

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΛΙΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19.
ΥΛΙΚΟΙ & ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ.
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΕΛΛΗΣ ΑΣΠΡΟΥΔΗ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΥ ΕΑΠ, ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2023

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΛΙΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19.
ΥΛΙΚΟΙ & ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ.
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΛΙΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19.
ΥΛΙΚΟΙ & ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ.
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΕΛΛΗΣ ΑΣΠΡΟΥΔΗ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΥ ΕΑΠ, ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2023

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΟΝΔΡΟΚΟΥΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΡΑΛΕΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΓΙΑΝΝΑΤΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Για την εκπόνηση της παρούσης διπλωματικής εργασίας, η οποία αποτέλεσε για εμένα ένα εκπαιδευτικό ταξίδι και μια προσωπική πρόκληση, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου Κ^ο Γ. Χονδροκούκη, για την καθοδήγησή του και τις επιστημονικές συμβουλές του επί της παρούσης. Ευχαριστώ επιπλέον, τα υπόλοιπα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, Κ.κ. Δ. Καραλέκα & Ι. Γιαννατσή που θα αξιολογήσουν αυτή τη προσπάθεια.

Ειλικρινείς ευχαριστίες και στη Διοίκηση του φορέα υπηρετήσής μου, την 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, όπου με την πολύτιμη συνεισφορά της Ομάδας Στατιστικής συγκεντρώθηκαν τα αριθμητικά δεδομένα για την διεξαγωγή ποσοτικών αποτελεσμάτων στην έρευνα αλλά και στο Τμήμα Πληροφορικής του Προϊστάμενου Υπουργείου Υγείας.

Οφείλω επιπλέον, θερμές ευχαριστίες στους Διευθυντές και Διευθύντριες των ΜΕΘ, Κ.κ. Μ.Ντάγανου, Α.Κοτανίδου, Ι.Αλαμάνο & Γ.Κοφινά, καθώς και τον συνάδελφο/συμφοιτητή Π. Μπούκα, Προϊστάμενο Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ, για τις πολύ γόνιμες συζητήσεις που δέχτηκαν να παραθέσουν στο πλαίσιο της επιστημονικής αυτής προσπάθειας και συνέβαλλαν στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος τα μέγιστα.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου και τους συναδέλφους μου που με περισσή υπομονή με βοήθησαν και με ενθάρρυναν προς την επίτευξη του στόχου μου. Με την ελπίδα για ένα πιο φερέγγυο και αξιόπιστο Ε.Σ.Υ., που και εγώ προσωπικά υπηρετώ, όπου όλοι οι πολίτες ανεξαιρέτως θα έχουν μια ισόνομη και ποιοτική περίθαλψη...

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΛΙΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19.
ΥΛΙΚΟΙ & ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ.
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΤΗΣ ΕΛΛΗΣ ΑΣΠΡΟΥΔΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Πολύς λόγος έγινε κατά τη πρωτόγνωρη πανδημία της Covid-19 γύρω από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ - Intensive Care Units) τόσο σε εγχώριο όσο και σε διεθνές επίπεδο. Συναφώς γεννήθηκαν ερωτήματα: Είναι υποχρέωση του κράτους η οργάνωση και η λειτουργία των ΜΕΘ; Επαρκούν οι υπάρχουσες κλίνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας; Απαιτείται επέκταση αυτών για την κάλυψη των περιστατικών της νόσου; Είναι επαρκής η στελέχωσή τους σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό; Ποια ήταν η συμβολή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και αν διαμέσου των δωρεών προκύπτουν περιουσιακά στοιχεία στο ΕΣΥ για την επόμενη μέρα;

Εδώ εντοπίζεται ο σκοπός του παρόντος πονήματος, στη μελέτη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στα Δημόσια Νοσοκομεία (κυρίως γεωγραφικής αρμοδιότητας 1^{ης} ΥΠΕ) και στην καταγραφή των υφιστάμενων κλινών και όσων περιήλθαν υπό μορφή ιδιωτικής προσφοράς, δηλαδή Δωρεάς, καλύπτοντας με ορθολογικό τρόπο τις ανάγκες του πληθυσμού για νοσηλεία, εν μέσω της πανδημικής κρίσης Covid-19. Η Δωρεά ως μοντέλο ιδιωτικής δράσης και προσφοράς «δωρητής» φαίνεται να κατέχει μια δυναμική με οργανωμένα χαρακτηριστικά, σε

σχέση με το κράτος που την αποδέχεται «δωρεοδόχος» και αποσκοπεί στην ενδυνάμωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η εν λόγω ανάλυση θα λάβει χώρα υπό το πρίσμα της στελέχωσης των ΜΕΘ σε ανθρώπινο δυναμικό με αναφορά στις δεξιότητες σε έκτακτες συνθήκες αλλά και κτιριακών εγκαταστάσεων/εξοπλισμού, πολύτιμα περιουσιακά στοιχεία του υγειονομικού συστήματος για μελλοντική αξιοποίηση. Ωστόσο οι παρεμβάσεις επαρκούν για αντίστοιχες μελλοντικές συνθήκες κρίσης της δημόσιας υγείας (μετά Covid εποχή);

ΥΛΙΚΟ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ-ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ):

Βιβλιογραφική μελέτη και ιδιωτική έρευνα για συλλογή ποσοτικών στοιχείων, τα οποία αντλήθηκαν κατά κύριο λόγο από τη βάση δεδομένων που τηρείται στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής και ειδικότερα στο Τμήμα Στατιστικής της Διεύθυνσης Πληροφορικής του φορέα για τα έτη 2020-2021-2022, καθώς και δεδομένα που χορηγήθηκαν από το Τμήμα Πληροφορικής του Υπουργείου Υγείας και συγκεκριμένα από την πλατφόρμα του Bi Forms: <http://bi.moh.gov.gr/login> (Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας). Εδώ καταχωρίζονται στοιχεία που αφορούν τον υγειονομικό τομέα της επικράτειας. Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν και κωδικοποιήθηκαν προκειμένου να απεικονίσουν το ερευνητικό πλαίσιο στο οποίο κινήθηκε η μελέτη. Επιπλέον, μαζί με τη σχετική βιβλιογραφία συνδιαμορφώνουν το αποτέλεσμα της ερευνητικής διαδικασίας παρέχοντας το θεωρητικό αλλά και το πραγματικό πλαίσιο στο οποίο κινήθηκαν οι ΜΕΘ κατά τη διάρκεια της πανδημίας στη χώρα μας. Τέλος, δεδομένου ότι η μελέτη κινείται χρονικά στη περίοδο αυτή, δεν υφίστανται συναφείς ερευνητικές μελέτες ή συγγραφικά ευρήματα που να απηχούν στον εν λόγω χρόνο, με αποτέλεσμα η συλλογή δεδομένων κατά κύριο λόγο να λαμβάνεται διαμέσου του διαδικτύου, ήτοι τη βάση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Eurostat) (ec.europa.eu/Eurostat), το περιφερειακό γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Ευρώπη, τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και Springer Link/PubMed.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μια ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί σε βάθος τα κύρια συστατικά στοιχεία (κλίνες, άνθρωποι πόροι) των ΜΕΘ συναρτήσει των δωρεών που εισήχθησαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από ιδιωτικούς φορείς. Για την επιστημονικότερη τεκμηρίωση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μη δομημένης άτυπης συνέντευξης με Διευθυντές Πολυδύναμων ΜΕΘ των Νοσοκομείων Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» & Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» αρμοδιότητας 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής, οι οποίες και παρατίθενται αυτούσιες στο Παράρτημα της παρούσης μαζί με το σύνολο των αριθμητικών δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από τις βάσεις

δεδομένων που προαναφέρθηκαν. Ειδικότερα, η μελέτη επικεντρώνεται στην ανοικοδόμηση/κατασκευή (93) νέων κλινών ΜΕΘ και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (υπό μορφή δωρεάς και μόνο), αλλά συμβάλλει και στην κατανόηση των χειρισμών που πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο κεντρικής κυβέρνησης για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας του διαθέσιμου υγειονομικού προσωπικού. Αυτό προκύπτει από πρωτογενή στοιχεία, για την οργάνωση, τη στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό (κυρίως ιατρικό και νοσηλευτικό), την εκπαίδευση, την εσωτερική λειτουργία με σκοπό την παροχή υγείας. Παρατίθενται επίσης, κριτήρια και προϋποθέσεις λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, καθώς και στατιστικά μεταβλητών αποδοτικότητας (πληρότητα κλινών, πραγματικό αριθμό υπηρετούντων vs. προβλεπόμενο αριθμό υπηρετούντων) από την έναρξη λειτουργίας των νέων ΜΕΘ. Η ανάλυση εξειδικεύεται στα τέσσερα (4) Νοσοκομεία-Φορείς παροχής τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αναφέρθηκαν ανωτέρω και αποτελούν τις περιπτώσιολογικές μελέτες του παρόντος ερευνητικού πονήματος ως προς το έμψυχο (ανθρώπινο) αλλά και άψυχο (κτιριακές εγκαταστάσεις) δυναμικό ως κύρια περιουσιακά στοιχεία του ΕΣΥ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη διερεύνησε την ετοιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την απόκριση των Νοσοκομείων του ΕΣΥ στην αυξημένη ζήτηση κλινών εντατικής θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ειδικότερα, επικεντρώθηκε στα Νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας του Υπουργείου Υγείας, η οποία «σήκωσε» το μεγαλύτερο βάρος την εν λόγω περίοδο, εξυπηρετώντας το 1/3 του πληθυσμιακού όγκου της χώρας και πιο συγκεκριμένα την επάρκεια στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, οι οποίες στο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της πανδημίας βρίσκονταν σε ποσοστό πληρότητας περί το 100%. Η έμπρακτη και ταχεία υποστήριξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας απαλλασσόμενη από γραφειοκρατικές διαδικασίες σε θεσμοθετημένο ωστόσο νομικό πλαίσιο λειτουργίας¹, σε οριοθετημένη σχέση με το κράτος και σε συνθήκες διαφάνειας επέτρεψε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας να είναι σε ετοιμότητα, να ανταπεξέλθει στις αυξημένες πιέσεις του πρωτόγνωρου πανδημικού φαινομένου και να αποκτήσει μια αξιέπαινη δυναμική για τη διαχείριση αντίστοιχων μελλοντικών καταστάσεων. Αναφορικά με τις προδιαγραφές της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας για τη δημιουργία των νέων κλινών διαπιστώνεται εν πολλοίς η τήρηση εφαρμογής τους, η λειτουργικότητα ωστόσο και αποτελεσματικότητα «πιστώνονται» στον ‘άνθρωπο-εργαζόμενο’, δηλαδή το γιατρό, το νοσηλευτή, το βοηθό. Προς τούτο συμβάλλουν οι στρατηγικοί στόχοι των Διοικήσεων των φορέων και των Διευθύνσεων Ανθρώπινων Πόρων οι δραστηριότητες των οποίων συνιστούν στην προσέλκυση και την

¹Άρθρο 55 του ν. 4557/18 (ΦΕΚ139Α') «Άρθρο 3Α Ρύθμιση θεμάτων δωρεών προς φορείς δημόσιου τομέα».

επιλογή αποτελεσματικού προσωπικού, στην ανάπτυξη των δυνατοτήτων τους και της απόδοσής τους². Η παρούσα μελέτη διαπιστώνει ότι η διαχρονική έλλειψη επαρκούς αριθμού κλινών εντατικής θεραπείας κατέστη εν μέρει εφικτό να καλυφθεί, χωρίς ωστόσο την στελεχιακή κάλυψή τους με το απαραίτητο με δεξιότητες και γνώσεις υγειονομικό προσωπικό³. Η εν γένει επάρκεια ιατρικού προσωπικού συγκρούστηκε με ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό οπωσδήποτε ποσοτικές αλλά και σχετικές με την αναγκαία εξειδίκευση. Τούτο μάλλον αναμενόμενο, αν εκτιμηθεί η μακροχρόνια υποστελέχωση των Νοσοκομείων αλλά και ο βαθμός της κατεπείγουσας συνθήκης για προσλήψεις που επέβαλε η πανδημία. Αποτίμηση των παραπάνω η διαβεβαίωση ότι τα Νοσοκομεία είναι πιο έτοιμα να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε όμοια ή νέα μελλοντική απειλή για αυξημένη ζήτηση και να παρέχουν ποιοτική υγεία στους ασθενείς.

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων, τηρήθηκαν όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας με την ερευνήτρια να έχει δεσμευτεί εγγράφως ως προς αυτό στη 1^η ΥΠΕ Αττικής, ότι τα στοιχεία είναι ανωνυμοποιημένα και αριθμητικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της παρούσας μελέτης, αντίγραφο της οποίας με την ολοκλήρωσή της, θα κατατεθεί στη Διοίκηση της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Εθνικό Σύστημα Υγείας, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Δωρεές Κλινών, Ανθρώπινο Δυναμικό, Νοσοκομεία 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

²Μάνατζμεντ εταιρικές λειτουργίες, Ελένη Σαλαβού, Ολίβια Κυριακίδου σ.229.

³ Έκθεση Ελέγχου 4/2022, Ελεγκτικό Συνέδριο.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

FACULTY OF NURSING

**INTERUNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAM IN HEALTH CARE
MANAGEMENT AND HEALTH CARE INFORMATICS**

DISSERTATION

**INTENSIVE CARE UNITS (ICUs) DURING COVID-19: EVOLUTION AND
DEVELOPMENT OF HUMAN AND MATERIAL RESOURCES AS
FUTURE ASSETS.**

CASE STUDY-1st HEALTH REGIONS' OF ATTICA HOSPITALS.

BY ELLI ASPROUDI

SUMMARY

PURPOSE: Extensive discussion took place during the unprecedented Covid-19 pandemic around the Intensive Care Units (ICU) both domestically and internationally. So questions arose: Where the State stands regarding the function and organization of ICUs? Are the existing beds of the National Health System sufficient? Is it a necessity to extend these to cover the cases of the disease? Is their staffing sufficient in medical and nursing staff? Does the private initiative through donations leave assets to the NHS for the next pandemic?

The purpose of this work is the study of the Intensive Care Units (ICU) in Public Hospitals (especially 1st Health Regions' Hospitals), the recording of the existing beds as well as those that came to the Health System in the form of a private offer, i.e. Donation, covering in a rational way the needs of population for hospitalization, in the midst of the Covid-19 pandemic crisis. Donation as a model of private action and offer "donor" seems to possess a dynamic with organized characteristics, in relation to the state that accepts it "donor" and aims to strengthen the National Health System. This analysis will take place in the light of ICU recruitment in human resources with reference to skills in emergency conditions but also in building facilities/equipment as valuable assets of the health system for future utilization. But is it sufficient; And if so, under what conditions, current or within the crisis;

MATERIAL (RESEARCH PROCEDURE- DATA COLLECTION): Bibliographic study and private research for the collection of quantitative data, which were mainly drawn from the database maintained in the 1st Health Region of Attica and in particular in the Statistics Department of the IT Department of the institution for the years 2020-2021-2022, as well as data that were granted by the IT Department of the Ministry of Health and specifically by the Bi Forms platform: <http://bi.moh.gov.gr/login> (Business Intelligence System), in which data relating to the health sector of the entire territory is registered. The data were processed in order to reflect the research context in which the study was conducted. In addition, together with the relevant literature, they co-shape the result of the research process thus providing the theoretical as well as the real context in which the ICUs moved during the pandemic in our country. Finally, given that the study takes place during the period of the pandemic in our country, there is not an abundance of research studies & outcomes and scientific literature, in result data collection took place via the internet, namely the database of the European Commission (Eurostat) (ec.europa.eu/Eurostat), the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and Springer Link/PubMed.

METHOD: This is a qualitative research conducted in order to investigate in depth the main components (curative beds, human resources) of ICUs depending on the donations entered into the National Health System by private entities. In order to have a more scientific documentation of the research, the method of the unstructured informal interview with the ICUs' Directors of Hospitals, under the responsibility of the 1st Health Region of Attica (G.N.A. "KAT", G.N.A. "IPPOKRATEIO", G.N.N.TH.A. "SOTIRIA" & G.N.A. "EVANGELISMOS") was used. The interviews are listed in the Appendix together with all the numerical data collected from the aforementioned databases. In particular, the study focuses on the reconstruction/construction of (93) new ICU beds and medical equipment, but also contributes to the understanding of the strategies carried out at the central government level to maximize the effectiveness of the available health personnel. This results from primary data, on the organization, human resources (mainly doctors and nursing), training, internal operation and health provision which is obviously attributed to the serving personnel. Criteria and conditions for the operation of Intensive Care Units are also listed, as well as statistics of efficiency variables (occupancy of beds, actual number of attendants vs. projected number of attendants) since the start of operation of the new ICUs. The analysis is specialized in the four Hospitals-Institutions providing tertiary health care abovementioned and which constitute the case studies of the present research effort

in terms of animate (human) and inanimate (building facilities) potential as the main assets of the NHS.

