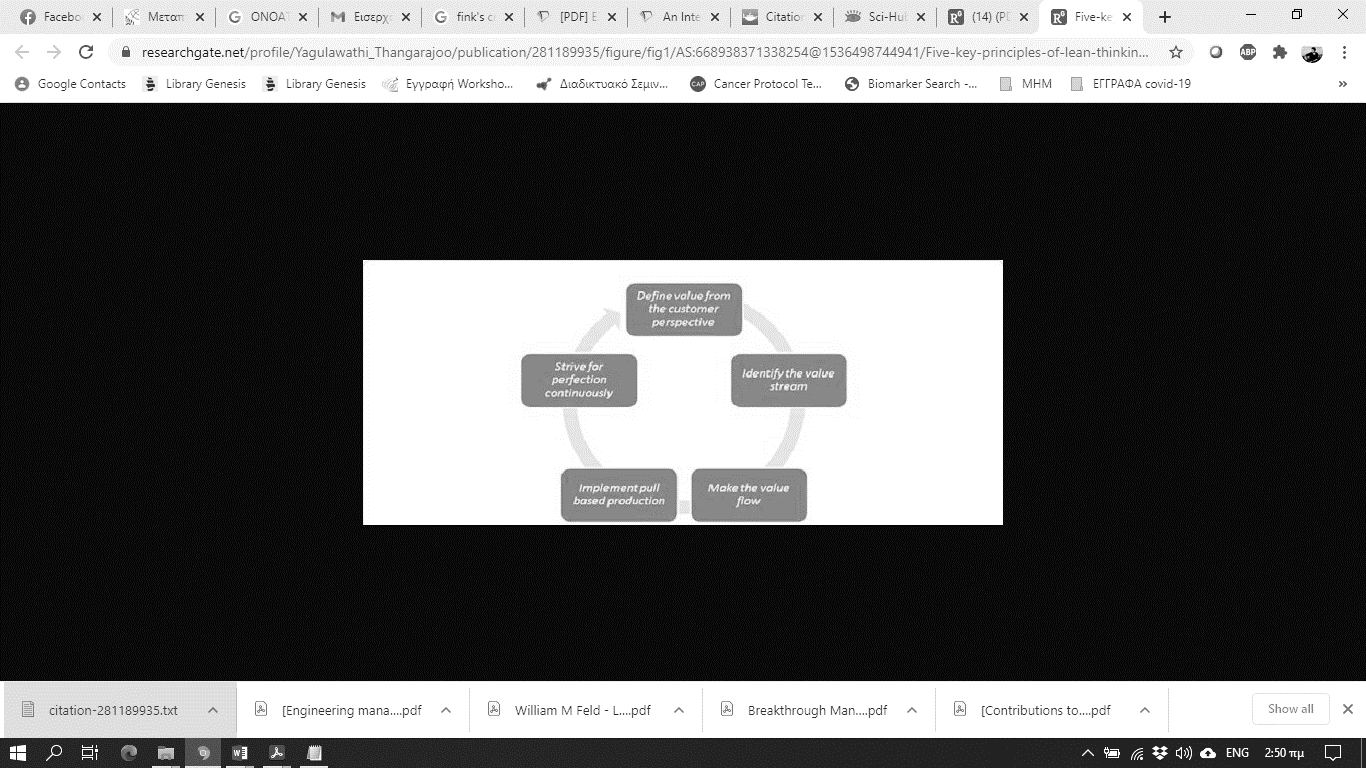
Εκτός από τα διάφορα πρότυπα σταδιακά έχει αρχίσει και υιοθετείται και μια δεύτερη στρατηγική για τη ποιότητα στους οργανισμούς. Αυτή είναι η Λιτή Διαχείριση (Lean Management) ή Λιτή Σκέψη όπως καμιά φορά αναφέρεται.

Ως Λιτή Διαχείριση η μπορεί να περιγραφεί η χρήση αρχών και μεθόδων για την επιδίωξη αναγνώρισης και διάκρισης ανάμεσα σε ότι αποτελεί σπατάλη και σε ότι επιφέρει αξία σε έναν οργανισμό (Kobus & Westner, 2015). Οι Σπατάλες που αναφέρονται ως «waste» αποτελούν ουσιαστικά τις διεργασίες που γίνονται και δεν δημιουργούν αξία για τον οργανισμό, ενώ αντίστοιχα η Αξία (Value) η ικανότητα που παρέχεται στον πελάτη την κατάλληλη στιγμή (Womack & Jonew, 1996). Η φιλοσοφία της Λιτής Σκέψης συνοψίζεται στην εξάλειψη με τη πάροδο του χρόνου από τις «σπατάλες – απόβλητα» που δημιουργούνται από τις διάφορες διεργασίες που λαμβάνουν χώρα σε ένα οργανισμό (Campbell, 2009). Συγκεκριμένα για το χώρο της υγείας η Λιτή Διαχείριση αποτελεί τη μέθοδο δημιουργίας μέγιστης αξίας για τους ασθενείς, μείωσης σπαταλών για τους οργανισμούς και ταυτόχρονη αναζήτηση συνεχής βελτίωσης με ενεργή συμμετοχή και αφοσίωση του συνόλου των εργαζομένων στο στόχο αυτό (*Lawal, et al., 2014).*

Η λιτή διαχείριση ως μέθοδος είναι περισσότερο προσαρμοσμένη στις διαχειριστικές ανάγκες των οργανισμών μέσα από στοχευμένες αλλαγές στη λειτουργία και οργάνωση με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή τους στις πραγματικές συνθήκες και των απαιτήσεων της αγοράς (Dekier 20212). Περιλαμβάνει 5 βασικές αρχές όπως τις περιέγραψαν οι Womack & Jonew (1996) και συνοψίζονται στις:

1. Προσδιορισμός της Αξίας του προϊόντος/υπηρεσίας από την οπτική του πελάτη
2. Αναγνώριση της αλυσίδας Αξίας του προϊόντος
3. Απρόσκοπτη ροή
4. Κατανόηση για την αγορά – ζήτηση
5. Συνεχής αναζήτηση για βελτίωση και τελειότητα

Για τον προσδιορισμό της Αξίας του προϊόντος ή της υπηρεσίας είναι σημαντικό να διακριθούν οι διαδικασίες ανάμεσα σε αυτές που προσθέτουν Αξία και σε αυτές που δεν προσδίδουν Αξία. Οι δεύτερες αποτελούν διαδικασίες όπου περιλαμβάνουν δραστηριότητες που «σπαταλούν» χρόνο και χρήμα και βρίσκονται στο κέντρο της φιλοσοφίας της Λιτής Διαχείρισης για την μείωση έως και εξάλειψή τους.