CONCLUSIONS: This study investigates the readiness, efficiency, response of NHS Hospitals to the increased demand for intensive care beds during the Covid-19 pandemic. In particular, it focuses on the Hospitals of the 1st Health Region of the Ministry of Health, which "lifted" the biggest burden during the period in question, serving 1/3 of the country's population, and more specifically on the Intensive Care Units, which for the longest time of the pandemic were 100% occupied. The practical and rapid support of the private initiative, freed from bureaucratic procedures in an institutionalized but legal framework of operation, under a limited relationship with the state and in conditions of transparency, allowed the National Health System to be ready and cope with the increased pressures of the unprecedented pandemic phenomenon and to acquire a commendable momentum to manage respective future situations. With reference to the specifications of the Hellenic Society of Intensive Care for the creation of the new beds, it is found that their application has been followed, however, the functionality and effectiveness are "credited" to the 'person-worker', i.e. the doctor, the nurse, the assistant. Upon this, the strategic goals of the organizations' Managements and the Human Resources Departments, whose activities consist in the attraction and selection of effective personnel, the development of their capabilities and their performance, contribute to this. The present study finds that the long-term lack of a sufficient number of intensive care beds was partially covered, without, however, the personnel with the necessary skills and knowledge. The general adequacy of medical staff clashed with shortages in nursing staff, mostly quantitative but also related to the necessary specialization. This is rather to be expected, if one considers the long-term understaffing of the Greek Hospitals in terms of staff and also the degree of the urgent condition for recruitment imposed by the pandemic. Valuing the above, we can conclude that Hospitals are better prepared to face any similar or new future threat for increased demand and provide quality healthcare to patients.

ETHICS AND ETHICS OF THE STUDY: During the collection of the data, all the principles of ethics and ethics were respected, with the researcher having committed in writing to the 1st Health Region of Attica, that the data are numerical and anonymized and will be used only for the purpose of this study, a copy of which, will be submitted to the Administration of the 1st H.R. Attica, upon completion.

KEY WORDS: National Health System, Intensive Care Units, Bed Donations, Human Resources, 1st Health Regions' of Attica Hospitals.

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
SUMMARY	10
Λίστα Εικόνων / Διαγραμμάτων	18
Λίστα Πινάκων.....	19
Πρόλογος.....	21
Βασικές Συντομογραφίες	24
Κεφάλαιο 1 ^ο	26
1.1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	26
Νομοθετικό/Ιστορικό Χρονολογικό	27
Δομή ΕΣΥ στην Ελλάδα	28
Η Δομή του ΕΣΥ σε όρους Ανθρώπινου Δυναμικού	29
Χρηματοδότηση – Δαπάνες Υγείας	31
COVID-19 - Χρηματοδότηση	33
Ο νοσοκομειακός τομέας	33
1.2. Η 1 ^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής (1 ^η Υ.ΠΕ.)	35
Γενικότερο Νομικό Πλαίσιο Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών - 1 ^η ΥΠΕ Αττικής	36
Αποκεντρωμένες Δομές & Δομές Αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής.....	36
1 ^η ΥΠΕ Αττικής σε αριθμούς - Ανθρώπινο Δυναμικό	40
Κεφάλαιο 2 ^ο	42
2.1. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)-Ιστορική Αναδρομή	42
2.1.1. Ορισμός	42
2.1.2. Ιστορική Αναδρομή.....	42
2.2. Πλαίσιο Λειτουργίας – Νομοθεσία	45
2.2.1. Νομοθετικό Πλαίσιο	45
2.2.2. Είδη ΜΕΘ.....	45
2.2.3. Οργάνωση ΜΕΘ.....	46
2.2.4. Στελέχωση ΜΕΘ	49
2.2.5. Κριτήρια Εισαγωγής σε ΜΕΘ	50
2.2.6. Θνητότητα & Μέση διάρκεια διαμονής σε ΜΕΘ	54
2.2.7. Κόστος Λειτουργίας ΜΕΘ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	59
3.1. Η πανδημία Covid-19.....	59
3.2. Νόσος Covid-19 vs. Κλίνες ΜΕΘ	64
3.2.1. Αριθμός Κλινών ΜΕΘ	65

3.2.2. Το Ανθρώπινο Δυναμικό στις ΜΕΘ	70
3.2.3 Η θνητότητα στις ΜΕΘ (1 ^η Υ.ΠΕ.).....	77
3.3. Οι Δωρεές στο ΕΣΥ	81
3.3.1. Νομικό Πλαίσιο Δωρεών Υπέρ Δημοσίου.....	82
Ορισμοί/Αστικός Κώδικας/Διατάξεις για τις δωρεές (άρθρα 496-512).....	83
3.3.2. Δωρητές στην Υγεία.....	84
3.3.4. Το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....	91
4.1. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	91
4.1.1. Δωρεές ΜΕΘ.....	92
4.1.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό.....	94
4.2. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	99
4.2.1. Δωρεές ΜΕΘ.....	100
4.2.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό.....	102
4.3. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΑ «ΚΑΤ»	105
4.3.1. Δωρεές ΜΕΘ.....	106
4.3.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό.....	107
4.4. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».....	112
4.4.1. Δωρεές ΜΕΘ.....	113
4.4.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό.....	114
4.5. Ανάπτυξη & Εκπαίδευση Εργαζομένων στις ΜΕΘ.....	118
4.6. Η Ευρωπαϊκή Ένωση	123
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο.....	125
5.1. Αποτελέσματα – Τι μας δίδαξε η πανδημία σε αριθμούς κλινών ΜΕΘ και σε όρους ανθρώπινου δυναμικού;.....	125
5.2. Συμπεράσματα - Η επόμενη ημέρα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας – Προτάσεις.....	131
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	138
Βιβλιογραφία, αρθρογραφία και μελέτες στην ελληνική γλώσσα	138
Βιβλιογραφία, αρθρογραφία και μελέτες στην αγγλική γλώσσα	139
Κύριες βάσεις δεδομένων.....	141
Διαδικτυακές αναφορές.....	142
Νόμοι/Διατάγματα/Αποφάσεις.....	143
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	145
7.1. Μέση Πληρότητα ΜΕΘ non Covid-19 Νοσοκομείων 1 ^{ης} ΥΠΕ Αττικής (2020-2021-2022) (πηγή: 1 ^η Υ.ΠΕ. Αττικής – Ομάδα Στατιστικής).....	145
7.2. Μέση Πληρότητα ΜΕΘ Covid-19 Νοσοκομείων 1 ^{ης} ΥΠΕ Αττικής (2020-2021-2022) (πηγή: 1 ^η Υ.ΠΕ. Αττικής – Ομάδα Στατιστικής)	150

7.3.α. Συνέντευξη – Κ ^{ος} Αλαμάνος Ι., Διευθυντής Β' Χειρουργικού Τομέα και Διευθυντής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Β' Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Μέλος Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» (15-2-2022)	157
7.3.β. Συνέντευξη – Κ ^{ος} Μπούκας Π., Προϊστάμενος Νοσηλευτικού Προσωπικού Πολυδύναμης ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» (10 ^{ος} -2022)	160
7.4 Συνέντευξη – Κα Ντάγανου Μ., Δ/ντρια ΕΣΥ Πνευμονολογίας-Εντατικολογίας, Υπεύθυνη Πολυδύναμης ΜΕΘ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» (13-2-2023).....	162
7.5 Συνέντευξη – Κ ^α Κοτανίδου Α., Αναπλ. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Δ/ντρια Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», πρώην Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας (27-2-2023). 168	
7.6 Συνέντευξη – Κ ^{ος} Κοφινάς Γ., Δ/ντής Καρδιολογίας-Εντατικολογίας, Αναπλ. Δ/ντής ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» (8-3-2023).....	171
7.7. Μηνιαία Παρακολούθηση των (4) Περιπτώσιολογικών Νοσοκομείων με του Επιβεβαιωμένους Νοσηλευόμενους Ασθενείς Covid-19.	172

Copyright © ΕΛΛΗ ΑΣΠΡΟΥΔΗ, 2023

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών & από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους των Πανεπιστημίων.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα προσωπικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής, παρατίθενται ως παραπομπές και συμπεριλαμβάνονται επιπλέον στο πεδίο της βιβλιογραφίας. Τέλος, στο παρόν πονήμα παρατίθεται μέρος προσωπικής εργασίας που εκπονήθηκε στο πλαίσιο του ΔΠΜΣ το οποίο έχει εμπλουτιστεί με πρόσθετο βιβλιογραφικό και ερευνητικό υλικό. Αντίγραφο του παρόντος ερευνητικού πονήματος θα κατατεθεί και στο αρχείο της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

Υπογραφή

ΕΛΛΗ ΑΣΠΡΟΥΔΗ

Λίστα Εικόνων / Διαγραμμάτων

Εικόνα 1 Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών	28
Εικόνα 2 Νοσοκομεία κατά ειδικότητα 2021 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)	29
Εικόνα 3 Γραφική Απεικόνιση Προσωπικού ΚΥ 2020-2021 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)	31
Εικόνα 4 Κατά Κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα συγκριτικά με ΕΕ (πηγή: ΟΟΣΑ-στοιχεία 2019)	32
Εικόνα 5 Εγχώρια Κρούσματα ανά μήνα (2020-2021-2022) (πηγή: 1η ΥΠΕ)	61
Εικόνα 6 Μηνιαίοι Θάνατοι (2020-2021-2022) (πηγή: 1η ΥΠΕ)	62
Εικόνα 7 Χρονολογική Σειρά Κρουσμάτων ανά εκ. πληθυσμού (πηγή: 1η ΥΠΕ-Παρατηρητήριο John Hopkins)	63
Εικόνα 8 Χρονολογική Σειρά Θανάτων ανά εκ. πληθυσμού (πηγή: 1η ΥΠΕ-Παρατηρητήριο John Hopkins)	63
Εικόνα 9 Πλήθος Νοσηλευόμενων στην Επικράτεια vs. 1η Υ.ΠΕ. (πηγή: 1η ΥΠΕ)	64
Εικόνα 10 Αναλογία Κλινών ΜΕΘ ανά 100,000 πληθυσμό (προ Covid-19) (πηγή: IOBE)	65
Εικόνα 11 Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό σε ΜΕΘ ανά χώρα για το 2018 (πηγή: IOBE)	72
Εικόνα 12 Ιατρονοσηλευτική Στελέχωση ανά χώρα (πηγή OECD - State of Health in EU, 2021)	73
Εικόνα 13 Αναλογία Νοσηλευτικού Προσωπικού/κλίνη ΜΕΘ Covid-19 ανά Υ.ΠΕ. (πηγή: iMedD Lab)	76
Εικόνα 14 Κατανομή Κλινών ΜΕΘ/ΜΑΦ ανά Νοσοκομείο κατόπιν των δωρεών	86
Εικόνα 15 Υφιστάμενη Κατάσταση Κλινών ΜΕΘ/Ποσοστό αύξησης κλινών μετά δωρεάς (πηγή: 1η ΥΠΕ)	94
Εικόνα 16 Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού Πολυδύναμης ΜΕΘ ανά σχέση εργασίας (πηγή: 1η ΥΠΕ)	95
Εικόνα 17 Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού Πολυδύναμης ΜΕΘ (πηγή: 1η ΥΠΕ)	95
Εικόνα 18 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού Πολυδύναμης ΜΕΘ (πηγή: 1η ΥΠΕ)	96
Εικόνα 19 Σύνολο ιατρικού Προσωπικού ανά φύλο (πηγή: 1η ΥΠΕ)	96
Εικόνα 20 Σύνολο Νοσηλευτικού προσωπικού σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)	97
Εικόνα 21 Ποσοστό Νοσηλευτικού προσωπικού ανά σχέση εργασίας σε νέα ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)	97
Εικόνα 22 Κάλυψη Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά κλίνη σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)	98
Εικόνα 23 Ποσοστό Αύξησης Κλινών ΜΕΘ ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)	102
Εικόνα 24 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού σε ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	102
Εικόνα 25 Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού ανά φύλο	103

Εικόνα 26 Κάλυψη Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	103
Εικόνα 27 Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	104
Εικόνα 28 Ποσοστό Αύξησης κλινών ΜΕΘ Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)	107
Εικόνα 29 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»	108
Εικόνα 30 Ιατρικό Προσωπικό ανά φύλο	108
Εικόνα 31 Κάλυψη Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»	109
Εικόνα 32 Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά σχέση εργασίας	110
Εικόνα 33 Αύξηση κλινών ΜΕΘ Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" μετά δωρεάς	113
Εικόνα 34 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	116
Εικόνα 35 Ιατρικό Προσωπικό ανά φύλο	116
Εικόνα 36 Κάλυψη νοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	117
Εικόνα 37 Νοσηλευτικό προσωπικό ανά φύλο	117
Εικόνα 38 Κλίνες Εντατικής Θεραπείας ανά 100,000 πληθυσμό (στοιχεία 2020)	126
Εικόνα 39 Πραγματική δύναμη κλινών ΜΕΘ 7/2019 - 10/2022 (πηγή δεδομένων: BI Forms)	127

Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1 Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ ανά κατηγορία (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)	29
Πίνακας 2 Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)	29
Πίνακας 3 Αριθμός Εργαζομένων σε ΚΥ, ΤΟΜΥ, ΠΙ & ΤΙ ανά ΥΠΕ το 2021 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)	31
Πίνακας 4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2021)	31
Πίνακας 5 Δομές χωρικής αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής	36
Πίνακας 6 Νοσοκομεία/Οργανικές Κλίνες 1ης ΥΠΕ (πηγή: BI Forms)	39
Πίνακας 7 Καταγραφή Προσωπικού ανά σχέση εργασίας (στοιχεία ΔΑΑΔ, 1η ΥΠΕ Αττικής)	40
Πίνακας 8 Ανθρώπινο Δυναμικό Κεντρικής Υπηρεσίας 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής	41
Πίνακας 9 Δείκτης Θνητότητας (%) στοιχεία ΕΟΔΥ, Παρατηρητήριο John Hopkins	60
Πίνακας 10 Μεταβολή κλινών ΜΕΘ (2019/2022) ανά ΥΠΕ (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)	66
Πίνακας 11 Μεταβολή Κλινών ΜΕΘ 2020/2022 ανά ΥΠΕ (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)	66
Πίνακας 12 Συγκεντρωτικά Στοιχεία Χρονολογικής Απεικόνισης Κλινών ΜΕΘ Non Covid- 19 και Covid-19 1ης Υ.ΠΕ. (πηγή: 1η ΥΠΕ)	67
Πίνακας 13 Σύνολο Προσωπικού ΜΕΘ 2020/2022 (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)	71

Πίνακας 14 Υπηρετούν Προσωπικό σε ΜΕΘ ανά κλάδο (πηγή: ΒΙ Forms, Υπουργείο Υγείας)	72
Πίνακας 15 Αναλυτικά Στοιχεία Κλινών ΜΕΘ & Προσωπικού (Ιατρικού, Νοσηλευτικού) ανά νοσοκομείο – Οκτώβριος 2022 (πηγή: 1η ΥΠΕ Αττικής)	74
Πίνακας 16 Στοιχεία Θανάτων σε Κλίνες ΜΕΘ Covid-19 & Non Covid-19 (από 26/5/2021) (πηγή: 1η Υ.ΠΕ.)	78
Πίνακας 17 Χρονοδιάγραμμα δωρεών ΙΣΝ σε Νοσοκομεία (πηγή: ΙΣΝ)	90
Πίνακας 18 Προϋπολογισμός Έργου ΜΕΘ Γ.Ν.Α « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».	100
Πίνακας 19 Εξέλιξη Κλινών ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	101
Πίνακας 20 Προϋπολογισμός Έργου ΜΕΘ Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ"	105
Πίνακας 21 Υφιστάμενες & Νέα ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»	106
Πίνακας 22 Επισκεψιμότητα Γ.Ν.Α.»ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	112
Πίνακας 23 Προϋπολογιστικό Έργο ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	114
Πίνακας 24 Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές ανά Νοσοκομείο 1ης Υ.ΠΕ.	118

Πρόλογος

Άρθρα **18,19** παρ.2,1 του **N. 4622/2019** (ΦΕΚ Α' 133/07-08-2019) περί «*Επιτελικού Κράτους: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης*»:

«Αποστολή της Κεντρικής Δημόσιας Διοίκησης είναι η εκτέλεση και διαφύλαξη των επιταγών του Συντάγματος και των νόμων, η προστασία του δημοσίου συμφέροντος, η μέριμνα για την παροχή ποιοτικών δημοσίων υπηρεσιών στην κοινωνία...»

«Η Κεντρική Δημόσια Διοίκηση για την εκπλήρωση της αποστολής της, λειτουργεί βάσει των αρχών της καλής διακυβέρνησης και της χρηστής διοίκησης, ιδίως δε τις αρχές της νομιμότητας, της διαφάνειας και λογοδοσίας, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας...»

Η προστασία της υγείας προβλέπεται στο αρ. 5 παρ. 2 του Συντάγματος που κατοχυρώνει το δικαίωμα στη ζωή⁴. Στο άρθρο 21 παρ.3 ορίζεται ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και προβλέπει την προστασία της νεότητας, του γήρατος και της περίθαλψης των απόρων. Τα παραπάνω θεμελιώδη αξιώματα εξασφαλίζουν την αξιοπρέπεια ενός κοινωνικού όντος, στα οποία στηρίζεται το πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η επιδημική έξαρση της νόσου Covid-19 (SARS-CoV-2) που κηρύχθηκε πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στις 11 Μαρτίου 2020 προκάλεσε πολλά ερωτήματα ως προς την λειτουργία, την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα και έθεσε σε προβληματισμό τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Το σημαντικότερο για τη χώρα μας η οποία προσπαθεί ακόμη να ανακάμψει από μια βαθιά δεκαετή κοινωνικοοικονομική κρίση, είναι η αναγνώριση του διαχρονικού προβλήματος της έλλειψης κλινών εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), η οργάνωση των οποίων αποτελεί ένα πολύ σύνθετο «παζλ». Αδήριτη λοιπόν η ανάγκη για διαθεσιμότητα σε κλίνες ΜΕΘ, οι οποίες επωμίζονται το βάρος και την αυξημένη ζήτηση νοσηλείας και θεραπείας ασθενών, κυρίως άνω των 60 ετών, που προσβλήθηκαν από τη νόσο, καθώς και όσων πάσχουν από υποκείμενα νοσήματα και αναπτύσσουν βαριά πνευμονία.

Συνεπώς έχει ιδιαίτερη αξία να διερευνήσουμε αν υπήρξε επιχειρησιακός σχεδιασμός και πρόγραμμα για την οργάνωση και λειτουργία των κλινών ΜΕΘ και αν επιτεύχθηκε η αυξημένη ζήτησή τους. Περαιτέρω να διερευνήσουμε την υπάρχουσα υποδομή και επάρκεια, καθ' όσον

⁴ Μάνεσης Α., Συνταγματικά δικαιώματα, τ. 1: Ατομικές ελευθερίες, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1981, σ. 22-23.

μεγάλο πλέον ποσοστό των μακρά νοσηλευόμενων ασθενών αντιμετωπίζεται επιτυχώς στα τμήματα αυτά με τη συνδρομή της υψηλής τεχνολογίας, τις επεμβατικές μεθόδους, την προηγμένη φαρμακολογία και τη συνεχή νοσηλευτική παρακολούθηση⁵. Επίσης πρόδηλο είναι πως οι καθημερινές ανάγκες των βαρέως πασχόντων απαιτούν εξειδικευμένο και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό), το οποίο θα κληθεί να διαχειριστεί αφενός πρωτόγνωρες καταστάσεις όπως η πανδημία και αφετέρου ευαίσθητες που επιτάσσουν τη διαχείριση της βουβής επιθυμίας για ζωή. Άλλωστε και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορθά σημειώνει ότι *«η καρδιά του συστήματος υγείας είναι το ανθρώπινο δυναμικό & η επάρκεια υγειονομικού προσωπικού σε μια χώρα σώζει ανθρώπινες ζωές»*. Πόσο προετοιμασμένο είναι τελικά το Ε.Σ.Υ.; Η πανδημία προσέγγισε τα όρια των δυνατοτήτων του; Διασφαλίστηκε η πρόσβαση των χρηστών υγείας σε ΜΕΘ; Υπήρξαν περιστατικά που έχρηζαν άμεσης εισαγωγής και δεν τα κατάφεραν λόγω υπερκόλυψης;

Στο ερώτημα απαντούν εν μέρει στην παρούσα εργασία οι εκάστοτε δωρητές για τους οποίους η επείγουσα ανάγκη και η «νέα πραγματικότητα» επιτάσσουν την άμεση επέμβασή τους με απώτερο σκοπό τη διαφύλαξη του πιο πολύτιμου αγαθού, της ζωής. Ενθαρρυνόμενοι από απλοποιημένες διαδικασίες, διευρύνουν τη δράση τους πανελλαδικά στο χώρο της Υγείας μέσα από δωρεές, χορηγίες και επιχορηγήσεις στοχεύοντας στη διασφάλιση επάρκειας τέτοιων κλινών και στη λύση προβλημάτων που αναδύθηκαν. Παράλληλα, επιχειρείται η παράθεση της πραγματικής, εκ των έσω γεγεννημένης κατάστασης από τη σκοπιά των Διευθυντών των Πολυδύναμων αυτών μονάδων και πως εκείνοι έζησαν τις πρωτόγνωρες καταστάσεις. Αν και η μελέτη περιορίζεται στα γεωγραφικά όρια της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, ωστόσο επιτρέπει στον αναγνώστη να αντιληφθεί την παρούσα κατάσταση της εντατικής θεραπείας σε πανελλαδικό επίπεδο. Ταυτόχρονα, σκοπός του ερευνητή είναι να εισάγει ένα πρώτο βήμα για περαιτέρω προβληματισμό αναφορικά με την επάρκεια των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας του συστήματος αλλά και των «δομικών» συστατικών της, καθώς και να παρουσιάσει σκέψεις και προτάσεις προς περαιτέρω εξέταση από τους αρμόδιους φορείς με απώτερο στόχο τη δημιουργία ασφαλέστερου και πιο αξιόπιστου συστήματος υγείας.

Ειδικότερα, το διπλωματικό αυτό πόνημα επιμερίζεται σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος (Κεφάλαιο 1^ο, 2^ο, 3^ο) , εξετάζεται το θεωρητικό πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας και εξειδικεύεται η προσέγγιση στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, που αποτελεί και το επίκεντρο της έρευνας. Σαφής και η αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει το

⁵ Ρούσσος Χ. , Εντατική Θεραπεία, (2015)

Σύστημα Υγείας από τη γέννησή του. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που αποτελούν το κυριότερο ενδιαφέρον παρουσιάζονται σύμφωνα με τις αρχές που επιβάλλει η Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας και εξετάζονται ποιοτικά και ποσοτικά συναρτήσει της πανδημίας που έμελλε να πλήξει και τη χώρα μας. Εδώ επιχειρείται και η μελέτη των δωρεών της ιδιωτικής πρωτοβουλίας που αποτέλεσε τον μεγάλο ευεργέτη και κατοχύρωσε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για τον πολίτη. Το δεύτερο μέρος (Κεφάλαιο 4^ο) της εργασίας επικεντρώνεται στη παρουσίαση τεσσάρων Νοσοκομειακών μονάδων και των Πολυδύναμων ΜΕΘ που δημιουργήθηκαν εκ του μηδενός χάρη στις προαναφερόμενες δωρεές. Ενδιαφέρον μεγάλο προκύπτει εάν συγκριθεί η μελέτη με τα λεγόμενα των εποπτευόντων, των υπεύθυνων Διευθυντών των εν λόγω μονάδων. Το τρίτο και τελευταίο μέρος (Κεφάλαιο 5^ο), παρουσιάζει τα ερευνητικά αποτελέσματα και συνοψίζει τα ευρήματα της μελέτης. Με την ευχή η κατάθεση των προτάσεων της ερευνητικής εργασίας να πιάσει τόπο και να αποτελέσει ένα χρηστικό εργαλείο για μελλοντική, δημιουργική ανάπτυξη και εις βάθος μελέτη νέων σπουδαστών και ερευνητών...

Βασικές Συντομογραφίες

ΜΕΘ	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
Γ.Ν.Α.	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
Γ.Ν.Ν.Θ.Α.	Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Υ.Υ.Κ.Α	Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Υ.ΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
Δ.Υ.ΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Κ.Υ.	Κέντρα Υγείας
Τ.Ι.	Τοπικά Ιατρεία
Π.Ι.	Περιφερειακά Ιατρεία
Τ.ΟΜ.Υ.	Τοπικές Ομάδες Υγείας
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ε.Ο.Φ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Φ.Κ.Α	Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.	Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΙΔΑΧ	Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου

ΙΔΟΧ	Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου
ΚΕ.Σ.Υ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Κ.Α.Α	Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας
Ε.Ε.Ε.Θ	Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας
Τ.Ε.Θ	Τμήμα Εντατικής Θεραπείας
Κ.Α.Τ	Κέντρο Αποκατάστασης Τραυματιών
ΙΣΝ	Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
IOBE	Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ALOS	Μέση Διάρκεια Διαμονής
ICU-AW	Νευρομυϊκή Αδυναμία
ESICM	Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας
ICU	Intensive Care Unit
SARS-CoV2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

Κεφάλαιο 1^ο

1.1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ιδρύεται στις 7 Οκτωβρίου 1983 με τον Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ.Α' /7-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας» στο πλαίσιο μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Σκοπός του είναι η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στη χώρα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Σύμφωνα με τα αρ. 1,2,3 «Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να παρέχονται απρόσκοπτα και ισότιμα σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας». Αιχμή του συστήματος αποτελεί η διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες, σε κάθε μία από τις οποίες συνίσταται Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ), η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Πρόκειται για ένα συγκεντρωτικό μοντέλο μικτού συστήματος υγείας, με κύριο πυλώνα στήριξης τον δημόσιο τομέα και επικουρικό τον ιδιωτικό, ιδιαίτερα σε διαγνωστικό επίπεδο και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αντίστοιχα, συνδυάζει έναν ενιαίο φορέα ασφάλισης υγείας ο οποίος εισπράττει εισφορές, με σημαντική χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Υιοθετείται το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, που αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας και έχει ρίζες τόσο στο μοντέλο του Beveridge όσο και του Bismarck. Στόχος είναι η καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με πρότυπο οργάνωσης το αγγλοσαξονικό μοντέλο, ωστόσο υιοθετείται μερικώς, λόγω πολιτικών και ιστορικών συνθηκών, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων⁶. Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί το πρόβλημα ανισοκατανομής των δομών, αλλά και κλινών, κλινικών, εργαστηρίων και προσωπικού, οι οποίες φανερώνουν αναποτελεσματικές μορφές διοίκησης, και είναι ζητήματα τα οποία κατατάσσουν το ΕΣΥ σε αναχρονιστικό μοντέλο υγειονομικού συστήματος⁷.

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που συστήθηκε από τον ν. 3918/2011 – ΦΕΚ Α' 31/2.3.2011 και λειτουργεί από τη 1η Ιανουαρίου 2012 διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας και αγοράζει χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο υπηρεσίες υγείας τις οποίες παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει επίσης συμβάσεις με

⁶ Διαδίκτυο: <https://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf>

⁷ Μόσιαλος Η., Ομάδες συμφερόντων κι η μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, 2007

ιδιώτες παρόχους, κυρίως για την παροχή πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και διαγνωστικών υπηρεσιών. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος⁸.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

1. Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
2. Το Υ.Υ. είναι ο κύριος υπεύθυνος ανάπτυξης των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
3. Οι υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (Υ.Π.Ε).
4. Η Π.Φ.Υ παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς, από Κ.Υ και Π.Ι.
5. Παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας από τα πανεπιστημιακά ή γενικά νοσοκομεία.
6. Οι νοσοκομειακοί ιατροί είναι έμμισθοι, ενώ οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται κατά πράξη.
7. Η αποζημίωση των νοσοκομείων χρηματοδοτείται από κρατικά φορολογικά έσοδα και από τις πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών⁹.

Νομοθετικό/Ιστορικό Χρονολογικό

- I.1833 – Καθιέρωση θεσμού «νομιάτρου» (σημερινές αρμοδιότητες ιατροδικαστή)
- II.1834 – Ίδρυση Ιατροσυνεδρίου
- III.1826 – Ίδρυση πρώτου Νοσοκομείου – Πολιτικό Νοσοκομείο & πρώτου δημόσιου ταμείου ασφάλισης – Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο. Επίσης, ίδρυση Ταμείου Συντάξεων Δημοσίων Υπαλλήλων
- IV.1910-1915 – Ν. 3934/1911 περί ασφάλισης εργαζομένων, Ν.281/1914 περί επιδόματος τοκετού, Ν. 551/1915 περί αποζημίωσης εργατικού ατυχήματος
- V.1922 – Ίδρυση Υπουργείου Υγιεινής & Πρόνοιας
- VI.1934 – Ν.2592 περί Ιδρύσεως Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)
- VII.1937 – Ν.965 περί Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων – Ν.Π.Δ.Δ.
- VIII.1953 – Ν. 2592 καθιερώνεται η αποκέντρωση του συστήματος με τις μονάδες υγείας να υπάγονται στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας – κατανομή νοσοκομειακών κλινών
- IX.1983 – Ν.1316 ίδρυση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας, Κρατικής Φαρμακαποθήκης

⁸OECD, State of Health in the EU-Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2021

⁹ Φιλαλήθης Α. Κοινωνία και Υγεία – Οργάνωση Υπηρεσιών, Μοντέλα Συστημάτων Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης & Μπατάκης Δ. Σύγκριση πολιτικών υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2016.

X.1983 – Ν. 1397 Εθνικό Σύστημα Υγείας, Κέντρα Υγείας, 80 ασφαλιστικά ταμεία υγείας με 6 κλίνες /1000 κατοίκους και 103 υγειονομικούς/100.000 κατοίκους

XI.2001 - Ν.2889/2001 Συγκρότηση 16 Υγειονομικών Περιφερειών με υπαγωγή στο ΠΕΣΥ (Περιφερειακό Σύστημα Υγείας)

XII.2005 - Ν.3329/2005 Συγχώνευση Περιφερειών σε 7

XIII.2014 - Ν.4238/2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)

XIV.2017- Ν.4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

XV.2022 – Ν.4999/2022 Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις Ιατρών.

Δομή ΕΣΥ στην Ελλάδα

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, το ΕΣΥ αποτελείται από επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.): Αττικής, Πειραιώς και Αιγαίου, Μακεδονίας, Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος, και Κρήτης, οι οποίες διοικούν τρεις (3) βαθμούς Φροντίδων Υγείας (Α΄, Β΄ και Γ΄). Με τη θέσπιση των Ν. 4238/2014 & 4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.

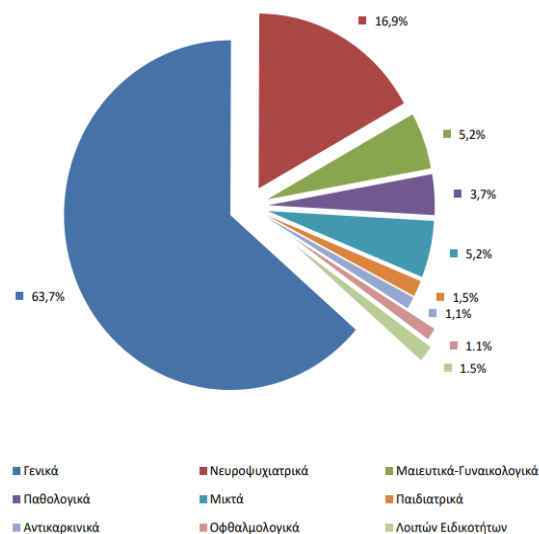


Εικόνα 1 Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδας

Αναφορικά με τα Νοσοκομεία και σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας απογραφικής έρευνας Θεραπευτηρίων έτους 2021 της ΕΛΣΤΑΤ, ο αριθμός των νοσοκομείων μειώθηκε από 270 μονάδες το 2020 σε 267 μονάδες το 2021 (1,1%). Με βάση το νομικό καθεστώς τους, το μεγαλύτερο ποσοστό (52,1%) των νοσοκομείων κατά το 2021 ήταν ιδιωτικές κλινικές.

Όσον αφορά στην ποσοστιαία κατανομή των νοσοκομείων στις Περιφέρειες της χώρας κατά το έτος 2021, τα περισσότερα νοσοκομεία (32,7% του συνόλου των νοσοκομείων της χώρας) βρίσκονταν στην Περιφέρεια της Αττικής, με δεύτερη σε ποσοστό την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (15,7%) και τρίτη τη Θεσσαλία (12%). Το μικρότερο ποσοστό νοσοκομείων παρατηρήθηκε στις Περιφέρειες Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Βορείου Αιγαίου και Νοτίου Αιγαίου, όπου τα νοσοκομεία συνολικά στις τέσσερις προαναφερθείσες Περιφέρειες αντιστοιχούν στο 7,4% του συνόλου¹⁰.

Εικόνα 2 Νοσοκομεία κατά ειδικότητα 2021 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)



Αντίστοιχα, οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ (Απογραφή 2022)¹¹ αποτυπώνονται ως εξής:

Πίνακας 1 Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ ανά κατηγορία (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

	Κέντρα Υγείας*	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες	ΤΟΜΥ
2020	308	1427	93	49	220	10	127
2021	310	1432	95	52	220	10	127

*Περιλαμβάνονται και οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν. 4486/2017 μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας

Πίνακας 2 Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

	2020	2021
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	31	31
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*	17	17
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	23	23
Σύνολο	71	71

*Υβριδικός τύπος δομής που απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και εφήβους

Η Δομή του ΕΣΥ σε όρους Ανθρώπινου Δυναμικού

Για τον «πολυτιμότερο πόρο των κοινωνιών» και «το σημαντικότερο περιουσιακό στοιχείο των συστημάτων υγείας» οι περισσότερες εγχώριες μελέτες υπογραμμίζουν την υψηλή αναλογία

¹⁰ ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/documents/20181/a573ebdf-a11f-a2e1-9263-0db698c75880>

¹¹ ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/documents/20181/01441a6a-7027-b079-6158-b263b4fbecad>

ιατρών και ιδίως ειδικών ιατρών ανά κάτοικο στη χώρα, η οποία συνυπάρχει με την χαμηλή πληθυσμιακή πυκνότητα γενικών ιατρών και νοσηλευτών συγκριτικά με τους διεθνείς μέσους όρους, με υπερσυγκέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα λόγω ζήτησης υπηρεσιών υγείας και όχι πραγματικών αναγκών υγείας περιφερειακών ή τοπικών πληθυσμών¹².

Το 2019 – πριν τη πανδημία – σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ εργάζονταν στα Νοσοκομεία της χώρας 102.130 εργαζόμενοι (79,3% σε νοσοκομεία του ΕΣΥ – ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ εποπτευόμενα από το Υ.Υ.). Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ το 24% ήταν ιατροί, 43,5% νοσηλευτές και 32,5% λοιπό προσωπικό. Με την έναρξη της οικονομικής κρίσης από το 2009 το ΕΣΥ απώλεσε περί το 20% του νοσοκομειακού προσωπικού (μνημονιακές δεσμεύσεις, δημοσιονομική προσαρμογή με απόλυση συμβασιούχων, πάγωμα προσλήψεων και συνταξιοδότηση μόνιμου προσωπικού). Το υγειονομικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με μισθολογική απαξίωση, burnout και επιδείνωση συνθηκών εργασίας που οδηγεί σε φυγή-μετανάστευση σε χώρες Ευρωπαϊκού Βορρά και ΗΠΑ (3,137 απόφοιτοι ελληνικών ιατρικών σχολών μεταναστεύουν). Το 2019 οι απόφοιτοι ελληνικών ιατρικών σχολών που εργάζονται στο εξωτερικό ξεπέρασε του 6,800¹³.