***Σχήμα 5:*** *Οι 5 βασικές Αρχές της Λιτής Διαχείρισης (Thangarajoo, Yagulawathi. 2015)*

Οι βασικές Κατηγορίες Σπατάλης στη Λιτή Σκέψη περιλαμβάνουν τις σπατάλες / χαμένος χρόνος λόγω (7W – 7 wastes):

1. Υπερ-παραγωγής
2. Χαμένος χρόνος κατά τη παραγωγή ή/και Υπερ-λειτουργία
3. Άσκοπες μετακινήσεις
4. Αναμονές
5. Διαφόρων μεταφορών
6. Ελαττωματικών προϊόντων / υπηρεσιών
7. Χαμένος χρόνο από της αποθήκευση / πλεονάζοντα αποθέματα

Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιεί η Λιτή Διαχείριση είναι:

* ***Value Stream Mapping:*** Γραφική αποτύπωση της ροής υλικών και πληροφοριών μέσα στην επιχείρηση
* ***Workflow Diagram:*** Διάγραμμα της ροής των υλικών μέσα από τις διαδικασίες ώστε να εντοπιστούν οι σπατάλες
* ***5S:*** Μοντέλο για την οργάνωση και λειτουργικότητα ενός χώρου
* ***KPIs (Key Performance Indicators):*** Δείκτες παρακολούθησης προόδου κρίσιμων στόχων της επιχέιρησης.
* ***PDCA (Plan, Do, Check, Act)***: Μεθοδολογία για βελτίωση μέσα από τη διαρκήεπανάληψη της στην εφαρμογή βελτιώσεων:
  + Plan - Σχέδιο (καθορισμός σχεδίου και αναμενόμενα αποτελέσματα)
  + Do (σχέδιο εφαρμογής)
  + Check - Έλεγχος (επαλήθευση αναμενόμενων αποτελεσμάτων)
  + Act - Πράξη (επανεξέταση και αξιολόγηση, κάνει ξανά)
* DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control): Μέθοδος που χρησιμοποιείται για βελτίωση τρεχουσών διαδικασιών. Αποτελεί εργαλείο της Μεθοδολογίας μιας από τις πιο δημοφιλείς έκφανσης της Λιτής Διοίκησης (Lean Management), η Lean 6-Sigma (6σ) που σκοπό έχει να συνεπικουρήσει τους οργανισμούς να πετύχουν με υψηλή απόδοση τους στόχους τους μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό τις σπατάλες. Τα εργαλεία που χρησιμοποιεί η Lean-6σ είναι ιδιαίτερα δημοφιλή στην βιομηχανία και έχουν ήδη περάσει και στο κλάδο των επιχειρήσεων στην υγεία. Μερικά από αυτά τα εργαλεία είναι:
  + Μέτρηση της Φωνής του Πελάτη - Voice of the Customer (VOC)
  + Η ανάλυση Pareto - «Νόμος του 80-20»
  + Fishbone
  + 5Whys
  + Χρήση στατιστικών προγραμμάτων κτλ

Με βάση τα μέχρι τώρα, αρχίζει να γίνεται κατανοητή η διάκριση μεταξύ της τήρησης ενός προτύπου ως σύστημα ποιότητας και της Λιτής σκέψης για την επίτευξη του ίδιου στόχου. Η λιτή διαχείριση εστιάζει στις διεργασίες, και το πως μπορεί να βελτιωθεί κάτι ώστε να αποδώσει καλύτερα. Αντίστοιχα ένα πρότυπο εστιάζει στην οργάνωση και αναφέρει το τι πρέπει να γίνει και όχι το πως. Για το λόγο αυτό η Λιτή διαχείριση επενδύει στη συνεχή τεχνική και επιστημονική κατάρτιση των υπαλλήλων ενώ στη τήρηση ενός προτύπου είναι προαπαιτούμενο η πιστοποίηση της ίδιας της επιχείρησης. Επίσης η Λιτή Διαχείριση είναι περισσότερο προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του πελάτη. Σε γενικές γραμμές η Λιτή Σκέψη κατευθύνει πως στο πως θα βελτιώσει τις διαδικασίες του ο οργανισμός ενώ αντίστοιχα το πρότυπο αναφέρει μέσω των δικών του κατευθυντήριων οδηγιών το ποιες διαδικασίες πρέπει αν λαμβάνουν χώρα χωρίς να μπαίνει στο τρόπο υλοποίησής τους. Η καθημερινή πρακτική αναδεικνύει ένα μίγμα των δύο ώστε να επιτυγχάνονται τα καλύτερα αποτελέσματα.

#### **7.2.4 Περιγραφή Διαδικασιών και Εγγράφων**

Η τήρηση ενός συστήματος ποιότητας απαιτεί την ύπαρξη μια σειρά εγγράφων, εντύπων, οδηγιών για τις διεργασίες και τις διαδικασίες. Πέραν όμως του γραφειοκρατικού χαρακτήρα, τα έντυπα είναι απαραίτητα ώστε να αποτυπωθούν να διαπιστωθούν και να αναδυθούν τυχόν ατέλειες, αστοχίες ακόμη και κενά στον τρόπο που γίνονται οι διαδικασίες. Επιπλέον είναι και ο τρόπος για να συλλέγονται τα δεδομένα από τα διάφορα σημεία της παραγωγικής αλυσίδας, από τους δείκτες ποιότητας, από τους δείκτες αποδοτικότητας, από σημεία που μπορεί να συνιστούν πιθανούς κίνδυνους κτλ. Το ιδανικό είναι να καταγράφονται όλα τα παραπάνω στο γενικό πνεύμα της διατήρησης της ποιότητας, την ανάπτυξή της αλλά και τη συνεχή βελτίωσης των διαδικασιών. Ταυτόχρονα η παρατήρηση και καταγραφή συνιστά και Προληπτική Ενέργεια, ώστε να προσδιοριστούν και να αποτραπούν τυχόν παρεκκλίσεις (Abdallah Abdallah, 2014). Για την αποτύπωση τους, για σειρά από δράσεις μπορούν να λάβουν χώρα μέσα στον οργανισμό και είναι δυνατόν να ξεκινήσουν από:

* Πρωτοβουλία της Διοίκησης ή προτάσεις του προσωπικού,
* Παράπονα και αιτήσεις για διορθωτικές ενέργειες από την ανατροφοδότηση από πελάτες,
* Εντοπισμό αποκλίσεων εντός του χώρου και των διεργασιών του οργανισμού,
* Ανάλυση των ευρημάτων εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου ποιότητας, εσωτερικών και εξωτερικών επιθεωρήσεων αλλά και από επαλήθευση τυχόν μεθόδων που χρησιμοποιούνται
* Την Ανασκόπηση (Ετήσια/εξαμηνιαία κλτ) του Συστήματος Ποιότητας

Γίνεται κατανοητό ότι το κλειδί δεν είναι μόνο η καταγραφή για τη διόρθωση αλλά και η πρόληψη ως συνολική διαχείριση. Τέτοιες αστοχίες κοστίζουν αρκετά σε μονάδες υγείας τόσο οικονομικά όσο και σε θέματα κύρους, ενώ άλλες αστοχίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την ίδια την υπηρεσία προς τον ασθενή αυξάνοντας σε κάθε περίπτωση τους επικινδυνότητας. Και για αυτούς τους λόγους είναι σημαντικό να καταγράφονται από μια σειρά από δράσεις όπως επιθεωρήσεις, κατάλληλα εργαλεία ή ακόμη και από τους υπαλλήλους, μέσα στο πνεύμα της κουλτούρας για την ποιοτική ανάπτυξη, βελτίωση και πρόληψης. Είναι επίσης σημαντικό οι παρεκκλίσεις αυτές να μην αναφέρονται ως λάθη, ή ατυχίες, ή αστοχίες κτλ καθώς έτσι δεν καταγράφονται οπότε δεν αναλαμβάνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες.

Η τήρηση τέτοιων διαδικασιών γίνεται τόσο με τη τήρηση προτύπων όσο και με τη λιτή διαχείριση. Τα εργαλεία που παρέχουν οι διάφορες μορφές τήρησης συστήματος ποιότητας έχουν ανάγκη από πρωτογενή δεδομένα, απεικόνιση των διαδικασιών, την βάθος εξέταση της κάθε διεργασίας και το ανθρώπινο κεφάλαιο που θα κληθεί να αντιμετωπίσει την κάθε κατάσταση. Γίνεται σαφές ότι η τήρηση, διατήρηση και βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας αλλά και η πρόληψη για τη διαχείριση κινδύνων και κρίσεων, είναι θέματα που εμπλέκουν το σύνολο του προσωπικού και πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους σε τέτοιες διαδικασίες ώστε να γίνουν πιο γρήγορα και έγκαιρα αντιληπτά τα διάφορα κενά που ανακύπτουν.