Το Δεκέμβριο του 2022 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ το 23% των εργαζομένων είναι ιατροί, το 45% νοσηλευτές και το 32% λοιπό προσωπικό. Κατά τη χρονική περίοδο 2019-2022 το προσωπικό αυξάνεται περί 9,4% με τη πλειονότητα αυτού να αφορά νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Στο σύνολο του ιατρικού προσωπικού το 49% είναι μόνιμοι ιατροί, το 41% ειδικευόμενοι & εξειδικευόμενοι ιατροί (συμβασιούχοι) και το 9% επικουρικοί ιατροί (μονοετείς συμβάσεις). Το 2022 βρίσκει τη χώρα μας να αριθμεί σε 7,8 εργαζομένους (όλων των κατηγοριών) στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά 1,000 κατοίκους¹⁴.

Αντίστοιχα το προσωπικό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ήτοι τα Κέντρα Υγείας, τα Τοπικά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία (πολυδύναμα και ειδικά) και τις Τ.Ο.Μ.Υ., για το έτος 2021 ανά Υγειονομική Περιφέρεια, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ καταγράφεται κατωτέρω:

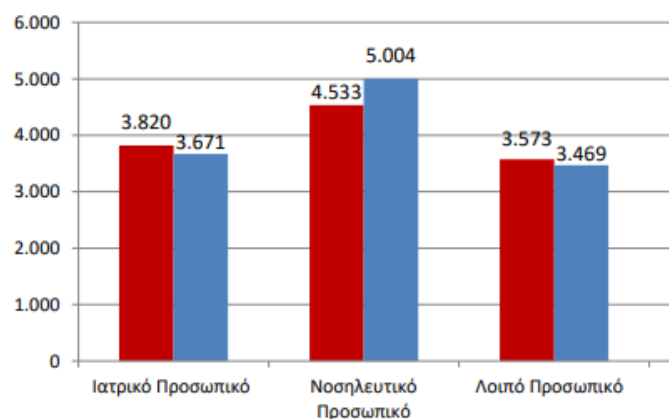
¹² ΚΕΠΥ, Η εξέλιξη του υγειονομικού προσωπικού στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας, Policy Report 2023.1, Θεσσαλονίκη, 2023

¹³ Russo G et al., The impact of economic recessions on health workers: a systematic review and best-fit framework synthesis of evidence from the last 50 years, Health Policy Plan, 2021;36:542-51

¹⁴ ΚΕΠΥ, Κριτική αποτίμηση της ετοιμότητας και των πολιτικών αντιμετώπισης της πανδημίας του νέου κορωνοϊού: διεθνής και ελληνική εμπειρία, Policy Report 2020.2, Θεσσαλονίκη, 2020

Πίνακας 3 Αριθμός Εργαζομένων σε ΚΥ, ΤΟΜΥ, ΠΙ & ΤΙ ανά ΥΠΕ το 2021 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Σύνολα ανά Υ.Π.Ε.
1η ΥΠΕ (Αττικής)	1.356	818	829	3.003
2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	1.071	695	739	2.505
3η ΥΠΕ (Μακεδονίας)	675	655	476	1.806
4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)	691	848	635	2.174
5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)	774	781	569	2.124
6η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)	1.002	1.099	1.184	3.285
7η ΥΠΕ (Κρήτης)	511	264	245	1.020
Σύνολα	6.080	5.160	4.677	15.917



Εικόνα 3 Γραφική Απεικόνιση Προσωπικού ΚΥ 2020-2021 (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στα Κέντρα Υγείας παρουσίασε μείωση κατά 3,9% το 2021 σε σχέση με το 2020, στο σύνολο της χώρας, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε το 2021 σε σχέση με το 2020 κατά 10,4% στο σύνολο της χώρας. Το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, παρουσίασε μείωση το 2021 σε σχέση με το 2020 κατά 2,9% στο σύνολο της χώρας.

Χρηματοδότηση – Δαπάνες Υγείας

Ιστορικά, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ τα εκτεταμένα μέτρα συγκράτησης του κόστους και αποδοτικότητας που θεσπίστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009 οδήγησαν σε απότομες μειώσεις. Από το 2015 η τάση αυτή έχει αντιστραφεί, με μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις των δαπανών.

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω της νόσου COVID-19 είχε επίσης ως αποτέλεσμα τη χορήγηση πρόσθετης χρηματοδότησης το 2020 για τη στήριξη του τομέα της υγείας. Το 2019 η Ελλάδα διέθεσε 8,2 % του ΑΕΠ στην υγεία σε σύγκριση με 9,9 % που διατέθηκε στο σύνολο της ΕΕ. Η συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών

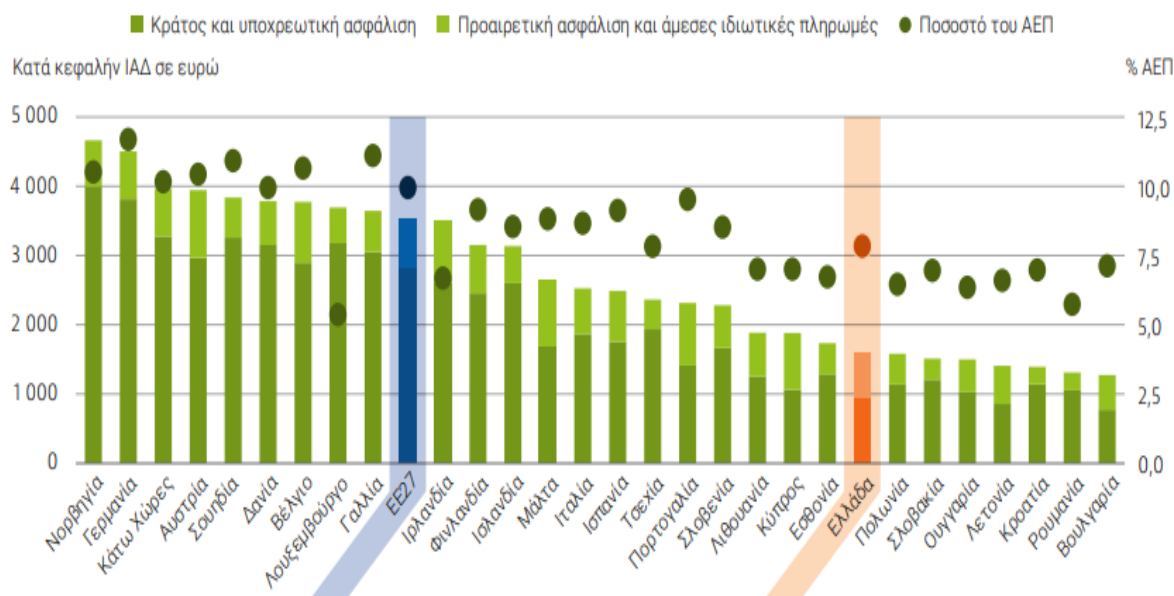
Πίνακας 4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2021)

Έτος	Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2017	8,14%
2018	8,12%
2019*	8,20%
2020*	9,50%
2021	9,17%

Υγείας παρουσίασε αύξηση κατά 6% το 2021 σε σχέση με την χρηματοδότηση των δαπανών του έτους 2020. Ειδικότερα, η συμβολή του δημόσιου τομέα στην συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας αυξήθηκε κατά 0,3% μεταξύ των ετών 2020-2021. Αντίθετα, η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας μειώθηκε κατά 0,2% το ίδιο διάστημα¹⁵.

Η χρηματοδότηση από το δημόσιο ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στην χώρα μας αποτέλεσε το 60% το 2019, σημαντικά χαμηλότερη από τον μέσο όρο στην ΕΕ (80 %). Αυτό σημαίνει ότι ένα πολύ μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την υγεία προέρχεται από τα νοικοκυριά (35 %) με τη μορφή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών —οι οποίες συνίστανται κυρίως σε συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη και οδοντιατρική περίθαλψη.

Ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, το 44 % των συνολικών δαπανών διατέθηκαν για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Σχεδόν 30 % των κονδυλίων δαπανήθηκαν για φάρμακα και ιατρικά είδη που διατίθενται στη λιανική αγορά, ποσοστό που είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (18 %) και αντικατοπτρίζει εν μέρει τις υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές από τα νοικοκυριά. Οι πόροι που διαθέτει η Ελλάδα για τη μακροχρόνια φροντίδα είναι συγκριτικά χαμηλοί —μόλις 1,7 % των συνολικών δαπανών σε σύγκριση με το πολύ υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 16,3 % στην ΕΕ —ενώ οι δαπάνες για την προληπτική φροντίδα (1,4 %) είναι από τις χαμηλότερες (ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι 2,9 %)¹⁶.



Εικόνα 4 Κατά Κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα συγκριτικά με ΕΕ (πηγή: ΟΟΣΑ-στοιχεία 2019)

¹⁵ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/documents/20181/7ad09a92-359c-d6bc-5a8b-038ac01faee0>

¹⁶OECD, State of Health in the EU-Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2021

COVID-19 - Χρηματοδότηση

Το 2020 διατέθηκε πρόσθετη χρηματοδοτική στήριξη συνολικού ύψους 785 εκατ. ευρώ για την κάλυψη του κόστους της πανδημίας στην Ελλάδα. Περίπου 640 εκατ. ευρώ δεσμεύτηκαν για τη συνολική αντιμετώπιση της νόσου COVID-19, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης από προγράμματα της ΕΕ. Επιπλέον, εγκρίθηκαν και διατέθηκαν 85 εκατ. ευρώ για τις αμοιβές του ιατρικού προσωπικού έκτακτης ανάγκης και περαιτέρω 60 εκατ. ευρώ για ιατρικό εξοπλισμό και για τη λειτουργία μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης υλοποιήθηκε επίσης με τη μορφή δωρεών σε χρήμα και σε είδος, συνολικού ύψους 128 εκατ. ευρώ, τον Νοέμβριο του 2020¹⁷.

Για το 2021 σύμφωνα με τον κρατικό προϋπολογισμό, στο Ε.Σ.Υ. δόθηκαν 4.256.596.000 €¹⁸. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) σε έκθεση του το 2000 κατέταξε το ΕΣΥ δεκατοτέταρτο (14ο) παγκοσμίως στη μετρική παράμετρο «γενική επίδοση συστήματος υγείας» ("overall health system performance")¹⁹ ενώ σύμφωνα με τον Δείκτη Υγείας του περιοδικού CEO World για την συνολική ποιότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο (υποδομές, στελέχωση, εκπαίδευση προσωπικού, προσβασιμότητα, διαθεσιμότητα φαρμάκων, ετοιμότητα κυβερνήσεως) κατατάσσεται 41^η ως προς το δείκτη ευημερίας και 26^η ως προς την απόδοση του συστήματος υγείας (με πρώτη τη Ν. Κορέα, 2^η την Ταιβάν, 3^η τη Δανία, 4^η την Αυστρία)²⁰.

Ο νοσοκομειακός τομέας

Οι υπηρεσίες και οι δομές υγείας συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές. Πριν από την πανδημία υπήρχαν, κατά μέσο όρο, 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους — πολύ κάτω από τις 5,3 κλίνες που ήταν η αναλογία στην ΕΕ συνολικά. Τα ποσοστά νοσοκομειακών κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας (που επί του παρόντος πλησιάζει τον

¹⁷OECD, State of Health in the EU-Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2021

¹⁸ Κρατικός Προϋπολογισμός,

<https://www.minfin.gr/documents/20182/14940417/%CE%9A%CE%A1%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A3+%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A0%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3+2021.pdf/90427c6f-d2a2-421e-9c87-6e5d5685b9fe>

¹⁹ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1.1.13. <https://www.who.int/news/item/07-02-2000-world-health-organization-assesses-the-world's-health-systems>

²⁰World Population, <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>

μέσο όρο των 7,4 ημερών της ΕΕ) έχουν παραμείνει σχετικά σταθερά από το 2013²¹. Περίπου το 65% των κλινών είναι στον δημόσιο τομέα και το 35% στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειοψηφία των ιδιωτικών κλινικών είναι μικρές ή μεσαίες γενικές, μαιευτικές/γυναικολογικές ή ψυχιατρικές δομές με λιγότερες από 100 κλίνες, μικρό αριθμό ασθενών και χαμηλά ποσοστά στελέχωσης ανά τύπο προσωπικού²².

²¹OECD, State of Health in the EU-Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2021

²² Διανέοσις, Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας, Νοέμβριος 2021

1.2. Η 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής (1^η Υ.ΠΕ.)

Σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ.Α'/04.04.2005) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει «*Η Επικράτεια διαιρείται στις ακόλουθες επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες: Α. Την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υγειονομικής Περιφέρειας Α' Αττικής, από την Υγειονομική Περιφέρεια Β' Αττικής. Έχει έδρα την Αθήνα, ασκεί το σύνολο των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών Α' Αττικής και Β' Αττικής και περιλαμβάνει τις Περιφερειακές Ενότητες Κεντρικού Τομέα Αθηνών, Νοτίου Τομέα Αθηνών, εκτός της Δημοτικής Ενότητας Μοσχάτου, Βορείου Τομέα Αθηνών και Ανατολικής Αττικής, εκτός του Δήμου Βάρης-Βούλας Βουλιαγμένης...*».

Ο νόμος επιφόρτισε τις ΔΥΠΕ με **επιτελικά καθήκοντα** άρα σκοπός της Διοίκησης 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, όπως και των υπολοίπων Περιφερειών, είναι:

α) Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ). Ως Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

(1) Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας

(2) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης,

β) Η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους.

γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με τις διατάξεις των Ν. 4238/2014 περί «Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγής σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπών διατάξεων» & Ν. 4486/2017 περί «Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επειγουσών ρυθμίσεων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλων διατάξεων» προστίθενται και τα **καθήκοντα του παρόχου υπηρεσιών υγείας** στις ΔΥΠΕ.

.

Γενικότερο Νομικό Πλαίσιο Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών - 1^η ΥΠΕ Αττικής

- Ν. 3868/2010: Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας.
- Ν. 3580/2007: Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις.
- Ν. 3527/2007: Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.
- Ν. 3329/2005: Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ).
- Ν. 2889/2001: Βελτίωση και εκσυγχρονισμός το Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
- Ν. 3172/2003: Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις.
- Ν. 3106/2003: Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.
- Ν. 2955/2001: Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠΕΣΥ και άλλες διατάξεις.

Αποκεντρωμένες Δομές & Δομές Αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής

Οι αποκεντρωμένες δομές και οι δομές αρμοδιότητας 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής επιμερίζονται α) στη **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**, η οποία περιλαμβάνει τα **Κέντρα Υγείας**, τα **Τοπικά και Περιφερειακά Ιατρεία** και τις **Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.)** και β) τα **Νοσοκομεία** που προσφέρουν υπηρεσίες Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τις **Ψυχιατρικές Δομές**. Τα αναφερόμενα συνοψίζονται στους παρακάτω Πίνακες συγκεντρωτικά:

Πίνακας 5 Δομές χωρικής αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ: 35	Τ.Ι. & Π.Ι.: 26
Κέντρο Υγείας Αγίας Παρασκευής	Τοπικό Ιατρείο Χολαργού
Κέντρο Υγείας Αγίου Στεφάνου	Τοπικό Ιατρείο Ταύρου
Κέντρο Υγείας Αθήνας	Τοπικό Ιατρείο Αργυρούπολης
Κέντρο Ειδικής Φροντίδας - Οδοντιατρικό Κέντρο Λένορμαν	Τοπικό Ιατρείο Αλίμου
Κεντρικό Διαγνωστικό Εργαστήριο Αθηνών	Τοπικό Ιατρείο Ύμητου
Πολυϊατρεία Αττικής (τέως ΤΥΔΑ)	Τοπικό Ιατρείο Π. Φαλήρου

Κέντρο Διάγνωσης & Ιατρικής της Εργασίας	Τοπικό Ιατρείο Νέας Σμύρνης
Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής	Περιφερειακό Ιατρείο Αναβύσσου
Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας	Τοπικό Ιατρείο Σκάλας Ωρωπού
Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου	Τοπικό Ιατρείο Παιανίας
Κέντρο Υγείας Αχαρνών	Περιφερειακό Ιατρείο Περιγαλίου
Κέντρο Υγείας Βύρωνα 1ο	Περιφερειακό Ιατρείο Λεγεραιών
Κέντρο Υγείας Βύρωνα 2ο	Ιατρεία Κερατέας
Κέντρο Υγείας Γαλατσίου	Τοπικό Ιατρείο Ηρακλείου
Κέντρο Υγείας Γλυφάδας	Τοπικό Ιατρείο Περισσού
Κέντρο Υγείας Δάφνης	Τοπικό Ιατρείο Μεταμόρφωσης
Κέντρο Υγείας Ζωγράφου	Τοπικό Ιατρείο Βριλησίων
Κέντρο Υγείας Ηλιούπολης	Τοπικό Ιατρείο Κάτω Χαλανδρίου
Κέντρο Υγείας Καλλιθέας	Τοπικό Ιατρείο Ψυχικού
Κέντρο Υγείας Καλυβίων - Θορικού	TOMY: 12
Κέντρο Υγείας Καπανδριτίου	1η TOMY Αγίου Δημητρίου
Κέντρο Υγείας Κεραμεικού	2η TOMY Αγίου Δημητρίου
Κέντρο Υγείας Κορωπίου	1η TOMY Αθήνας
Κέντρο Υγείας Λαυρίου	2η TOMY Αθήνας
Κέντρο Υγείας Μαρκοπούλου	3η TOMY Αθήνας
Κέντρο Υγείας Νέας Ιωνίας	1η TOMY Βύρωνα
Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης	1η TOMY Ζωγράφου
Κέντρο Υγείας Νέας Φιλαδέλφειας	2η TOMY Ζωγράφου
Κέντρο Υγείας Νέου Κόσμου	1η TOMY Νέας Ιωνίας
Κέντρο Υγείας Παγκρατίου	2η TOMY Νέας Ιωνίας
Κέντρο Υγείας Πατησίων	1η TOMY Νέας Φιλαδέλφειας - Νέας Χαλκηδόνας
Κέντρο Υγείας Πλατείας Αττικής	2η TOMY Νέας Φιλαδέλφειας - Νέας Χαλκηδόνας
Κέντρο Υγείας Ραφήνας	
Κέντρο Υγείας Σπάτων	
Κέντρο Υγείας Χαλανδρίου	