#### **7.2.5 Ανάλυση Επικινδυνότητας - Risk analysis**

Όλοι οι οργανισμοί έρχονται συχνά αντιμέτωποι με μια σειρά από κινδύνους και σχεδόν όλες οι δραστηριότητες ενός οργανισμού ενέχουν κάποιο κίνδυνο. Σύμφωνα με τον Aven (2016), λαμβάνοντας ως σημείο αφετηρίας μια μελλοντική δραστηριότητα (για παράδειγμα τη λειτουργία ενός συστήματος), ο κίνδυνος μπορεί να οριστεί σε σχέση με τις συνέπειες αυτής της δραστηριότητας και σε σχέση με κάτι που το προσωπικό εκτιμά. Οι συνέπειες παρατηρούνται συχνά σε σχέση με ορισμένες τιμές αναφοράς (προγραμματισμένες τιμές, στόχους, κ.λπ.), και συνήθως γίνεται εστίαση στις αρνητικές, ανεπιθύμητες συνέπειες, καθώς ένας κίνδυνος θα έχει πάντα τουλάχιστον ένα αποτέλεσμα που θα θεωρείται αρνητικό ή ανεπιθύμητο.

Παραδοσιακά, ο κίνδυνος έχει οριστεί ως ο συνδυασμός των συνεπειών ενός συμβάντος και της σχετικής πιθανότητας εμφάνισης του (Hayashi & Kamei, 2019), ωστόσο ολοένα και πιο σύγχρονοι ορισμοί προσθέτουν και εστιάζουν στην διάσταση της αβεβαιότητας ως βασικό στοιχείο που σχετίζεται με τους κινδύνους που αντιμετωπίζει ένας οργανισμός. Έτσι στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές μεταξύ των οποίων παραθέτουν, όπως σύμφωνα με τους Levett et al., (2017), o κίνδυνος μπορεί να οριστεί ως ένα γεγονός ή μια περίσταση που μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο σε έναν οργανισμό και δημιουργεί αβεβαιότητα τόσο στον προγραμματισμό του, όσο και στις λειτουργίες του, ενώ σύμφωνα με τον Aven (2016) ο κίνδυνος μπορεί να οριστεί ως η επίδραση της αβεβαιότητας στους στόχους.

Μια πρώτη παρατήρηση, συνιστά ότι στους διάφορους ορισμούς εμφανίζονται έννοιες όπως «διαδικασίες», «προγραμματισμός», «λειτουργείες» του οργανισμού κτλ. Γίνεται κατανοητό αμέσως ότι για να γίνει λόγος για την ανάλυση επικινδυνότητας είναι σημαντική η βαθιά γνώση των διαδικασιών που τηρούνται σε έναν οργανισμό καθώς και να έχει προηγηθεί ένας καθορισμός εσωτερικών και εξωτερικών κινδύνων, πέραν της όποιας αβεβαιότητας που μπορεί να ελλοχεύει.

Η εξέταση των κινδύνων σε επιχειρησιακό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σημαντική στο σύγχρονο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης για διάφορους λόγους. Για παράδειγμα, μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα τα νοσοκομεία είναι η διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών. Η μεταβλητότητα στην παροχή της περίθαλψης και των αποτελεσμάτων των ασθενών αποτελεί σημαντικό κίνδυνο που δεν μπορεί απλώς να μεταφερθεί στον τομέα της ασφάλισης. Η έμφαση που δίνεται πλέον στις πρωτοβουλίες ασφάλειας των ασθενών, για παράδειγμα, απαιτεί από τους παρόχους να επικεντρωθούν στην πρόληψη μέσω της καλύτερης διαχείρισης των κινδύνων τους. Επιπλέον, τα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν αυξημένο οικονομικό έλεγχο και ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Η διαχείριση κινδύνων έχει πλέον εισαχθεί σε πολλές νομοθετικές ρυθμίσεις και πρότυπα ποιότητας, αυξάνοντας τις απαιτήσεις εποπτείας και έχει αναγκάσει τους οργανισμούς να προβαίνουν σε εκτιμήσεις και αξιολογήσεις των κινδύνων που αντιμετωπίζουν. Τα εσωτερικά και εξωτερικά ενδιαφερόμενα μέρη, είτε πρόκειται για οργανισμούς αξιολόγησης, ρυθμιστικές αρχές ή το διοικητικό συμβούλιο, απαιτούν μεγαλύτερη διαφάνεια ως προς τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί. Σε όλο τον κόσμο, οι προσπάθειες αυξάνονται για την εκτίμηση των πολλών και διαφορετικών κινδύνων ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης και την κάλυψή τους με στρατηγικό τρόπο μέσω ενός προγράμματος διαχείρισης κινδύνων (Carroll & Nakamura, 2009).

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μοιράζονται ευρείες κατηγορίες κινδύνων, όπως κλινικούς, κανονιστικούς περιβαλλοντικούς, ιδιωτικότητας, κλπ., με συγκεκριμένους κινδύνους να διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του οργανισμού. Αυτοί οι κίνδυνοι δύναται να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες. Σύμφωνα με τους Levett et al., (2017), οι κίνδυνοι στους οργανισμούς υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε οκτώ ομάδες. Αυτές περιλαμβάνουν:

1. ***Λειτουργικοί Κίνδυνοι:*** Οι οποίοι προκύπτουν από αποτυχίες σε διαδικασίες ή συστήματα
2. ***Κλινικοί κίνδυνοι:*** Ή κίνδυνοι που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών, δηλαδή αυτούς που έχουν άμεση σχέση με την παράδοση της φροντίδας,
3. ***Στρατηγικοί κίνδυνοι:*** Που σχετίζονται με την στρατηγική και την κατεύθυνση του οργανισμού,
4. ***Οικονομικοί κίνδυνοι:*** Που σχετίζονται με την οικονομική σταθερότητα του οργανισμού,
5. ***Κίνδυνοι Ανθρωπίνου Δυναμικό***
6. ***Κίνδυνοι Νομικής Φύσεως:*** Που σχετίζονται με την αδυναμία κατανόησης και παρακολούθησης των νομικών και κανονιστικών πλαισίων,
7. ***Τεχνολογικοί κίνδυνοι:*** Που σχετίζονται με την παρακολούθηση, τη διαχείριση και την κατανόηση όλης της τεχνολογίας που χρησιμοποιεί ο οργανισμός
8. ***Κρίσιμοι κίνδυνοι:*** Που αφορούν τους κινδύνους που προκαλούν διακοπή στη λειτουργία του οργανισμού ή μεγάλη καταστροφή, με σημαντικές επιπτώσεις στην παροχή της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών.

Η τελευταία κατηγορία αποτελεί και τη συγγενική σύνδεση αλλά και την διαφορά μεταξύ της έννοια και της διαχείρισης μεταξύ του κινδύνου και της κρίσης.