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: 23	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ: 16
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδών & Εφήβων του ΤΟΨΥΠΕ
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	Ξενώνας μέσης Νοσηλείας για Ψυχιατρικούς Ασθενείς Ενηλίκων «ΞΕΝΙΟΣ ΦΛΥΕΥΣ»
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	Ξενώνας Εφήβων «ΤΟ ΣΠΙΤΙ»
Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	Ξενώνας Προεφήβων & Εφήβων «Ο ΟΡΜΟΣ»
Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"	Κ.Ψ.Υ Χαλανδρίου Παιδοψυχιατρικό Τμήμα (Εξυπηρετεί παιδιά μέχρι 14 ετών) Τμήμα Ενηλίκων (εξυπηρετεί ενήλικους από 18 ετών και άνω)
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	Ξενώνας Βραχείας Παραμονής Ενηλίκων «ΕΣΤΙΑ»
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	Οικοτροφείο ενηλίκων με Αυτισμό στην Αν. Αττική «ΑΓΓΕΛΙΑ» (Ν. Μάκρη)-10 θέσεων (πρώην ΠΝΑ)

Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓ.Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	Οικοτροφείο Νέων Ενηλίκων με Βαριά Νοητική υστέρηση & Ψυχικές Διαταραχές «Το ΣΠΙΤΙ του ΉΛΙΟΥ»
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	Κέντρο Ψυχικής Υγείας με Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες Τμήμα παιδιών (εξυπηρετεί έως 18 ετών) Τμήμα Ενηλίκων (εξυπηρετεί από 18 ετών και άνω)
Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	Ξενώνας Βραχείας Παραμονής Ενηλίκων
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	ΚΚΨΥ Παγκρατίου (Ψυχιατρικό & Παιδοψυχιατρικό Τμήμα
Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	Ψυχιατρικός Ξενώνας
Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Αθηνών 5ου Τομέα (Αποκεντρωμένη Μονάδα) (πρώην Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	Κέντρο Ημέρας «ΕΘΜΑ» για άτομα με Αυτισμό (Π.Ψυχικό) (πρώην Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)
Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	Κέντρο Ημέρας «ΛΙΘΑΡΑΚΙ» για άτομα με Αυτισμό (Παπάγου) (πρώην Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)
Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"	Κοινοτικό Κέντρο 3ου ΤΟΨΥΠΕ – Λυκόβρυση (πρώην Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)
Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"	
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	
ΝΟΣ. ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"	
ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΓΥΡΟΙ"	
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	

Αξίζει να σημειωθεί ότι από το σύνολο των Νοσοκομείων ευθύνης της 1^{ης} ΥΠΕ τα έξι (6) τελούν υπό ειδικό καθεστώς, ήτοι κληροδοτήματα, συμμετοχή στη διοίκηση ιδρυμάτων όπως είναι οι Εκκλησιαστικοί Φορείς, Πανεπιστήμιο, Δήμος, κ.α. Επιπλέον, σύμφωνα με τα αρ. 32, 70 του Ν.3918/2011, του αρ. 66 του Ν.3984/2011, του αρ. 18 του Ν.3868/2010 και σχετικής απόφασης του Υπουργού Υγείας διενεργείται ενοποίηση Οργανισμών Νοσοκομείων και θεωρούνται ως Διασυνδεδεμένα τα εξής:

-Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» - Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
-Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»- Α.Ο.Μ. «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»
-Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ.Α. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» - ΠΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓ. ΕΛΕΝΗ»
-Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»-Γ.Ν.Μ. «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»-Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
-Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» - ΕΚΑ

Περαιτέρω, τα ανωτέρω Νοσοκομεία δύναται να κατηγοριοποιηθούν βάσει του αριθμού οργανικών κλινών τους και του φάσματος προσφερόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως κάτωθι:

Πίνακας 6 Νοσοκομεία/Οργανικές Κλινές 1ης ΥΠΕ (πηγή: BI Forms)

ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ		ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"	953
	Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	760
	Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	708
	Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"	580
	Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	572
	Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	500
	Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	492
	Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	450
	Γ.Ν.Α. "ΑΔΕΞΑΝΑΡΑ"	463
	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	696
	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	371
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	Γ.Ν.Ν.Ι. "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"	330
	ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	450
	ΝΟΣ. ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"	114
	Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	437
	ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	350
	Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"	270
	Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	196
	Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	170
	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	160
	ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	90
	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	47
	ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	33

1^η ΥΠΕ Αττικής σε αριθμούς - Ανθρώπινο Δυναμικό

(σύμφωνα με τα στοιχεία που τηρεί η 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής)

Παρακάτω παρατίθεται αριθμητικά η διαχρονική εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού στις δομές αρμοδιότητάς της (Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία) κατά κατηγορία και σχέση εργασίας για το χρονικό διάστημα 2019-2022:

Πίνακας 7 Καταγραφή Προσωπικού ανά σχέση εργασίας (στοιχεία ΔΑΑΔ, 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής)

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Νοσοκομείων & Κέντρων Υγείας αρμοδιότητας 1ης Υ.ΠΕ) ΕΤΗ:2019-2022															
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 1ΗΣ Υ.ΠΕ (ΙΑΤΡΙΚΟ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ /ΛΟΙΠΟ)															
ΣΥΝΟΛΟ				ΜΟΝΙΜΟΙ				ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ				ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ			
2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
19518	21481	24267	24387	15199	15563	16448	16139	1741	3318	4864	5249	2578	2600	2955	2999
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ 1ΗΣ Υ.ΠΕ (ΙΑΤΡΙΚΟ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ/ΛΟΙΠΟ)															
ΣΥΝΟΛΟ				ΜΟΝΙΜΟΙ				ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ				ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ			
2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
2812	2941	3288	3311	1981	2057	2045	2016	718	847	1216	1264	113	37	27	31
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 1ΗΣ Υ.ΠΕ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ& ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ)															
ΣΥΝΟΛΟ				ΜΟΝΙΜΟΙ				ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ				ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ			
2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
22330	24422	27555	27698	17180	17620	18493	18155	2459	4165	6080	6513	2691	2637	2982	3030

Όπως αποτυπώνεται από την ιστορικότητα των δεδομένων, το πλήθος του ανθρώπινου δυναμικού της 1^{ης} ΥΠΕ και ειδικότερα στην περίπτωση του μόνιμου ιατρικού προσωπικού, βαίνει αυξανόμενο ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της έξαρσης και έντασης της πανδημίας (2020-2021) γεγονός το οποίο δικαιολογείται από την ανάγκη στελέχωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (ανάληψη υπηρεσίας από παλιότερες προκηρύξεις – 2018, έκτακτη προκήρυξη 2020-2021, μετακινήσεις-μεταθέσεις από προσωπικό έτερων Υ.ΠΕ.) και συνάμα της υποχρέωσης αυτών για αντιμετώπιση της κρίσης. Το δημόσιο σύστημα υγείας οφείλει να μην αιφνιδιάζεται, αντιθέτως να μεριμνά, να προγραμματίζει και να φροντίζει για την αδιάλειπτη και απρόσκοπτη πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες του. Συναφώς δικαιολογείται και η μεγαλύτερη αύξουσα μεταβολή στη σχέση εργασίας ΙΔΟΧ λόγω των έκτακτων και μαζικών προσλήψεων με ταχύτατες διαδικασίες την εν λόγω περίοδο. Προβληματισμός ωστόσο τίθεται για την αντιθέτως μεταβαλλόμενη σχέση εργασίας, με την αύξηση των ευέλκτων για το Προϊστάμενο Υπουργείο σχέσεων εργασίας ορισμένου χρόνου και την ταυτόχρονη μείωση του μόνιμου και σαφώς πιο εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού.

Στα παραπάνω αριθμητικά στοιχεία προστίθεται και το διοικητικό προσωπικό που απασχολείται στην Κεντρική Υπηρεσία της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής που αριθμεί σε 200 υπαλλήλους, με όλες τις σχέσεις εργασίας (Μόνιμοι, ΙΔΑΧ, ΙΔΟΧ, ΣΟΧ, ωφελούμενοι ΟΑΕΔ). Οι αρμοδιότητες αφορούν στην υλοποίηση της νομοθεσίας του Υπουργείου Υγείας, την τήρηση και πιστή εφαρμογή των Υπουργικών Αποφάσεων και εγκύκλιων Οδηγιών στους Φορείς παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Νοσοκομεία) αλλά και στα Κέντρα Υγείας, ούσα η ίδια η Υγειονομική Περιφέρεια Πάροχος Υπηρεσιών Υγείας από το 2014 (ν.4238/14).

Πίνακας 8 Ανθρώπινο Δυναμικό Κεντρικής Υπηρεσίας 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ	ΜΟΝΙΜΟΙ	ΙΔΟΧ
ΓΡΑΦΕΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ/ΕΠΙΤΕΛΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ/ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ	7		5	2		5	2
Δ/ΝΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	3	1	2			3	
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	15	6	6	3		9	6
Δ/ΝΣΗ ΕΝΙΑΙΑΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	14	7	4	3		11	3
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	17	8	5	4		11	6
Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	32	15	11	6		19	13
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	59	21	16	20	2	22	37
Δ/ΝΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	19	8	9	2		5	14
Δ/ΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	34	4	12	14	4	16	18
ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ	200	70	70	54	6	101	99

Κεφάλαιο 2^ο

2.1. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)-Ιστορική Αναδρομή

2.1.1. Ορισμός

Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 2 Απόφαση της 256^{ης} Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.ΣΥ. – Ν. 1278/1982) περί «*Ελαχίστων Προϋποθέσεων λειτουργία Τμημάτων Εντατικής Θεραπείας*», οι ΜΕΘ: "... αποτελούν διακριτό χώρο ιατρικής δραστηριότητας και νοσηλείας, η οποία λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Έχει καθορισμένη θέση στο χώρο του Νοσοκομείου και συγκεντρώνει ανθρώπινο δυναμικό με επαγγελματικές δεξιότητες και ανάλογο τεχνικό εξοπλισμό. Στόχος της ΜΕΘ είναι η παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών σε οξέως πάσχοντες ασθενείς, καθώς και η διενέργεια των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων και η θεραπεία, ούτως ώστε να βελτιωθεί η έκβαση της υγείας τους. Το Τμήμα Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνει τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και, εφόσον υπάρχει, τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)²³. Ως Εντατική Θεραπεία ορίζεται η αντιμετώπιση επειγουσών και απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων που είναι δυνητικά αναστρέψιμες²⁴.

2.1.2. Ιστορική Αναδρομή

Η πρώτη εμφάνιση της ιδέας των ΜΕΘ λαμβάνει χώρα με τη νοσοκόμα Florence Nightingale (1854-1856), η οποία δρα κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας και καταγράφει τα πλεονεκτήματα της μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών σε απομονωμένους χώρους μακριά από τους υπολοίπους πάσχοντες. Η ίδια απαιτεί οι πιο σοβαρά ασθενείς να τοποθετηθούν σε κρεβάτια κοντά στον νοσηλευτικό σταθμό, έτσι ώστε να παρακολουθούνται πιο στενά, δίνοντας πρώιμα έμφαση στη σημασία της ξεχωριστής χωρικής κατανομής για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση²⁵.

²³Υπ' αριθμ. 2 Απόφαση Ολομέλειας ΚΕΣΥ (Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας): https://www.icu.gr/DOCS/2017/2017_6_2016.pdf

²⁴Νάκος, Εντατική Θεραπεία – Αρχές & Εξελίξεις, 2015

²⁵ Ομοίως

70 χρόνια αργότερα, το 1923, ο Δρ. Walter Dandy συνέλαβε την ιδέα της μετεγχειρητικής φροντίδας, οργανώνοντας την 1η μετεγχειρητική μονάδα στο Johns Hopkins Hospital της Βαλτιμόρης, η οποία στελεχώθηκε από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η μονάδα αυτή αποτέλεσε πρότυπο για την ανάπτυξη των μεταγενέστερων μετεγχειρητικών μονάδων, που παρείχαν εντατική μετεγχειρητική φροντίδα στους στρατιώτες στη διάρκεια του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου και είχαν αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση των τραυματιών²⁶.

Το 1952/1953 με την επιδημία της πολιομυελίτιδας ιδρύεται στην Κοπεγχάγη η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με σκοπό την υποστήριξη των πασχόντων από τη νόσο, λόγω επιτακτικής ανάγκης σταθερού αερισμού και συνεχούς παρακολούθησης. Πρωτοστατεί ο αναισθησιολόγος Bjorn Ibsen – θεωρείται ο πατέρας της ΜΕΘ, ο οποίος προτείνει τη δημιουργία τραχειοστομίας και την εισαγωγή ενός ενδοτραχειακού σωλήνα με αεροθάλαμο (cuff) μέσω του οποίου θα γινόταν ο αερισμός χειροκίνητα. Η χειροκίνητη αυτή διαδικασία έπρεπε να πραγματοποιείται ολόκληρο το 24ώρο σε βάρδιες ανά 8ωρο. Με την εφαρμογή της τραχειοστομίας ιατροί ειδικοτήτων παθολογίας, χειρουργικής, αναισθησιολογίας συνεργάζονται και δημιουργούν αναπνευστική συσκευή εφαρμογής σε έως 70 ασθενείς²⁷.

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όπως την γνωρίζουμε σήμερα, ιδρύεται στη Βαλτιμόρη, ΗΠΑ από τον αναισθησιολόγο Peter Safar το 1958. Εκείνη την περίοδο, δημιουργούνται παράλληλα ΜΕΘ στις ΗΠΑ με σκοπό όχι μόνο την τεχνητή αναπνευστική υποστήριξη και τραχειοτομή αλλά και για ψυχολογική παρακολούθηση ασθενών²⁸. Τη δεκαετία του 1960 αναγνωρίστηκε η σημαντικότητα των καρδιακών αρρυθμιών σαν αιτία νοσηρότητας και θνητότητας, στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτό οδηγεί στη συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας (monitoring) στις ΜΕΘ. Τις επόμενες δεκαετίες, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας άρχισαν να ιδρύονται σε νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Αυστραλία. Πολλές από τις αρχικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στελεχώθηκαν από γιατρούς των οποίων η κύρια ειδικότητα ήταν η Αναισθησιολογία ή η Παθολογία. Συχνά, τα νοσοκομεία είχαν ξεχωριστή χειρουργική και παθολογική ΜΕΘ, και σε μερικά, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, αναπτύχθηκαν αναπνευστικές, καρδιολογικές και νευροχειρουργικές ΜΕΘ. Αρχικά η

²⁶Κουτσούκου Αντωνία, Βασικές Αρχές Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 2015

²⁷ Louise Reisner-Sénélar, 2011, National Library of Medicine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21611906/>

²⁸John M.Luce, Crit Care Med 2010 Vol. 38, No. 8, https://sps.columbia.edu/sites/default/files/2021-05/a_history_of_resolving_conflicts_over_end_of_life.1.pdf

πλειονότητα των μονάδων είναι ανοιχτού τύπου, ενώ αργότερα μετατρέπονται σε κλειστού τύπου, στις οποίες η διαχείριση των ασθενών γίνεται από ομάδα ειδικά εξειδικευμένων γιατρών και νοσηλευτών εντατικής θεραπείας, παρουσιάζοντας μάλιστα καλύτερα αποτελέσματα, μιας και τα προβλήματα των ασθενών ήταν παρόμοια²⁹. Πλέον, οι ΜΕΘ με την διαρκώς εξελισσόμενη τεχνολογία και τεχνογνωσία των ιατρών που τις υπηρετούν αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με διαρκώς αυξανόμενη τάση στο νοσοκομειακό έδαφος.

Στην χώρα μας, οι ΜΕΘ ως πρόωγη ιδέα, εμφανίζονται με την ίδρυση των Ασκληπιείων τα οποία λειτουργούν ως παν-θεραπευτήρια³⁰. Η Σαπφώ Μαγκριώτη (πνευμονολόγος-φυματιολόγος του «Σωτηρία») το 1958 ύστερα από αίτηση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στον αντίστοιχο Ελβετικό, προμηθεύτηκε αναπνευστήρες και, μετά από τριετή εκπαίδευση, ίδρυσε το πρώτο κέντρο εντατικής αναπνευστικής υποστήριξης στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία». Ονομάστηκε Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΚΑΑ), και η δημιουργία του ήταν επιτακτική ανάγκη λόγω της εμφάνισης της επιδημίας της πολιομυελίτιδας δεδομένου ότι οι συνθήκες στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων κρίνονται ανεπαρκείς. Η πρώτη πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ιδρύθηκε το 1978 στο Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» από τον Δ/ντή Δρ. Δ.Μπιλάλη και προοδευτικά δημιουργήθηκαν ΜΕΘ στα περισσότερα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων³¹.

Σήμερα, η Εντατική Θεραπεία στρέφεται προς λιγότερο επεμβατικές τεχνικές, όπου αυτό είναι εφικτό, ενώ αποκτά περισσότερο φιλικό «πρόσωπο» προς τους ασθενείς και τους οικείους τους, αναγνωρίζοντας την ανάγκη των ασθενών για ανθρώπινη επαφή, το δικαίωμά τους να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις που τους αφορούν και να γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες τους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εξασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, τόσο κατά την

²⁹Νάκος, Εντατική Θεραπεία – Αρχές & Εξελίξεις, 2015

³⁰Πλατή, Η νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 1993

³¹ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»,

<https://www.laiko.gr/%ce%ba%ce%bb%ce%b9%ce%bd%ce%b9%ce%ba%ce%ad%cf%82-%ce%b5%cf%81%ce%b3%ce%b1%cf%83%cf%84%ce%ae%cf%81%ce%b9%ce%b1-%cf%84%ce%bc%ce%ae%ce%bc%ce%b1%cf%84%ce%b1/%ce%bc%ce%bf%ce%bd%ce%ac%ce%b4%ce%b1-%ce%b5%ce%bd%cf%84%ce%b1%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%ae%cf%82-%ce%b8%ce%b5%cf%81%ce%b1%cf%80%ce%b5%ce%af%ce%b1%cf%82-%ce%b5%cf%80%ce%b9%ce%ba%ce%bf%ce%b9%ce%bd%cf%89/>

προσπάθεια διατήρησης των βαρέως πασχόντων στη ζωή, όσο και κατά τη μετάβαση στο θάνατο³².

2.2. Πλαίσιο Λειτουργίας – Νομοθεσία

2.2.1. Νομοθετικό Πλαίσιο

Όταν ιδρύεται η πρώτη ΜΕΘ στο «ΛΑΪΚΟ» δεν υφίσταται σαφές νομοθετικό πλαίσιο για την λειτουργία της. Με την ίδρυση του ΕΣΥ (Ν.1397/1983), η επιστημονική ιατρική κοινότητα εισηγείται για την Επείγουσα και Εντατική Ιατρική στην Σύνοδο (8^η) της Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.ΣΥ.) και γίνεται ομόφωνα δεκτή. Ορίζεται παράλληλα, το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο με τις αρχές του εξοπλισμού-εγκαταστάσεων, το απασχολούμενο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό), εκπαιδευτικό υπόβαθρο, ενδείξεις ασθενών για εισαγωγή στις ΜΕΘ. Ακολουθεί η υπ' αριθμ. Δ2β/5094/7-3-1988 Υπουργική Απόφαση με την οποία θεσμοθετείται το γνωστικό αντικείμενο της εντατικής θεραπείας, το υπ' αριθμ. 517/202Α/24-12-91 Προεδρικό Διάταγμα περί εξοπλισμού, προσωπικού, τεχνικών προδιαγραφών των ΜΕΘ, ο Ν. 2071/1992 που καθιερώνει την εξειδίκευση στις ΜΕΘ, η υπ' αριθμ. ΔΥΓ/οικ.32689 (ΦΕΚ 802/Β/1993) που ορίζει τον αριθμό των εξειδικευμένων ιατρών και τροποποιείται το 2002 αυξάνοντάς τον από τέσσερις (4) σε έξι (6) ανά κλίνη, κατά ανώτατο όριο. Τέλος, ο Ν. 2889/2001 δίνει τη δυνατότητα σε περιφερειακά νοσοκομεία να συμπεριλάβουν στο δυναμικό τους τμήματα ΜΕΘ³³.

2.2.2. Είδη ΜΕΘ

Παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια στη σύνθεση των ΜΕΘ διεθνώς, αλλά και σε επίπεδο κρατών. Υπάρχουν ΜΕΘ με δυνατότητα παροχής διαφορετικών επιπέδων υποστήριξης των βαρέως πασχόντων, ΜΕΘ κλειστού ή ανοικτού τύπου, ανάλογα με τη δυνατότητα λήψης κλινικών αποφάσεων από γιατρούς που στελεχώνουν τη ΜΕΘ ή από τους θεράποντες των τμημάτων προέλευσης των ασθενών. Διαφορετικά επίσης είναι τα ποσοστά κλινών ΜΕΘ στα νοσοκομεία

³² Κουτσούκου, Βασικές Αρχές Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 2015

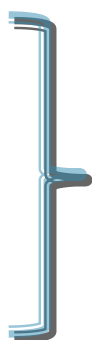
³³ Γρηγοράκος, ΜΕΘ-Ανεπάρκεια & Μηχανική Αναπνοή, Πριν-Κατά-Μετά, 2014

ανά κράτος. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μεταστροφή από τις «κλειστές»-εσωστρεφείς ΜΕΘ στην έννοια της αληθώς «ανοικτής-χωρίς τοίχους» ΜΕΘ³⁴.

Ειδικότερα, οι ΜΕΘ χωρίζονται σε δυο γενικές κατηγορίες, οι οποίες σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας κατηγοριοποιούνται σε τρία επίπεδα παροχής εντατικής νοσηλείας ανάλογα με το μέγεθος του Νοσοκομείου:

A. ΜΕΘ Ενηλίκων

- Στεφανιαία Μονάδα
- Καρδιοχειρουργική Μονάδα
- Νευροχειρουργική Μονάδα
- Μονάδα εγκαυμάτων
- Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας
- Αναπνευστική ΜΕΘ
- Πολυδύναμη ΜΕΘ ή Γενική ΜΕΘ



Ειδικές ΜΕΘ

B. ΜΕΘ Παιδών

- Νεογνική ΜΕΘ (για νεογννήτα και βρέφη μέχρι 28 ημερών)
- Μονάδα Παιδών

Γ. Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)

Δ. Κινητή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Ο αριθμός Ειδικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας εξαρτάται από τις ανάγκες και τις ικανότητές του κάθε νοσοκομείου³⁵.

2.2.3. Οργάνωση ΜΕΘ³⁶

Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (ΕΕΕΘ) έχουν οριστεί οι προϋποθέσεις λειτουργίας των ΜΕΘ οι οποίες παρατίθενται συνοπτικά κατωτέρω:

³⁴ Κουτσούκου, Βασικές Αρχές Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 2015

³⁵ Marshall et al., 2017, Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., et al. (2017). What is an intensive care unit; A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Journal of Critical Care, 37, 270–276.

³⁶ Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας,
https://www.icu.gr/5_XRHSIMOI_SYNDESMOI/5_b_DIETNEIS_ODHGIES-THESEIS_EEETH/EL_PR.pdf

A. Λειτουργικά Κριτήρια

A.1. Περιβάλλον: Το ΤΕΘ (Τμήμα Εντατικής θεραπείας) πρέπει να βρίσκεται σε νοσοκομείο που διαθέτει ποικιλία ειδικοτήτων. Αντίστοιχα υπάρχουν χειρουργικά, παθολογικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά τμήματα και σύμβουλοι παθολόγοι, αναισθησιολόγοι, χειρουργοί και ακτινολόγοι, παρόντες σε 24ωρη βάση. Δεν είναι αναγκαίο όλα τα νοσοκομεία να έχουν ακριβώς τα ίδια ΤΕΘ. Αντιθέτως, πρέπει να προσαρμόζονται στην περιοχή και στο νοσοκομείο που εξυπηρετούν, σε ότι αφορά το μέγεθος, τη στελέχωση και την τεχνολογία.

A.2. Μέγεθος: Ένα ΤΕΘ πρέπει να έχει τουλάχιστον 6 (έξι) κρεβάτια.

A.3. Στελέχωση (αναλύεται στην επόμενη παράγραφο)

B. Κριτήρια Δραστηριότητας

B.1. Αριθμός Κλινών ΜΕΘ: Ο συνολικός αριθμός κρεβατιών εντατικής θεραπείας, κυμαίνεται από 5-10% του συνολικού αριθμού κρεβατιών του νοσοκομείου.

B.2. Έλεγχος Ποιότητας: Χρειάζονται αντικειμενικά κριτήρια για να εκτιμηθεί η δραστηριότητα και η ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας σε ένα ΤΕΘ. Αυτά περιλαμβάνουν: 1. Ελάχιστα κλινικά στοιχεία που αφορούν το είδος της νόσου, τη διάγνωση, δημογραφικά στοιχεία, την πληρότητα των κλινών, το μέσο χρόνο νοσηλείας, τη θνητότητα και την προβλεπόμενη θνητότητα, 2. Ελάχιστα νοσηλευτικά στοιχεία που αξιολογούν το επίπεδο της νοσηλευτικής δραστηριότητας, όπως η βαθμολόγηση Omega και TISS, 3. Βαθμολογίες βαρύτητας νόσου όπως SAPS, APACHE και πρόγνωση θνητότητας, 4. Βαθμολογίες για ανεπάρκειες οργάνων, 5. Επιπλοκές κατά την παραμονή στο ΤΕΘ και νοσοκομειακές λοιμώξεις, 6. Κόστος της παραμονής στο ΤΕΘ, 7. Καταγραφή των τεχνικών που χρησιμοποιούνται (ποσοστό ασθενών σε μηχανικό αερισμό, αιμοκάθαρση κ.λ.π.).

Γ. Κατασκευαστικές Οδηγίες

Η συνολική επιφάνεια του ΤΕΘ, πρέπει να είναι μεγαλύτερη κατά 2.5-3 φορές, της έκτασης του χώρου ο οποίος αφιερώνεται σε κοινό τμήμα νοσηλείας των ασθενών.

Γ.1. Χώρος Ασθενών: Ο χώρος νοσηλείας των ασθενών, είναι κατ' ελάχιστο 25m² για τα μονόκλινα δωμάτια και 20m² ανά κρεβάτι, για τα κοινά δωμάτια. Το βασικό σχήμα για τα μονόκλινα και τα κοινά δωμάτια είναι ορθογώνιο και υπάρχει τουλάχιστον 2.5m² διάδρομος για την κυκλοφορία, πίσω από την περιοχή εργασίας.

Γ.2. Αναγκαίος Εξοπλισμός: Κάθε κρεβάτι, πρέπει να έχει ένα σύστημα παρακολούθησης του ασθενούς (παρακλίνιο monitor), συνδεδεμένο με κεντρικό σταθμό. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει, συνεχή ή διακεκομμένη καταγραφή των εξής: 1. ΗΚΓ, 2. Αρτηριακή πίεση, 3. Κεντρική φλεβική πίεση, 4. Κανάλι μέτρησης διαφόρων πιέσεων όπως ενδοκράνιας πίεσης, πίεσης ενσφήνωσης κ.α., 5.Θερμοκρασία, 6. Οξυμετρία, 7. Μη επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, 8. Υπολογιστή καρδιακής παροχής και αιμοδυναμικών παραμέτρων, 9. Καταγραφή συναγερμών και αποθήκευση που να επιτρέπει την τεκμηρίωση όλων των παρακολουθούμενων παραμέτρων.

Επιπλέον, κάθε ΤΕΘ (6 κλινών) πρέπει να έχει: 1. Έναν αναπνευστήρα όγκου και πίεσης με δυνατότητες συνεχούς παρακολούθησης του αερισμού του ασθενούς (αναπνεόμενος όγκος αέρα ανά αναπνοή και κατά λεπτό, FIO₂, καμπύλες πίεσης όγκου) για κάθε κλίνη με έναν εφεδρικό για κάθε 3 κλίνες, 2. Έναν ή δύο φορητούς αναπνευστήρες μεταφοράς, 3. Ένα ή δύο monitor για τη μεταφορά των ασθενών σε άλλα τμήματα και εργαστήρια, για τη διενέργεια απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, 4. Αναλυτή ηλεκτρολυτών αίματος, γαλακτικού οξέος, γλυκόζης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και αερίων αίματος, 5. Δύο αναπνευστήρες κατάλληλους για μη επεμβατικό αερισμό, 6. Δύο μηχανήματα συνεχούς αιμοδιήθησης, 7. Ισάριθμες, με τη δύναμη του τμήματος, ειδικές κλίνες για ΜΕΘ με ενσωματωμένο ζυγό για την μέτρηση του βάρους του ασθενούς, 8. Ηλεκτροκαρδιογράφο, 9. Απινιδωτή με επαναφορτιζόμενη μπαταρία, με οθόνη και καταγραφικό, 10. Μηχάνημα υποθερμίας /υπερθερμίας (1 για κάθε 3 κλίνες), 11. Εξωτερικό βηματοδότη, 12. Τροχήλατο για επείγουσες καταστάσεις με εκτεταμένο φάσμα φαρμάκων, λαρυγγοσκόπια, συσκευές διασωλήνωσης και ανάνηψης (1 για κάθε 8 κρεβάτια), 13. Βρογχοσκόπιο με πηγή ψυχρού φωτισμού, 14. Ασκό ανάνηψης με ρεζερβουάρ οξυγόνου για κάθε κλίνη, 15. Υπερηχογράφο με δυνατότητα διοισοφαγείου υπερηχογραφήματος, 16. Έξι αντλίες για χορήγηση υγρών και φαρμάκων ανά κλίνη, 17. Σύστημα μέτρησης ενδοκράνιας πίεσης, εφόσον η ΜΕΘ νοσηλεύει νευροχειρουργικά περιστατικά, 18. Ένα ωσμόμετρο. Επιπλέον είναι επιθυμητό: Μηχάνημα έμμεσης θερμοδομετρίας.

Γ.3. Αναγκαίες Παροχές: Παρακλίνια διαμόρφωση του χώρου, Ηλεκτρισμός, Κενό ανά κλίνη, Οξυγόνο, Πεπιεσμένος αέρας, Σωληνώσεις για ένα επιπλέον ιατρικό αέριο, Παροχή νερού.

Γ.4. Λοιποί Χώροι: Γραφείο προϊσταμένου/ης νοσηλεύτη/ριας, Γραφείο ιατρών, Χώρος ανάπαυσης προσωπικού, Υπνοδωμάτιο/α εφημερεύοντος, Δωμάτιο σεμιναρίων και συγκεντρώσεων, Αίθουσα συνεντεύξεων, Αποθηκευτικοί χώροι, Αποδυτήρια – τουαλέτες.

2.2.4. Στελέχωση ΜΕΘ

Η κλινική ομάδα που παρέχει υπηρεσίες σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι διεπιστημονική με ειδικευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό καθώς και διεπαγγελματική, με φροντίδα εντατική συγκριτικά με τις λοιπές κλινικές του Νοσοκομείου.

A. Ιατρικό Προσωπικό

A.1. Ιατρικός Διευθυντής του Τμήματος Εντατικής Θεραπείας: Η ευθύνη για το τμήμα και η διοικητική και ιατρική διεύθυνση του τμήματος ανήκει σε γιατρό αποκλειστικής απασχόλησης στην εντατική θεραπεία. Ο διευθυντής του ΤΕΘ πρέπει απαραίτητα να έχει την εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία.

A.2. Ειδικευμένοι Ιατροί Μονάδας: Μπορεί να έχουν τον βαθμό του διευθυντή του επιμελητή Α και Β και έχουν την εξειδίκευση της εντατικής θεραπείας. Σε μονάδα με 8 κλίνες για ασφαλή και συνεχόμενη παροχή εντατικής θεραπείας αντιστοιχούν τουλάχιστον 6 γιατροί. Σε μονάδες μεγαλύτερες των 8 κλινών η αναλογία είναι επιπλέον ένας (1) γιατρός ανά τρεις (3) κλίνες. Σε μονάδες από 4-6 κλίνες ο αριθμός των γιατρών δεν μπορεί να είναι μικρότερος από 6. Η παραπάνω αναλογία ιατρών-κλινών, αποδίδεται με βάση το ισχύον σύστημα εφημεριών που είναι 5 έως 7 εφημερίες ένα γιατρό το μήνα. (Παράδειγμα: για 11 κρεβάτια απαιτούνται 7 γιατροί, για 14 κρεβάτια 8 γιατροί κλπ.) .

A.3. Εξειδικευμένοι Ιατροί Μονάδας: Αναισθησιολόγοι, καρδιολόγοι, παθολόγοι, πνευμονολόγοι, νεφρολόγοι και χειρουργοί, με μια διετή εκπαίδευση στην εντατική θεραπεία και έπειτα από σχετικές γραπτές και προφορικές εξετάσεις μπορούν να λάβουν τον τίτλο της εξειδίκευσης στη εντατική θεραπεία. Αριθμούν σε 6 ιατρούς για τις 8 πρώτες κλίνες και επιπλέον (1) γιατρός για κάθε τρεις (3) επόμενες κλίνες.

A.4. Ειδικευόμενοι Ιατροί Μονάδας: Πτυχιούχοι ιατρικής, οι οποίοι βρίσκονται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την απόκτηση της ειδικότητας τους, γενική ιατρική, αναισθησιολογία παθολογία κτλ.

B. Νοσηλευτικό Προσωπικό

B.1. Προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια: Είναι υπεύθυνος/η για την λειτουργία και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Έχει εκτεταμένη εμπειρία στην νοσηλεία ασθενών σε εντατική θεραπεία και υποστηρίζεται από έναν υπεύθυνο νοσηλευτή/τρια που είναι έτοιμος να τον (την) αντικαταστήσει. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής φροντίζει για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών/τριών. Δεν συμμετέχει στις νοσηλευτικές βάρδιες κατά το απόγευμα, τη νύκτα και

τις αργίες, ασκώντας αποκλειστικά το συντονισμό και την εποπτεία των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων του τμήματος.