Οι παραπάνω για τους διαφορετικοί τύποι κινδύνου που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί υγείας παρουσιάζονται με παραδείγματα στον παρακάτω Πίνακα 1 (Levett et al., 2017)

Πίνακας 1. Τύποι κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί υγείας

|  |  |
| --- | --- |
| **ΤΥΠΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ** | **ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ** |
| Λειτουργικοί κίνδυνοι | Αποτυχία στη διάγνωση  Ανεπαρκής προγραμματισμός εξόδου ασθενούς από το νοσοκομείο  Κακή συντήρηση εξοπλισμού ή εγκαταστάσεων |
| Κλινικοί κίνδυνοι | Ασυνεπής διαδικασία κλινικών ραντεβού  Αποτυχία στη κατάλληλη πιστοποίησης διαδικασιών νέας τεχνολογίας  Αποτυχία παρακολούθησης παραπόνων ασθενούς |
| Στρατηγικοί κίνδυνοι | Ανταγωνισμός και Σχέσεις στη εργασία  Ρυθμιστικές αλλαγές |
| Οικονομικοί κίνδυνοι | Δυσλειτουργία στο σύστημα πληρωμών  Πρόσβαση σε διαθέσιμο κεφάλαιο |
| Ανθρωπίνου κεφαλαίου | Προβλήματα συμπεριφοράς  Αστοχίες στην πρόσληψη και διατήρηση - Αποχωρήσεις εργαζομένων  Οργανωτικές αλλαγές |
| Νομικοί/ρυθμιστικοί κίνδυνοι | Μη συμμορφώσεις με κανονισμούς  Συγκρουσιακές σχέσεις |
| Τεχνολογικοί κίνδυνοι | Κενά, ελλείψεις ή απουσία Πληροφοριακού Συστήματος  Χρήση ή/και μη ορθή συντήρηση εξοπλισμού (πιστοποιημένου ή μη) |
| Κρίσιμοι κίνδυνοι | Φυσικές καταστροφές  Απουσία, Αστοχία, Απουσία σχεδιασμού διαχείρισης κρίσεων |

Γίνεται αντιληπτό ότι η καταγραφή τους και ο προσδιορισμός της φύσης των κινδύνων είναι βασική προϋπόθεση ώστε να προχωρήσει η περεταίρω μελέτη τους.

Η μελέτη και καταγραφή πρέπει να λαμβάνει υπόψιν δύο σημαντικούς παράγοντες που είναι:

* H εκτιμώμενη συχνότητα εμφάνισης ενός κινδύνου
* Η εκτιμώμενη σοβαρότητα του κινδύνου

Οι δύο αυτές συνιστώσες υπολογίζονται συνήθως σε κλίμακα πενταβάθμια ή επταβάθμια ή δεκαβάθμια όπου για παράδειγμα από το 1 έως το 10 με την μονάδα να συνιστά την αμελητέα τιμή και το δέκα την υψηλότερη τιμή. Έτσι για την εκτιμώμενη συχνότητα η τιμή 1 συνιστά μια σπάνια εμφάνιση του κινδύνου ενώ η τιμή 10 παραπέμπει σε κατ’ εξακολούθηση συμβάν. Αντίστοιχα για την σοβαρότητα η τιμή 1 δείχνει αμελητέο κίνδυνο ενώ η τιμή 10 αποτελεί εξαιρετικά σοβαρό όπου θα μπορούσε να συνιστά και κίνδυνο κατά της ζωής.

Η κάθε υγειονομική μονάδα κατατάσσει τους κινδύνους ανάλογα και με τα μέσα που διαθέτει κατά τις διαδικασίες της. Έτσι για παράδειγμα σε μια υγειονομική μονάδα με πληροφοριακό σύστημα ο κίνδυνος να χαθούν ή αλλοιωθούν ή ακόμη μπερδευτούν τ αποτελέσματα ενός ασθενή με έναν άλλον, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν βεβαίως ως συμβάν αρκετά μεγάλης σοβαρότητας αλλά με σπάνια συχνότητα σε αντιδιαστολή με άλλη υγειονομική μονάδα χωρίς πληροφοριακό σύστημα όπου εκεί αν και η σοβαρότητα παραμένει η ίδια, η συχνότητα θα παρουσιάζεται αυξημένη.

Το τελευταίο παράδειγμα δείχνει μια πρώτη εικόνα πως γίνεται ο υπολογισμός του ρίσκου ή η εκτίμηση της επικινδυνότητας. Η σχέση από την οποία προκύπτει η εκτίμηση της επικινδυνότητας είναι:

**RISK SCORE – ΤΙΜΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ**

**ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ**

**Ή**

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ**

**ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ**

Ως επικινδυνότητα αναφέρεται το μέτρο της σημαντικότητας των επιπτώσεων ενός κινδύνου και υπολογίζεται από την **πιθανότητα ή συχνότητα εμφάνισης του κινδύνου** πολλαπλασιαζόμενη **με τη σοβαρότητα των επιπτώσεων του κινδύνου.** Η εκτίμηση τόσο της σοβαρότητας όσο και τις πιθανότητας είναι στη διακριτική ευχέρεια του οργανισμού να τα υπολογίσει σύμφωνα με εμπειρικές παρατηρήσεις και τις γνώσεις των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται. Ωστόσο για τη διάσταση της Σοβαρότητας, ειδικά στο χώρο της υγείας και καθώς έχουν γίνει πολυάριθμές μελέτες σε διάφορες διεργασίες και πρακτικές του υγειονομικού τομέα, υπάρχει στη βιβλιογραφία εκτίμηση της Σοβαρότητας για μια σειρά από διεργασίες. Αυτό βοηθά τους οργανισμούς που θα προχωρήσουν σε εκτίμηση της επικινδυνότητας να έχουν ένα πρώτο σημείο αναφοράς. Η συχνότητα επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους όπως η ύπαρξη πληροφοριακού συστήματος, ο φόρτος εργασίας της δομής, η εκπαίδευση του προσωπικού στις διαδικασίες του οργανισμού κτλ.

Για τον υπολογισμό σε μια 5βάθμια κλίμακα για την Συχνότητα εμφάνισης θα μπορούσαν να ισχύουν τα παρακάτω:

Πίνακας 2. Κλίμακα Εκτίμησης Συχνότητας

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **ΧΑΜΗΛΗ** | = Σπάνια εμφάνιση |
| **2** | **ΜΕΤΡΙΑ - ΧΑΜΗΛΗ** | = Αραιή εμφάνιση |
| **3** | **ΜΕΤΡΙΑ** | = Πιθανή εμφάνιση |
| **4** | **ΜΕΤΡΙΑ - ΥΨΗΛΗ** | = Τακτική εμφάνιση |
| **5** | **ΥΨΗΛΗ** | = Συχνή εμφάνιση |

Αντίστοιχα για τον υπολογισμό σε μια 5βάθμια κλίμακα για την Σοβαρότητα εμφάνισης θα μπορούσαν να ισχύουν τα παρακάτω:

Πίνακας 3. Κλίμακα Εκτίμησης Σοβαρότητας

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **ΧΑΜΗΛΗ** | = Αμελητέα Σοβαρότητα |
| **2** | **ΜΕΤΡΙΑ - ΧΑΜΗΛΗ** | = Σχετική Σοβαρότητα |
| **3** | **ΜΕΤΡΙΑ** | = Πιθανή Σοβαρότητα |
| **4** | **ΜΕΤΡΙΑ - ΥΨΗΛΗ** | = Σοβαρές Συνέπειες |
| **5** | **ΥΨΗΛΗ** | = Εξαιρετικά Σοβαρές Συνέπειες |