B.2. Νοσηλευτές: Οι νοσηλευτές της εντατικής θεραπείας αποτελούν πλήρως εκπαιδευμένο προσωπικό που έχει επιπλέον εκπαίδευση στην εντατική και επείγουσα ιατρική. Ο αριθμός των απαραίτητων νοσηλευτών προσδιορίζεται ανάλογα με το επίπεδο της παρεχόμενης παρακολούθησης και νοσηλείας και το συνυπολογισμό των προβλεπόμενων απουσιών για κανονική άδεια, όπως και για ασθένεια, εκπαιδευτικούς λόγους κ.λ.π. Ο συνολικός αριθμός νοσηλευτών είναι κατ'ελάχιστον 4 νοσηλευτές για κάθε κλίνη.

B.3. Βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό: Για κάθε έξι κλίνες είναι απαραίτητη η παρουσία ενός νοσοκόμου/τραυματιοφορέα και ενός βοηθού θαλάμου αποκλειστικής απασχόλησης ειδικά εκπαιδευμένου για τις ανάγκες του ΤΕΘ πρωί και απόγευμα.

B.4. Εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές: Νοσηλευτές σε εκπαίδευση στην εντατική θεραπεία πρέπει να εκπαιδεύονται σε ΤΕΘ κάτω από την επίβλεψη εκπαιδευτή. Σε καμία περίπτωση δεν αντικαθιστούν το μόνιμο προσωπικό της εντατικής θεραπείας.

Γ. Φυσικοθεραπευτές: Ένας φυσικοθεραπευτής αποκλειστικής απασχόλησης πρέπει να βρίσκεται για κάθε 4 κρεβάτια σε καθημερινή βάση πρωί και απόγευμα.

Δ. Τεχνολόγοι Ιατρικών Οργάνων: Συντήρηση, βαθμονόμηση και επισκευή του τεχνολογικού εξοπλισμού στο τμήμα. Αυτό μπορεί να γίνεται από κοινού και με άλλα τμήματα του νοσοκομείου αλλά πρέπει να υπάρχει 24ωρη ετοιμότητα με προτεραιότητα στο ΤΕΘ.

Ε. Τεχνολόγος ακτινολόγος: Βρίσκεται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο. Η δυνατότητα γνωμάτευσης ακτινογραφιών από ακτινολόγο πρέπει να είναι δυνατή ανά πάσα στιγμή.

ΣΤ. Ιατρικός γραμματέας: Χρειάζεται ένας γραμματέας ανά 12 κρεβάτια εντατικής θεραπείας. Ένας γραμματέας ανά 6 κρεβάτια είναι επιθυμητός αν τακτοποιεί τα εργαστηριακά και τα αρχεία των ασθενών.

Ζ. Προσωπικό καθαρισμού: Απαιτείται ειδική ομάδα καθαρισμού για το ΤΕΘ. Οι εργαζόμενοι στην καθαριότητα του τμήματος πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων και να γνωρίζουν τους κινδύνους των ιατρικών μηχανημάτων.

2.2.5. Κριτήρια Εισαγωγής σε ΜΕΘ

Σύμφωνα με τη Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας δυο σημαντικές παράμετροι πρέπει να ληφθούν υπόψη προκειμένου για αναγκαιότητα χρήσης κλινών ΜΕΘ και τη μεγιστοποίηση του

οφέλους, **α)** η μη κατάχρηση των κλινών ΜΕΘ για νοσηλεία σε αυτές, ασθενών τελικού σταδίου με μη αναστρέψιμη βλάβη της υγείας τους, για τους οποίους η νοσηλεία σε ΜΕΘ δεν έχει θεραπευτικό στόχο αλλά απλά παρατείνει την πορεία τους προς το θάνατο και **β)** η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ και η προσπάθεια αποτελεσματικής διαχείρισής τους στην περίπτωση που ο αριθμός τους δεν καλύπτει τις ανάγκες του νοσοκομείου ή και της χώρας, όπως συνέβη με την πανδημία Covid-19 κατά την έναρξή της. Τέτοια περίπτωση που σε πολύ βραχύ χρονικό διάστημα, μεγάλος αριθμός ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια που χρήζουν μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής εισάγεται στα νοσοκομεία, υπερκαλύπτοντας τις διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ και η ζήτηση υπερβαίνει την προσφορά, καθίσταται αναγκαία η διαλογή (triage), δηλαδή ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και ποιοι όχι³⁷.

Η μεγιστοποίηση του οφέλους (maximization of benefit) μπορεί να εξειδικευθεί ως σωτηρία είτε των περισσότερων ατομικών ζώων είτε των περισσότερων ετών ζωής (life-years). Στη μεν πρώτη περίπτωση, λαμβάνεται υπόψη μόνον η πρόγνωση της οξείας διαταραχής, ενώ στη δεύτερη μαζί μ' αυτήν συνεκτιμώνται η πρόγνωση των χρόνιων νοσημάτων και η ηλικία του ασθενούς, ήτοι δίνεται προτεραιότητα στους αρρώστους που προβλέπεται πως θα ζήσουν περισσότερα χρόνια μετά την εφαρμογή της θεραπείας³⁸. Στην κλινική πράξη, προκειμένου για την έκδοση των σχετικών κατευθυντήριων γραμμών, θα πρέπει εκτός των αυστηρά επιστημονικών δεδομένων και επιχειρημάτων να λαμβάνονται υπόψη τα εξής :

1. Το δικαίωμα του ασθενούς στην ενδεδειγμένη θεραπεία, αλλά και στον αξιοπρεπή θάνατο
2. Τα ηθικά διλήμματα των συγγενών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,
3. Νομικά, κοινωνικά και θρησκευτικά θέματα,
4. Η χωροταξία και η διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων και
5. Το κόστος νοσηλείας σε σχέση με το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή.

Οι κατευθυντήριες γραμμές που έχουν εκδοθεί στις διάφορες χώρες, αποτελούν ένα περιεκτικό περίγραμμα (framework), το οποίο καθοδηγεί τους γιατρούς στη λήψη αποφάσεων και ταυτόχρονα βοηθά στη διαμόρφωση στρατηγικών, που στόχο έχουν τη μείωση της πίεσης που ασκείται στις ΜΕΘ³⁹.

³⁷ Κρανιδιώτης Γ., 2020 http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p20-3-1.pdf

³⁸ Ομοίως

³⁹ Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, http://www.icu.gr/DOCS/2017/2017_05_29.pdf

Οι Γενικές Αρχές για τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων και την καλύτερη έκβαση των ασθενών, η εισαγωγή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ αποφασίζεται με βάση τα κατωτέρω:

- 1) ανάγκη ειδικής θεραπείας για την υποστήριξη της ζωής με τεχνικές που απαιτούν νοσηλεία σε ΜΕΘ
- 2) ύπαρξη προσωπικού με την απαιτούμενη κλινική εμπειρία
- 3) Καθορισμός προτεραιότητας βάση της κατάσταση του ασθενούς
- 4) διάγνωση
- 5) διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ
- 6) αντικειμενικές παράμετροι κατά την εκτίμηση του ασθενούς
- 7) πιθανότητα ωφέλειας του ασθενούς από την εισαγωγή στη ΜΕΘ

Ιδανικός στόχος είναι να εισέρχονται στη ΜΕΘ ασθενείς για τους οποίους θεωρείται ότι έχουν πιθανότητες να ωφεληθούν, ενώ μικρότερες πιθανότητες εισαγωγής θα πρέπει να έχουν οι ασθενείς με πτωχό λειτουργικό status και αυτοί οι οποίοι, σε προγενέστερο χρόνο είχαν εκφράσει την αντίθεσή τους σε ενδεχόμενη συνολική, ή συγκεκριμένη κλιμάκωση της ιατρικής τους φροντίδας. Σχετική με τα αναφερόμενα και η δήλωση της Κ^ας Κοτανίδου που τονίζει την θέσπιση πρωτοκόλλου εκπαίδευσης των γιατρών αλλά και νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας (βλ. Παράρτημα).

▪ **1η (Άμεση) Προτεραιότητα** αποτελούν οι :

Βαριά πάσχοντες ασθενείς που παρουσιάζουν οξεία ανεπάρκεια οργάνων / συστημάτων και χρειάζονται υποστήριξη της ζωής με θεραπευτικές παρεμβάσεις που γίνονται μόνο σε περιβάλλον ΜΕΘ (πχ Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός, Συνεχής θεραπεία Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας, χορήγηση αγγειοσυσπαστικών /ινοτρόπων φαρμάκων, επεμβατικό αιμοδυναμικό monitoring και πλήρη διαγνωστική υποστήριξη (εργαστηριακή/απεικονιστική).

▪ **2η προτεραιότητα:**

Ασθενείς ως οι ανωτέρω, με σημαντικά όμως μικρότερη πιθανότητα αποκατάστασης ή/και προσδόκιμο επιβίωσης (πχ οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο), με την προϋπόθεση ότι πάσχουν από δυνητικά αναστρέψιμες οξείες παθολογικές 4 καταστάσεις, όπως σηπτικό shock που χρήζει χορήγησης αγγειοσυσπαστικών, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω πνευμονίας, κλπ.

▪ **3η προτεραιότητα:**

Ασθενείς με δυσλειτουργία οργάνων που χρήζουν εντατικού monitoring και/ή ειδική θεραπευτική παρέμβαση. Τέτοιοι είναι οι μετεγχειρητικοί ασθενείς οι οποίοι, χρειάζονται εντατική μετεγχειρητική φροντίδα, ή παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης, οι ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια ελεγχόμενη με Μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό (MEMA), κλπ.

▪ **4η προτεραιότητα:**

Ασθενείς ως οι ανωτέρω, με σημαντικά όμως μικρότερη πιθανότητα αποκατάστασης ή/και προσδόκιμο επιβίωσης (πχ ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο που δεν επιθυμούν κλιμάκωση της αντιμετώπισής τους, ή κατακεκλιμμένοι ασθενείς με άνοια τελικού σταδίου) πάντα υπό την προϋπόθεση ότι παρουσιάζουν δυνητικά αναστρέψιμες παθολογικές καταστάσεις. Εάν το νοσοκομείο διαθέτει ΜΑΦ ή ΜΜΑΦ, οι ασθενείς των περιπτώσεων 3 και 4 θα πρέπει να νοσηλεύονται εκεί.

▪ **5η προτεραιότητα:**

Ασθενείς σε τελικό στάδιο της νόσου ή που τελούν σε προθανάτια κατάσταση και δεν υπάρχει προοπτική ανάρρωσης άρα η εισαγωγή στη ΜΕΘ δεν θεωρείται δόκιμη επιλογή. Ειδικότερα, για τους υπερήλικες ασθενείς με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη ή για ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου (πχ μεταστάσεις) και χωρίς προοπτική εναλλακτικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, πρέπει να συναποφασίζεται μετά από συζήτηση των ιατρών της ΜΕΘ με τους θεράποντες κλινικούς γιατρούς, τον ασθενή και /ή τους συγγενείς / νόμιμο εκπρόσωπο του ασθενούς εάν έχει νόημα να διασωληνωθεί και να υποστηριχθεί μηχανικά ο ασθενής. Εάν τελικά, αφού διευκρινισθούν σε όλα τα μέρη οι ρεαλιστικές προοπτικές και προσδοκίες μιας τέτοιας υποστήριξης σε σχέση με την εναλλακτική της παρηγορητικής φροντίδας στο τμήμα, αποφασισθεί οι ασθενείς αυτοί να διασωληνωθούν, θα πρέπει να νοσηλευθούν ει δυνατό σε ειδικές μονάδες ανακουφιστικής θεραπείας ή ΜΑΦ χρονίως πασχόντων.

Προφανώς ο καθορισμός προτεραιότητας εισαγωγής δεν θα πρέπει να επηρεάζονται από κριτήρια όπως η φυλή, το φύλο, η θρησκεία, η οικονομική κατάσταση, οι σεξουαλικές προτιμήσεις του ασθενούς κλπ)⁴⁰.

⁴⁰ Κώστογλου Α., Κοτανίδου Α., Μαρβάκη Χ., Ορφανός Σ., Θνησιμότητα σε ασθενείς ΜΕΘ με βάση το apacheII&SapsII Score, 2018
<https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/HealthResJ/article/view/19297/16951>

2.2.6. Θνητότητα & Μέση διάρκεια διαμονής σε ΜΕΘ

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας η θνητότητα των ασθενών είναι υψηλότερη σε σχέση με αυτή των νοσηλευόμενων σε άλλα νοσοκομειακά τμήματα και εξαρτάται εξίσου από τους διαθέσιμους πόρους, την παροχή φροντίδας καθώς επίσης την διάγνωση και τη βαρύτητα της νόσου των ασθενών. Η αυξημένη θνητότητα αποτελεί ένα από τα μείζονα προβλήματα, τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας και για το λόγο αυτό γίνεται συχνά αντικείμενο ερευνών.

Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, υπάρχουν περίπου 4 εκ. εισαγωγές σε μονάδες εντατικής θεραπείας ετησίως με τη μέση θνητότητα να κυμαίνεται στο 8-19% ή περίπου 500.000 θανάτους ετησίως⁴¹. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η μέση θνησιμότητα στις ΜΕΘ υπολογίζεται στο 16.2% με σημαντική διακύμανση μεταξύ των χωρών και μεταξύ των νοσοκομείων, ενώ η συνολική ενδονοσοκομειακή θνητότητα υπολογίζεται στο 22.4%⁴². Στην Ελλάδα η μέση θνητότητα στις ΜΕΘ τοποθετείται στο 32%⁴³. Στο κεφάλαιο 3 του παρόντος, αναλύεται η μέση θνητότητα (σε συνθήκες Covid) και παρατίθενται αριθμητικά δεδομένα για το σύνολο των ΜΕΘ της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.

Η μέση διάρκεια διαμονής (ALOS) σε κλίνη ΜΕΘ είναι 3 μέρες σε παγκόσμιο επίπεδο και για κάθε μέρα στη ΜΕΘ ο ασθενής χρειάζεται επιπλέον 1,5 μέρες ανάρρωση σε απλή κλίνη. Στην περίπτωση μεγάλης σε διάρκεια παραμονής σε ΜΕΘ, έχουν παρατηρηθεί προβλήματα νευρομυϊκής αδυναμίας στους ασθενείς, κάτι το οποίο αποδίδεται στη σηψαιμία, ακινησία, πολυοργανική ανεπάρκεια, υπεργλυκαιμία και χρήση κορτικοστεροειδών. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής για περισσότερο από επτά μέρες οδηγούνται στη

⁴¹Ομοίως

⁴² Jean-Louis Vincent, John C Marshall, Silvio A Namendys-Silva, Bruno François, Ignacio Martin-Loeches, Jeffrey Lipman, Konrad Reinhart, Massimo Antonelli, Peter Pickkers, Hassane Njimi, Edgar Jimenez, Yasser Sakr, on behalf of the ICON investigators, Assessment of the worldwide burden of critical illness: the Intensive Care Over Nations (ICON) audit, 2014
<https://iris.unimore.it/retrieve/handle/11380/1064360/104822/2014%20ICON%20Lancet%20Respir%20Med%202014%20Vincent>.

⁴³

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%BF%CE%BD%CE%AC%CE%B4%CE%B1_%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82#cite_note-20

νευρομυϊκή αδυναμία (ICU-AW) στο 58% των περιπτώσεων⁴⁴. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα λεχθέντα της Κ^ας Ντάγανου, Δ/ντριας Πολυδύναμης ΜΕΘ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» κατά τη διάρκεια της νόσου Covid-19 η μέση διάρκεια παραμονής σε κλίνη ΜΕΘ ήταν ένας μήνας ενώ η μέση θνητότητα ανήλθε περί το 45%, για το οποίο ποσοστό θα πρέπει να ληφθούν πολλές παράμετροι υπόψη.

2.2.7. Κόστος Λειτουργίας ΜΕΘ

Τα είδη κόστους φροντίδας υγείας στη ΜΕΘ για τον πάροχο των υπηρεσιών της ΜΕΘ προσδιορίζονται ως εξής:

-Σταθερό κόστος: Κόστος για τη μισθοδοσία του προσωπικού και για τη λειτουργία και συντήρηση του τμήματος και των μηχανημάτων (καθαριότητα, ρεύμα, ιατρικά αέρια, κλιματισμός κ.λ.π.).

-Μεταβαλλόμενο κόστος: Κόστος για τη φαρμακευτική αγωγή, τα προϊόντα αίματος, τα αναλώσιμα, τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις.

-Πραγματικό κόστος: Προκύπτει και οριστικοποιείται στο τέλος της παραγωγικής διαδικασίας, με βάση τις πραγματικές δαπάνες (π.χ. το κόστος νοσηλείας που προέκυψε μέχρι την έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ).

-Μέσο κόστος: Το κόστος νοσηλείας που υπολογίζεται για μια ορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. το μέσο ημερήσιο κόστος, το μέσο εβδομαδιαίο κόστος, το μέσο μηνιαίο κόστος, το μέσο ετήσιο κόστος κ.α.) ή για ένα ορισμένο αριθμό ασθενών (π.χ. μέσο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή κ.λ.π.) ή συνδυασμός των προηγούμενων δύο (π.χ. μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή κ.λ.π.).

-Προϋπολογισμένο κόστος: Το κόστος που προβλέπεται ότι θα απαιτηθεί μέχρι το τέλος της νοσηλείας ενός ασθενή ή όλων των ασθενών ή μιας νοσολογικής οντότητας⁴⁵.