Από τους παραπάνω δύο πίνακες και σε συνδυασμό της σχέσης μεταξύ συχνότητας και σοβαρότητας ενός συμβάντος προκύπτει μια τιμή για κάθε ενδεχόμενο κινδύνου. Η κάθε τιμή αποτελεί την κατά αύξοντα αριθμό εκτίμηση της επικινδυνότητας ανά περιστατικό που διερευνάται. Έτσι αν βάλουμε τιμές στο προηγούμενο παράδειγμα, σε μια μονάδα χωρίς πληροφοριακό σύστημα, θα μπορούσε η συχνότητα να έχει την τιμή 3 και η σοβαρότητα τη τιμή 5 οπότε η τιμή της εκτίμησης τη επικινδυνότητας να είναι:

Ενώ για μία υγειονομική μονάδα με πληροφοριακό σύστημα, όπου η συχνότητα θα έχει την τιμή 1 και η σοβαρότητα επίσης 5, η τιμή της επικινδυνότητας θα μπορούσε αντίστοιχα να είναι:

Από το παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει ένα σύνολο τιμών που μπορεί να πάρει τη τιμή της επικινδυνότητας η οποία κυμαίνεται από την χαμηλότερη τιμή 1 ώς την υψηλότερη τιμή 25. Ωστόσο σε πιο λεπτομερείς αναλύσεις και ανάλογα με την επιχείρηση, εκτός από τη σοβαρότητα και τη συχνότητα προστίθενται επιπλέον μεταβλητές για τον υπολογισμό του ρίσκου όπως και μια υπολογισμένη πιθανότητα κτλ Παρόλα αυτά οι δύο αυτοί αρχικοί παράγοντες δίνουν μια καλή εικόνα για τον υπολογισμό του ρίσκου με προϋπόθεση να έχει γίνει μια όσο γίνεται πιο σωστή αρχική εκτίμηση συχνότητας και σοβαρότητας με ελεγμένα και σωστά πρωτογενή δεδομένα.

Από το συνδυασμό των δύο πινάκων λαμβάνουμε τη παρακάτω μήτρα για την εκτίμηση επικινδυνότητας:

Πίνακας 4. Κλίμακα Εκτίμησης Επικινδυνότητας

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ*** | **ΑΥΞΗΣΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ** | | | | | |
| **ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ** |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **2** | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| **3** | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| **4** | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| **5** | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 |

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνεται τακτική επαναξιολόγηση των κινδύνων όπως σε μηνιαία, εξαμηνιαία ή/και ετήσια βάση, όποτε δηλαδή κρίνεται αναγκαίο. Με τον τρόπο αυτό λαμβάνονται υπόψη στοιχεία και ευρήματα όπως:

* Αλλαγές λόγω στοχοθεσίας (βελτίωση στόχων απόδοσης κτλ)
* Εμφάνιση νέων κινδύνων που δεν είχαν αναγνωρισθεί ή/και μείωση ή αύξηση ορίων αποδοχής επικινδυνότητας άλλων που αρχικά είχαν υπο- ή υπερ- εκτιμηθεί
* Συνεκτίμηση από πληροφορίες που προέκυψαν από τους χρήστες των υπηρεσιών ή άλλους εξωτερικούς φορείς όπως προμηθευτές υλικών / εξοπλισμού
* Συνεκτίμηση από ευρήματα ελέγχων και επιθεωρήσεων

Μέσα από αυτές τις διαδικασίες γίνεται και συνολική εκτίμηση της επικινδυνότητας όπου χαρακτηρίζονται τα όρια αποδοχής για κάθε συμβάν και χωρίζονται σε κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές μπορούν να έχουν διαφορετική αντιμετώπιση ανάλογα με το αποτέλεσμα που επιφέρουν και να ενεργοποιούν διάφορα μέτρα αντιμετώπισης. Με τον τρόπο αυτό ενδεικτικά θα μπορούσε να προκύψει η παρακάτω διαβάθμιση:

Πίνακας 5. Κλίμακα Αξιολόγησης

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ** | **ΕΝΕΡΓΕΙΑ** |
| **1-4** | ΧΑΜΗΛΗ | ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ |
| **5-10** | ΜΕΤΡΙΑ | ΠΡΟΛΗΨΗ |
| **11-25** | ΥΨΗΛΗ | ΔΙΟΡΘΩΣΗ |

Η παραπάνω κατάταξη αποτελεί τη γενική αποτύπωση και αξιολόγηση τη επικινδυνότητας, ωστόσο για επιμέρους κινδύνους, η τιμή για άμεση αντίδραση μπορεί να εμφανίζεται και σε πιο χαμηλή τιμή – θυμίζουμε το παράδειγμα λάθος αποτελέσματος που παρατέθηκε παραπάνω με τιμή εκτίμησης επικινδυνότητας στο 5 - ενώ αντίστοιχα άλλα μπορεί να εμφανίζουν υψηλές τιμές χωρίς ωστόσο να είναι κρίσιμες οι συνέπειες τους και να απαιτούν άμεσες διορθωτικές ενέργειες.

#### **7.2.6 Ανασκόπηση**

Είναι πολύ σημαντικό όλα τα παραπάνω να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα μέσα από ανασκόπηση του Συστήματος Ποιότητας που τηρεί ο οργανισμός. Μέσα από τις ανασκοπήσεις γίνεται έγκαιρη διάγνωση των τάσεων που παρατηρούνται στο Σύστημα Ποιότητας για λήψη αποφάσεων όπως την υιοθέτηση προληπτικών, διορθωτικών μέτρων, παρεμβάσεων κτλ όπου απαιτούνται, για να αντιμετωπισθούν υπάρχοντα ή επερχόμενα προβλήματα ποιότητας. Στην ανασκόπηση εξετάζεται το σύνολο του συστήματος που τηρείται ώστε να αναγνωριστούν τα κυριότερα ή τα ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν από αδύνατα σημεία του οργανισμού καθώς και η αξιολόγηση των ενεργειών που απαιτήθηκαν να γίνουν στο ίδιο διάστημα. Συνοπτικά, μερικά από τα σημαντικότερα σημεία που εξετάζονται είναι μεταξύ άλλων:

* Αποφάσεις προηγουμένων Συμβουλίων Ποιότητας
* Εκθέσεις από διοικητικό προσωπικό ή από προσωπικό που ασκεί επίβλεψη,
* Αποτελέσματα προσφάτων εσωτερικών επιθεωρήσεων,
* Αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης του προσωπικού και πιθανές νέες ανάγκες εκπαίδευσης
* Σύνολο διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών
* Διαχείριση ερωτηματολογίων και παραπόνων πελατών / προμηθευτών / συνεργατών
* Αξιολογήσεις από:
  + *Εξωτερικούς φορείς και Διεργαστηριακούς Ελέγχους*
  + *Εσωτερικές / Εξωτερικές επιθεωρήσεις*
* Χρόνος ανταπόκρισης / εξυπηρέτησης πελατών

Μέσα από τα παραπάνω λαμβάνονται αποφάσεις στη κατεύθυνση βελτίωσής τους και την αύξηση της αποδοτικότητας. Μια επιπλέον βασική κατηγορία παρακολούθησης είναι και η Διαχείριση κινδύνων. Εκεί συμπεριλαμβάνονται οι επιπλέον δείκτες παρακολούθησης όπως προαναφέρθηκαν και εκτιμάται η εμφάνισή τους σε συμφωνημένα χρονικά διαστήματα. Ο οργανισμός καλείται να αποφασίσει για την διατήρησή τους, την χαλάρωση ή την επανεκτίμησή τους για τη στοχοθεσία της επόμενης περιόδου.

### 7.3 Μείωση των επιπτώσεων της κρίσης

Υπάρχουν ποικίλες στοχοθεσίες για τον περιορισμό των επιπτώσεων των κρίσεων που αφορούν τις στρατηγικές που έχουν αναπτυχθεί για την καταπολέμηση των αρνητικών συνεπειών των κρίσεων. Ειδικότερα, εμφανίζονται ποικίλες στρατηγικές (όπως π.χ. στρατηγικές ετοιμότητας, αντιμετώπισης και ανάκαμψης) για τον περιορισμό της μείωσης των κρίσεων (Mitroff, I. & Peacon, C.M., 1993).

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η διαχείριση των κρίσεων αφορά τη διαδικασία της αντιμετώπισης μιας κρίσης με έναν συστηματικό και ολοκληρωμένο τρόπο. Οι οργανισμοί που αντιμετωπίζουν μια κρίση πρέπει να επιλέξουν έναν τρόπο για να ανταποκριθούν στην κρίση, ανάλογα για παράδειγμα με τις προηγούμενες εμπειρίες τους ή με βάσει αναλύσεις κόστους –οφέλους ή με βάση άλλα κριτήρια. Ωστόσο, εκτός από την επιλογή της κατάλληλης αντίδρασης στην κρίση, τα άτομα και οι οργανισμοί μπορούν επίσης να επωφεληθούν από διαδικασίες περιορισμού των επιπτώσεων στην κρίση (crisis damage containment). Ο στόχος του περιορισμού των επιπτώσεων είναι να ελαχιστοποιηθεί ο αντίκτυπος της κρίσης και να αποτραπεί η μετάδοση της σε άλλα τμήματα, διαδικασίες και άτομα εντός ενός οργανισμού (Legg & Sweeny, 2012).

Οι δράσεις για την μείωση των επιπτώσεων στην κρίση, μπορεί να αναληφθούν πριν την κρίση, όσο και μετά την εκδήλωση της. Οι δράσεις προ της κρίσης είναι προληπτικές, καθώς στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των ζημιών από ανεπιθύμητα γεγονότα, ενώ κατά την εκδήλωση της κρίσης, είναι αντιδραστικές και στοχεύουν στον περιορισμό των οξέων και άμεσων ζημιών. Μετά την κρίση, ο περιορισμός αποσκοπεί στην αποφυγή ζημιών που προκαλούνται από την εξάπλωση της κρίσης και τις δευτερεύουσες κρίσεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των διαδικασιών ανάκαμψης και συνέχειας της λειτουργίας των οργανισμών (Canyon, 2013).

Ο σχεδιασμός των κτιρίων των οργανισμών είναι μια πρώτη βασική στρατηγική για τον περιορισμό των επιπτώσεων μιας κρίσης. Ορισμένα κτίρια για παράδειγμα έχουν σχεδιαστεί για να επιτυγχάνουν τον περιορισμό ζημιών, διατηρώντας τον κίνδυνο (π.χ. μια φωτιά) σε ένα συγκεκριμένο τμήμα (Franks, 2013). Σε μια μονάδα υγείας, για παράδειγμα, οι επιπτώσεις μιας κρίσης, όπως η μόλυνση των ασθενών και του προσωπικού από τη μετάδοση ενός μολυσματικού παράγοντα, θα μπορούσε να περιοριστεί σε ένα συγκεκριμένο τμήμα, με την λήψη των κατάλληλων μέτρων ασφαλείας και με τη δημιουργία ενός απομονωμένου χώρου στο νοσοκομείο για την είσοδο των ασθενών που αναζητούν περίθαλψη (UNDP, 2008).

Στην κρίση της πανδημίας του COVID -19 πολλά νοσοκομεία για παράδειγμα, με την είσοδο των ασθενών, το προσωπικό διενεργούσε προκαταρκτική εξέταση και δοκιμές για να τους διαχωρίσουν σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου, ανάλογα με την υποψία για κρούσμα. Τα ύποπτα περιστατικά ανατέθηκαν σε μια ανεξάρτητη αίθουσα της κλινικής, ενώ οι περιπτώσεις που τελικώς επιβεβαιώθηκαν ως κρούσμα μεταφέρονταν σε θάλαμο καραντίνας. Αυτό το σύστημα διαχωρισμού των τμημάτων των νοσοκομείων, μείωσε τις πιθανότητες μετάδοσης της λοίμωξης, τόσο στους υπόλοιπους ασθενείς, όσο και στο προσωπικό. Η αποφυγή της μόλυνσης του προσωπικού επιτεύχθηκε επίσης μέσω της προμήθειας προστατευτικού εξοπλισμού (Cao et al., 2020).

Ωστόσο ακόμα και όταν ο σχεδιασμός είναι βέλτιστος, η ανθρώπινη αποτυχία ή το λάθος, μπορεί να συμβάλλει στη διάδοση της κρίσης. Σε αυτή την περίπτωση, η χρήση βοηθητικού εξοπλισμού και η σωστή εκπαίδευση του προσωπικού μπορεί να περιορίσει τις ζημιές. Η κατάρτιση των εργαζομένων είναι ζωτικής σημασίας στον περιορισμό των ζημιών και μπορεί να ενισχυθεί μέσω της χρήσης πρακτικών ασκήσεων και δοκιμών ή προσομοιώσεων αληθινών καταστάσεων (Franks, 2013). Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ, σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και κρίσεων δεν θα πρέπει να δίνουν μόνο προτεραιότητα στις απαιτήσεις στελέχωσης και διανομής του προσωπικού, αλλά και στην εκπαίδευση τους. Οι οργανισμοί θα πρέπει να παρέχουν εκπαίδευση σε προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα με αυξημένες απαιτήσεις, όπως τα τμήματα έκτακτης ανάγκης και εντατικής θεραπείας (WHO, 2011).

# **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ενώ οι απειλές και οι κίνδυνοι του περιβάλλοντος μπορεί να καταστήσουν μια εκδήλωση κρίσης αναπόφευκτη για όλους τους οργανισμούς, η αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων τους επιτρέπει να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανές ζημιές και σπατάλες. Στην περίπτωση των επιχειρήσεων του τομέα της υγείας, αυτές οι ζημιές, μπορεί να σχετίζονται άμεσα, όχι μόνο με οικονομικές απώλειες, αλλά και με τη δημόσια υγεία, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από μια συγκεκριμένη κατάσταση/συμβάν. Συνεπώς στο πλαίσιο της αποτελεσματικής διαχείρισης κρίσεων, οι μονάδες υγείας θα πρέπει να διαθέτουν ένα σχέδιο διαχείρισης κρίσεων και πρόληψης κινδύνων στο οποίο θα καταγράφονται και θα αναλύονται όλοι οι πιθανοί κίνδυνοι που μπορούν να οδηγήσουν σε κρίση ή αύξηση της επικινδυνότητας μέσα στις διαδικασίες και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Ωστόσο καθώς οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν αυτές οι επιχειρήσεις μπορεί να διαφέρουν από προηγούμενα περιστατικά κρίσεων, είναι σημαντικό τα σχέδια διαχείρισης κρίσεων να ανανεώνονται και να αναθεωρούνται με βάση τους τρέχοντες κινδύνους. Ακόμη και στα καλά προετοιμασμένα νοσοκομεία, η αντιμετώπιση των συνεπειών μιας κρίσης είναι μια περίπλοκη πρόκληση. Εν μέσω αυτών των προκλήσεων, και με η σωστή χρήση των κατάλληλων εργαλείων, όπως μέσα από πρότυπα και συστήματα ποιότητας, η συστηματική υλοποίηση δράσεων στο πλαίσιο της διαχείρισης κρίσεων θα μπορέσει να οδηγήσει σε έναν αποτελεσματικό τρόπο απόκρισης στην κρίση.

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Abdallah Abdallah, (2014),"Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 27 Iss 3 pp. 166 – 181
2. Alfonso González Herrero & Cornelius B. Pratt (1996) An Integrated Symmetrical Model for Crisis-Communications Management, Journal of Public Relations Research, 8:2, 79-105, DOI: 10.1207/s1532754xjprr0802\_01
3. Aven, T. (2016). Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. European Journal of Operational Research, 253(1), 1-13.
4. Basu, S., Phillips, R. S., Phillips, R., Peterson, L. E., & Landon, B. E. (2020). Primary Care Practice Finances In The United States Amid The COVID-19 Pandemic: Study estimates the potential impact of COVID-19 on operating expenses and revenues of primary care practices. *Health Affairs*, 10-1377.
5. Campbell, R.J. (2009). Thinking lean in healthcare. Journal of AHIMA, 80(6), 40–43.
6. Canyon, D. V. (2013). Pre-crisis damage containment and leadership policy in health services. *Leadership in Health Services*.
7. Cao, Y., Li, Q., Chen, J., Guo, X., Miao, C., Yang, H. & Li, L. (2020). Hospital emergency management plan during the COVID‐19 epidemic. *Academic Emergency Medicine*, *27*(4), 309-311.
8. Carroll R., Nakamura B. (2009). Risk management handbook for health care organizations (vol 30). American Society for Healthcare Risk Management, John Wiley & Sons
9. Cloutier, D. S., & Brendle-Moczuk, D. (2020). Health Services and Service Restructuring. International Encyclopedia of Human Geography, 335–345.
10. Coombs, W. T. (2014). *Ongoing crisis communication: Planning, managing, and responding*. Sage Publications.
11. Cui, J., Li, F. & Shi, Z. L. (2019) Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat. Rev. Microbiol.* 17, 181–192
12. Cutler, D. (2020). How Will COVID-19 Affect the Health Care Economy?. *Jama*, *323*(22), 2237-2238.
13. Dekire L. (2012), The Origins and Evolution of Lean Management System. Journal of International Studies, 5(1), 46-51
14. Donabedian A. (1988) The quality of care: how can it be assessed? JAMA; 260(12): 1743-1748
15. Economou C. (2018). Greece’s healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state. Case studies from countries with adjustment programmes contracted with the Troika.
16. Franks, G. R. (2013). Damage containment. In K. B. PenuelM. Statler & R. Hagen (Eds.), Encyclopedia of crisis management (Vol. 1, pp. 227-230). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications,
17. Gavin, B., Hayden, J., Adamis, D., & McNicholas, F. (2020). Caring for the psychological well-being of healthcare professionals in the Covid-19 pandemic crisis. *Irish Medical Journal*, *113*(4), 51-51.
18. Glaesser, D. (2006). *Crisis management in the tourism industry*. Routledge.
19. Gostin, L. O., Hanfling, D., Hanson, S. L., Stroud, C., & Altevogt, B. M. (Eds.). (2009). *Guidance for establishing crisis standards of care for use in disaster situations: A letter report*. National Academies Press.
20. Hayashi Y., Kamei K. (2019) Risk Management. In: Abe S., Ozawa M., Kawata Y. (eds) Science of Societal Safety. Trust (Interdisciplinary Perspectives), vol 2. Springer, Singapore.
21. Hu, B., Guo, H., Zhou, P. *et al.* (2020) Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* . <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
22. Hui, D. S. et al. (2020) The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - the latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Intl. J. Infect. Dis.* **91**, 264–266
23. Huston, P., Campbell, J., Russell, G., Goodyear-Smith, F., Phillips, R. L., van Weel, C., & Hogg, W. (2020). COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP open*.
24. Islam MM, Poly TN, Li YJ. (2018) Recent Advancement of Clinical Information Systems: Opportunities and Challenges. Yearb Med Inform. 2018 Aug;27(1):83-90
25. Kannampallil, T. G., Goss, C. W., Evanoff, B. A., Strickland, J. R., McAlister, R. P., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PloS one*, *15*(8), e0237301.
26. Kobus J., Westner M., (2015), Lean management of IT organizations: a literature review. Pacific Asia Conference of Information Systems
27. Koenig, K. L., Lim, H. C. S., & Tsai, S. H. (2011). Crisis standard of care: refocusing health care goals during catastrophic disasters and emergencies. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, *3*(4), 159-165.
28. Lagadec, P., (1993) Preventing chaos in a crisis – strategies for prevention, control and damage limitation, McGraw Hill.
29. Lagadec P. (2007) Crisis Management in the Twenty-First Century: “Unthinkable” Events in “Inconceivable” Contexts. In: Handbook of Disaster Research. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, New York, NY.
30. Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Sari, N., Harrison, L., Jeffery, C., et al. (2014). Lean management in health care: definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol), Systematic Reviews, 1-6.
31. Legg, A. M., & Sweeny, K. (2012) Crisis Management. In V.S. Ramachandran (ed). Encyclopedia of Human Behavior, pp. (618–622). Academic Press
32. Levett, J. M., Fasone, J. M., Smith, A. L., Labovitz, S. S., Labovitz, J., Mellott, S., & Dotan, D. B. (2017). Enterprise Risk Management in Healthcare. In Surgical Patient Care (pp. 67-86). Springer, Cham.
33. Lippi G, Mattiuzzi C. (2019) Project Management in Laboratory Medicine. J Med Biochem. 2019 Jul 30;38(4):401-406.
34. Matrajt, L., & Leung, T. (2020). Evaluating the Effectiveness of Social Distancing Interventions to Delay or Flatten the Epidemic Curve of Coronavirus Disease. Emerging Infectious Diseases, 26(8), 1740-1748. <https://dx.doi.org/10.3201/eid2608.201093>.
35. McCabe, O. L., Barnett, D. J., Taylor, H. G., & Links, J. M. (2010). Ready, willing, and able: a framework for improving the public health emergency preparedness system. *Disaster medicine and public health preparedness*, *4*(2), 161-168.
36. Menon, D. K., Taylor, B. L., Ridley, S. A., & Intensive Care Society, UK. (2005) Modelling the impact of an influenza pandemic on critical care services in England. *Anaesthesia*, *60*(10), 952-954.
37. Mitroff, I., Anagnos, G. (2001) Managing crises before they happen : what every executive needs to know about crisis management, New York,
38. Mitroff, I. & Peacon, C.M. (1993) Crisis management : diagnostic guide for improving your organization’s preparedness, Jassey-Bass, San Francisco
39. Motarjemi, Y. (2014) Crisis Management. In Motarjemi, Y. & Levieveld H. (eds). Food Safety Management, *(*pp. 1037–1063), Academic Press
40. Mushi, V., Shao, M. (2020). Tailoring of the ongoing water, sanitation and hygiene interventions for prevention and control of COVID-19. *Trop Med Health* **48,**47
41. Nelson, C., Lurie, N., Wasserman, J., & Zakowski, S. (2007). Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. American Journal of Public Health. 97 (1), 9-11
42. Nguyen T.T. (2019) Corporate Crisis Management. In: Farazmand A. (eds) Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance. Springer, Cham
43. Olsson, E. K., & Verbeek, B. (2018). International organisations and crisis management: Do crises enable or constrain IO autonomy. Journal of international relations and development, 21(2), 275–299.
44. Paris, L.K., Drummond, I.B. (1995) Crisis response and emergency action plan, Safety Publications, California
45. Pascarella, G., Strumia, A., Piliego, C., Bruno, F., Del Buono, R., Costa, F., Scarlata, S., & Agrò, F. E. (2020). COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *Journal of internal medicine*, *288*(2), 192–206. https://doi.org/10.1111/joim.13091
46. Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998). Reframing crisis management. *Academy of management review*, *23*(1), 59-76.
47. Pedersen, C. L., Ritter, T., & Di Benedetto, C. A. (2020). Managing through a crisis: Managerial implications for business-to-business firms. Industrial Marketing Management, 88, 314–322
48. Regester, M. & Larcin, J. (1997) Risk issues: Crisis management in public relations, Kogan page
49. Reid, W., Silver, S. (2003) Handbook of mental health administration and management, Taylor and Francis Books Inc, New York
50. Saez, M., Tobias, A., Varga, D., & Barceló, M. A. (2020). Effectiveness of the measures to flatten the epidemic curve of COVID-19. The case of Spain. The Science of the total environment, 727, 138761. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138761
51. Schonfeld, D.J., Lichnestein, R., Pruett, M.K., Speese-Linehan, D., (2002) How to prepare for and respond to a crisis, 2nd edition.
52. Sellnow, T. L. (2013). Fink's crisis life cycle. In K. B. PenuelM. Statler & R. Hagen (Eds.), Encyclopedia of crisis management (Vol. 1, pp. 409-410). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications,
53. Sennewald C. & Baillie C. (2016). Crisis Management. In C. Sennewald & Baillie C. (eds). Effective Security Management (6th edition), (pp.189-195). Butterworth-Heinemann
54. Shahrestanaki, Y. A., Khankeh, H., Masoumi, G., & Hosseini, M. (2019). What structural factors influencing emergency and disaster medical response teams? A comparative review study. *Journal of education and health promotion*, *8*.
55. Shortell S., Kaluzny A., (1997) «Essentials of Health Care Management», Cengage Learning, United States.
56. Strike, A.J., (1995) Human Resources in health care: a manager’s guide, Blackwell Science Ltd.
57. Sweeny K (2008) Crisis decision theory: Decisions in the face of negative events. Psychological Bulletin 134(1): 61–76.
58. Thangarajoo, Yagulawathi. (2015). Lean Thinking: An Overview. Industrial Engineering and Management. 04. 10.4172/2169-0316.1000159.
59. U. N. D. P. (2008). Guidelines for Hospital Emergency Preparedness Planning: GOI-UNDP DRM Programme (2002-2008). *Government of India and United Nation Development Programme, New Delhi*.
60. Valdez, C. D., & Nichols, T. W. (2013). Motivating healthcare workers to work during a crisis: A literature review. *Journal of Management Policy and Practice*, *14*(4), 43-51.
61. Verma, M.K., Asad, A. & Chatterjee, S. (2020) COVID-19 Pandemic: Power Law Spread and Flattening of the Curve. *Trans Indian Natl. Acad. Eng.* **5,**103–108. https://doi.org/10.1007/s41403-020-00104-y
62. Visnjic A, Velickovic V, Jovic S. (2012) Measures for improving the quality of health care. Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis; 29(2): 53-58
63. Wagner, Cordula & Gulacsi, Laszlo & Takacs, E & Outinen, M. (2006). The implementation of quality management systems in hospitals: A comparison between three countries. BMC health services research. 6. 50. 10.1186/1472-6963-6-50.
64. Weeks, E. (2006). After the catastrophe: disaster relief for hospitals. *NCL Rev.*, *85*, 223.
65. Wolper L., (2001) «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Health Care Administration», Τόμος Α», Εκδόσεις Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
66. Womack J. P., Jones D. T. (1996), Lean Thinking Banish waste and create wealth in your organization. Simon and Shuster, New York, 397.
67. World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care*. Geneva: World Health Organization.
68. World Health Organization. (2010). Health Service Delivery. Geneva: World Health Organization
69. World Health Organization. (2011). Hospital emergency response checklist-An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. *World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark*.
70. World Health Organization. (2020). Glossary of Humanitarian terms. Geneva: World Health Organization
71. World Health Organization, WHO (2006) Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems.

<http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>

1. World Health Organization, WHO (2020)

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

1. Wu, J. T., Leung, K. & Leung, G. M. (2020) Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet* **395**, 689–697.
2. Yusof MM, Arifin A. (2016) Towards an evaluation framework for Laboratory Information Systems. J Infect Public Health. Nov-Dec;9(6):766-773

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι., (1999) «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)», Τόμος Δ, Σελ. 31, 39 – 43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
2. Ανδριώτη Δ., (1994) «Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Αθήνα.
3. Αντωνοπούλου Λ., Δερμεντζή Χ., Λούστης Δ. & συν.(2013) Εργαλεία Ελέγχου της Διαχείρισης των Νοσοκομειακών Μονάδων - Quality in Health.
4. Αργυράτου Β., (2005) «Εγχειρίδιο οργανωτικής συμπεριφοράς: εγχειρίδιο θεωρητικού πλαισίου και πρακτικών εφαρμογών της συμπεριφοράς των εργαζομένων σε οργανισμούς & επιχειρήσεις», Αθήνα, Γκιούρδας.
5. Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ. (1993) «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας» Αθήνα, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας.
6. Ελληνική Δημοκρατία – COVID-19 (2020) <https://covid19.gov.gr/nomothesia-gia-ton-covid-19>
7. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας - ΕΟΔΥ (2020), <https://eody.gov.gr/neos-koronaios-covid-19/#heading-11>
8. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2018) ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ ΕΑΛΕΓ.Π.801572018 – ΦΕΚ 4898\_τΒ\_1-11-2018,

<https://eopyy.gov.gr/Files/%CE%A6%CE%95%CE%9A%204898%20%CF%84%20%CE%92%202018%20-%20%CE%9D%CE%95%CE%9F%CE%A3%20%CE%95.%CE%9A.%CE%A0.%CE%A5%2001%2011%202018.pdf> [Πρόσβαση 22/09/2020]

1. Ζηλίδης Χ. (1988) Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα.
2. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (1997) Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
3. Καρακούνος Σ. (2005) Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας και Πηγές Χρηματοδότησής του, Το Βήμα Του Ασκληπιού 4(1):3 Ιανουάριος-Μάρτιος
4. Κότιος Ά., Γαλανός Γ., Ρουκανάς Σ. (2012), Η Ελληνική Κρίση και η Κρίση του Συστήματος Διακυβέρνησης της Ευρωζώνης, στη Σειρά Ερευνητικών Εργασιών, 18(1): 1-26
5. Κότιος, Α. και Μ. Κουτουλάκης (2014), «Η οικονομική πολιτική και οι συνέπειες στην πρόσβαση στο διεθνή δανεισμό», στο Π. Σκλιας και Σ. Ρουκανάς (επ.) «Η Ελληνική Οικονομία από την ΟΝΕ στο Μηχανισμό Στήριξης», Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα 2014, σελ. 384-414
6. Λανάρα Β. (2002) «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών – Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο», Θ» Έκδοση. Εκδόσεις Ηγεσία, Αθήνα.
7. Λιαρόπουλος Λ. (2004). Οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Αθήνα: Τμήμα νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
8. Νόμος 3871/2010, ΦΕΚ Α΄ 141/17.08.2010, Δημοσιονομική Διαχείριση και Ευθύνη, <https://www.e-forosimv.gr/details.asp?ID=5858&cat=17> [Πρόσβαση 22/09/2020]
9. Σιγάλας Ι. (2008) Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές
10. Υπουργείο Υγείας (2016). Σχέδιο Νόμου για την διαμόρφωση ενός συστήματος περίθαλψης και για διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας. Ανακτήθηκε από <http://mve.gr/documents/bills2016/health-bill-2016.pdf> [Πρόσβαση 22/09/2020]