Το μικρό ποσοστό ασθενών της ΜΕΘ, σε σχέση με το σύνολο των νοσηλευόμενων ασθενών του Νοσοκομείου, αντιστοιχεί σε δυσανάλογα μεγάλη διάρκεια νοσηλείας και σε υψηλό κόστος. Το κόστος νοσηλείας στη ΜΕΘ διαχωρίζεται σε σταθερό και σε μεταβαλλόμενο. Το σταθερό κόστος προκύπτει από τη μισθοδοσία του προσωπικού και τα έξοδα λειτουργίας και συντήρησης

⁴⁴Hunter A., Johnson L., Coustasse A., Reduction of Intensive Care Unit Length of Stay:The Case of Early Mobilization, 2014
https://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1120&context=mgmt_faculty

⁴⁵ Καραμπάτσου Δ., Το μεταβαλλόμενο κόστος νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας, Διδακτορική Διατριβή, 2021

του τμήματος και των μηχανημάτων. Το κόστος αυτό, συνήθως, ευθύνεται για το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών, που μπορεί να φτάσει ως και το 80% του συνολικού. Το σταθερό κόστος της ΜΕΘ είναι υψηλότερο αυτού των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου, λόγω του μεγάλου αριθμού προσωπικού ανά ασθενή που απασχολεί και της χρήσης μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας. Το μεταβαλλόμενο κόστος προκύπτει από τα έξοδα για τη φαρμακευτική αγωγή, τα προϊόντα αίματος, τα αναλώσιμα, τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και είναι επίσης υψηλότερο, έναντι των υπολοίπων ασθενών του νοσοκομείου, λόγω της μεγαλύτερης βαρύτητας της νόσου. Επίσης, οι επιπλοκές που εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι βαριά πάσχοντες ασθενείς όπως η νοσοκομειακή πνευμονία, οι λοιμώξεις που σχετίζονται με ενδαγγειακούς καθετήρες, η αιμορραγία του γαστρεντερικού κ.α., αυξάνουν ακόμη περισσότερο τη διάρκεια νοσηλείας και τη χρήση φαρμακευτικών και άλλων μέσων⁴⁶. Σε αρκετές μελέτες που εκτιμούν το κόστος της ΜΕΘ η μισθοδοσία του προσωπικού αντιπροσωπεύει ποσοστό μεταξύ 46,4-56,1% του συνολικού κόστους και αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών. Στις ίδιες μελέτες, τα μεταβαλλόμενα κόστη είναι αναλογικά μικρότερα, καθώς τα κόστη φαρμάκων ανέρχονται σε 15,6-21,7%, οι διαγνωστικές και εργαστηριακές δοκιμασίες σε 17,9-20,4% και οι επεμβατικές τεχνικές, όπως ο μηχανικός αερισμός, σε 3,0-6,6%, του συνολικού κόστους. Οι τρόποι υπολογισμού του κόστους των ΜΕΘ εκφεύγουν του παρόντος πονήματος.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 4898/1-11-2018/Β') προσδιορίζεται ο κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ, το ύψος της αποζημίωσης για τις κλίνες εντατικής στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα:

- Για τις 3 πρώτες ημέρες νοσηλείας είναι 800 ευρώ ανά ημέρα
- Από την 4^η μέχρι την 15η ημέρα νοσηλείας είναι 550 ευρώ ανά ημέρα
- Για το υπόλοιπο της αναγκαίας νοσηλείας είναι 400 ευρώ ανά ημέρα

Η αποζημίωση για νοσηλεία σε ΜΕΘ καταβάλλεται με εξαιρούμενη μόνο την θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας ήτοι αιμοκάθαρση, αιμοδιήθηση, αιμοδιαδιήθηση. Οι ίδιες αποζημιώσεις αφορούν και τις Μονάδες Εγκυμάτων. Να σημειωθεί ωστόσο, ότι στο δημόσιο τομέα, η προαναφερόμενη αποζημίωση δεν περιλαμβάνει το κόστος της μισθοδοσίας του προσωπικού. Η μισθοδοσία καταβάλλεται σε όλο το προσωπικό του ΕΣΥ επιπροσθέτως από το υπουργείο Οικονομικών. Έχει μάλιστα υπολογιστεί ότι το ύψος της προαναφερόμενης αποζημίωσης που καταβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτει περίπου το 48% του συνολικού

⁴⁶ Ομοίως

κόστους στο ΕΣΥ και το υπόλοιπο 52% προέρχεται από την επιχορήγηση της μισθοδοσίας από το υπουργείο Οικονομικών⁴⁷. Στην συνέντευξη που μας παρέθεσε η Κ^α Μ. Ντάγανου, Δ/ντρια Πολυδύναμης ΜΕΘ του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» επιβεβαιώνει το πολύ υψηλό κόστος νοσηλείας σε μια κλίνη ΜΕΘ αναφέροντας ότι κυμαίνεται μεταξύ € 1000 (μέσο κόστος) - € 3000 ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς (λ.χ. τεχνητό νεφρό, καρδιολογική υποστήριξη). Μας αναφέρει επιπλέον, ότι το κόστος αυτό περιλαμβάνει τα μισθολογικά του γιατρού και του νοσηλευτή, τα αναλώσιμα, τα φάρμακα, οι φθορές που προκαλούνται στα μηχανήματα και η συντήρησή τους, οι εξετάσεις και υποστηρίζει ότι είναι αναγκαίο να γίνεται ορθολογική χρήση των μονάδων διαφορετικά υφίσταται μεγάλη σπατάλη πόρων.

Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία και τις επιστημονικές μελέτες που έχουν δημοσιευθεί, το κόστος κλίνης ΜΕΘ κυμαίνεται από 1.850 έως 2.620 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας, ανάλογα με τη βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύονται⁴⁸. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Πανεπιστημίου του Τέξας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας που πραγματοποιήθηκε για το χρονικό διάστημα της πανδημίας, ήτοι από Δεκέμβριο 2020 έως αρχές 2022, εκτιμάται για μέση διαμονή 6 ημερών το μέσο συνολικό κόστος περί τα \$11,267 και περί τα \$1,772 ημερήσιο μέσο κόστος. Για τους ασθενείς των ΜΕΘ τα αντίστοιχα κόστη είναι \$13,443 και \$2,902⁴⁹.

Σε αντίστοιχη μελέτη στη Γερμανία, προκύπτει ημερήσιο κόστος σε ΜΕΘ χωρίς αερισμό €999 (95%CI €924 - €1074) ενώ σε ΜΕΘ με αερισμό €1590 (95%CI €1524 - €1657), αύξηση 59%. Το κόστος ανά ημέρα ΜΕΘ χωρίς αερισμό διέφερε σημαντικά και ήταν χαμηλότερο για τις ενδοκρινικές, διατροφικές ή μεταβολικές παθήσεις (844 €) και υψηλότερο για τις μυοσκελετικές παθήσεις (1357 €). Το κόστος ανά ημέρα ΜΕΘ με αερισμό ήταν χαμηλότερο για τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (1439 €) και υψηλότερο για ασθενείς με καρκίνο (1594 €). Η σχετική αύξηση του κόστους λόγω αερισμού ήταν υψηλότερη για παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (94%)⁵⁰. Αντίστοιχη μελέτη των Siok Swan Tanetall (2012) για τις ΜΕΘ στη

⁴⁷<https://virus.com.gr/i-alitheia-gia-tis-klines-entatikis-stis-idiotikes-klinikes/>

⁴⁸Ομοίως

⁴⁹Tucker K., COVID-19 Hospitalization Costs, Outcomes In 2020 Improved Over Time, 2022

<https://today.tamu.edu/2022/01/03/study-Covid-19-hospitalization-costs-outcomes-in-2020-improved-over-time/>

⁵⁰Kaier K., Heister T., Wolff J., Wolkewitz M., Mechanical ventilation and the daily cost of ICU care, 2020

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7106643/>

Γερμανία, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο & Ιταλία κυμαίνονταν μεταξύ €1168 και €2025, με το κόστος μισθοδοσίας να αποτελεί σημαντικό μέρος του⁵¹.

⁵¹ Siok Swan Tan et al, Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: applying a standardized costing methodology, 2012 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22264975/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Η πανδημία Covid-19

Η έξαρση της νόσου Covid-19 που εξαπλώθηκε ραγδαία σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί την σοβαρότερη πανδημία των τελευταίων 100 χρόνων στην ανθρωπότητα. Η κρίση της δημόσιας υγείας επηρεάζει την ατομική και την κοινωνική ευημερία του σήμερα αλλά όπως διαφαίνεται και του μέλλοντος. Ο Covid-19 αποκάλυψε ταχύτατα τις ελλείψεις των Εθνικών Συστημάτων Υγείας και παρόλες τις προσπάθειες για επένδυση στην υγεία, οι πολιτικές των κυβερνήσεων συνεχίζουν να βρίσκονται στην κατεύθυνση της θεραπευτικής προσέγγισης και όχι της πρόληψης (*a priori*). Ο οικονομικός και κοινωνικός αντίκτυπος καθιστούν βιαίως τα ζητήματα δημόσιας υγείας πρώτα στην πολιτική ατζέντα, με τη θνησιμότητα να αποτελεί τη ζοφερή υπενθύμιση της σημασίας της υγείας του ανθρώπου ως ύψιστο αγαθό.

Όλα ξεκινούν τον Δεκέμβριο του 2019 στην πόλη Wuhan της επαρχίας Hubei στην Κίνα, με ένα νέο στέλεχος κορονοϊού (2019-nCoV) το οποίο ανήκει σε μία ομάδα ιών που συνήθως προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις με ποικίλη σοβαρότητα στον άνθρωπο και στα ζώα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ονόμασε στις 11 Φεβρουαρίου 2020 τον νέο ιό SARS-CoV-2 και την ασθένεια που προκαλεί Covid-19. Δεδομένου ότι ο ιός εξαπλώνεται ραγδαίως μέσω των ταξιδίων σε όλη την Κίνα, την Ασία, την Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη και ως εκ τούτου και την Ελλάδα (26 Φεβρουαρίου 2020) λαμβάνονται πρωτοφανή μέτρα (περιορισμός επαφών/καραντίνα, κοινωνικές αποστάσεις, μάσκες, περιορισμός ταξιδίων, αναστολή δραστηριοτήτων/συναλλαγών κ.α.) με απώτερο στόχο τον περιορισμό της διάδοσης του ιού που προκαλεί αύξηση των κρουσμάτων και θανατηφόρα περιστατικά.

Μέχρι το τέλος Οκτωβρίου 2020, πάνω από 7 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν μολυνθεί και 220,000 είχαν πεθάνει από τη νόσο Covid-19 στις χώρες της ΕΕ, την Ισλανδία, τη Νορβηγία, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας, ο ιός έπληξε ιδιαίτερα ορισμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ιδίως Βέλγιο, Γαλλία, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς και Σουηδία. Όμως από τον Αύγουστο του 2020, ο ιός εξαπλώνεται ευρύτερα σε ολόκληρη την Ευρώπη⁵². Οι ευρωπαϊκές χώρες δυσκολεύτηκαν σε διαφορετικό βαθμό να ανταπεξέλθουν στο πρώτο κύμα της πανδημίας την άνοιξη του 2020

⁵²OECD, Health at a Glance: Europe 2020, State of health in the EU Cycle

και στο δεύτερο κύμα το φθινόπωρο του 2020. Εκτός Ευρώπης, η Κορέα είναι ένα καλό παράδειγμα χώρας που κατάφερε να ελέγξει τον Covid-19 μέσω στοχευμένων μέτρων, αποφεύγοντας έτσι τα πλήρη lockdown. Η Νέα Ζηλανδία υπήρξε άλλο ένα επιτυχημένο παράδειγμα. Στην Ευρώπη, μέχρι τον Οκτώβριο του 2020, λίγες χώρες όπως η Φινλανδία, η Νορβηγία και η Εσθονία μπόρεσαν να περιορίσουν την εξάπλωση του ιού και να μετριάσουν την οικονομικές συνέπειες, εν μέρει, λόγω γεωγραφικών παραγόντων (χαμηλότερη πυκνότητα πληθυσμού) αλλά και λόγω της έγκαιρης εφαρμογής στοχευμένων μέτρων⁵³. Ο ιός έχει πλήξει δυσανάλογα τους ηλικιωμένους και τα άτομα με υποκείμενα νοσήματα. Σχεδόν σε όλες τις χώρες, το 90% των θανάτων από Covid-19 αφορούν άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Σε πολλές χώρες, περίπου οι μισοί ή περισσότεροι από τους θανάτους από Covid-19 αφορούσαν ανθρώπους που φιλοξενούνται σε εγκαταστάσεις φροντίδας (οίκους ευγηρίας).

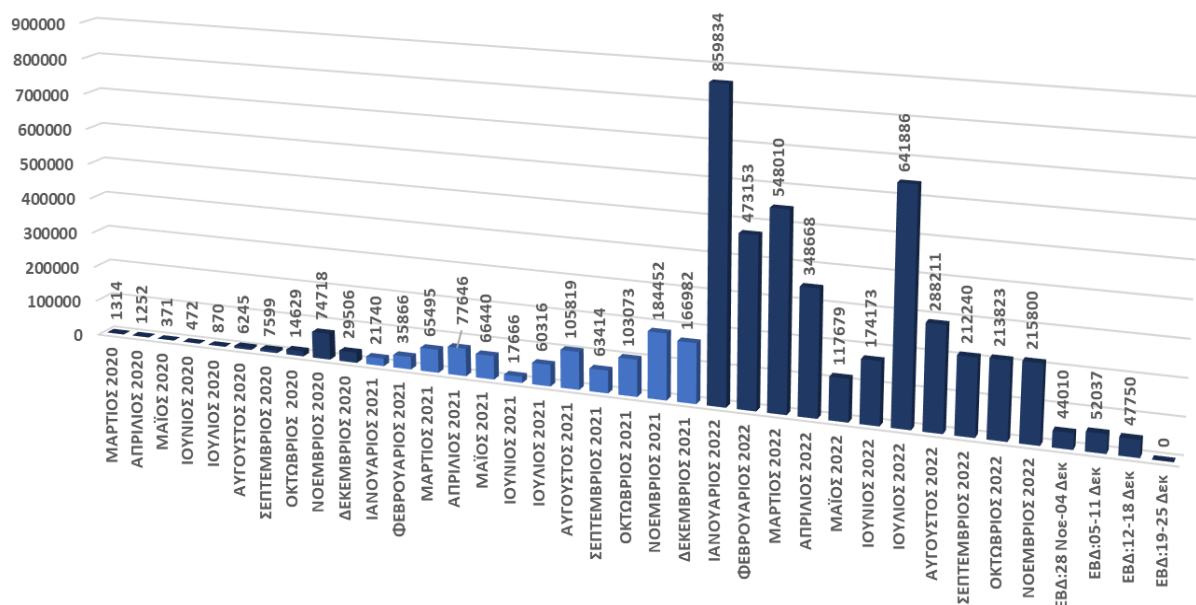
Η νόσος Covid-19, διαμέσου των ποικίλων μεταλλάξεων, εξακολουθεί να είναι ενεργή, παρότι η επιστημονική κοινότητα έχει στα χέρια της σημαντικά εργαλεία όπως τα εμβόλια, τα αντιικά φάρμακα, τα διαγνωστικά τεστ. Από την αρχή της εξάπλωσής της έως και 8-2-2023, σύμφωνα με το Παρατηρητήριο John Hopkins, ο δείκτης θνητότητας διαμορφώνεται εξελικτικά ως εξής:

Πίνακας 9 Δείκτης Θνητότητας (%) στοιχεία ΕΟΔΥ, Παρατηρητήριο John Hopkins

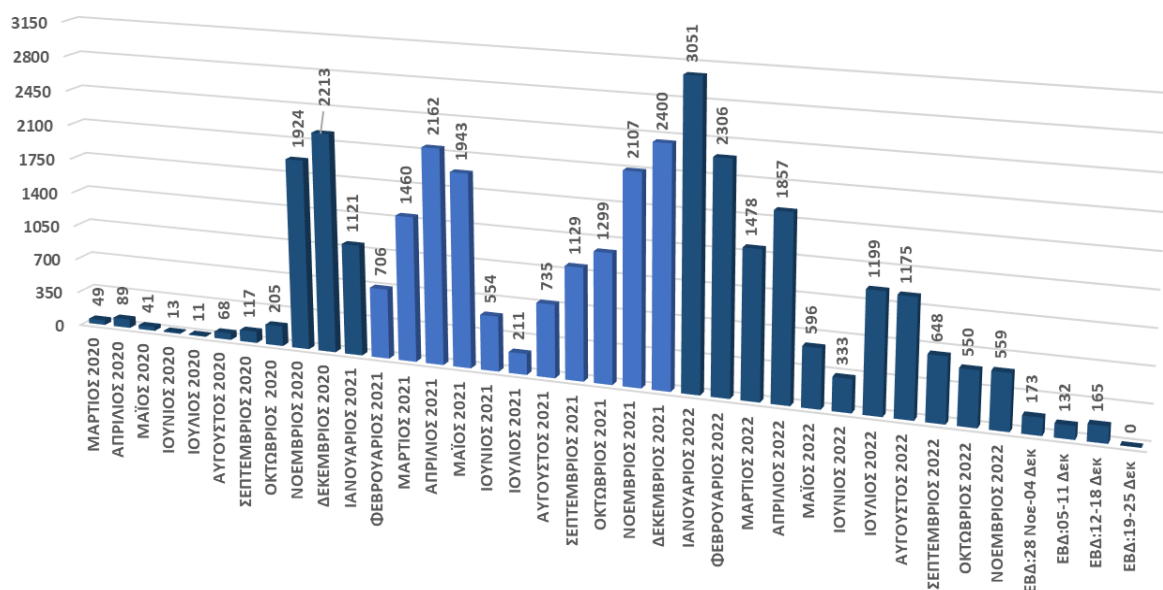
	ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΕΥΡΩΠΗ	ΕΛΛΑΔΑ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2020	4,9	6,5	3,7
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2020	7	9	5,4
ΜΑΪΟΣ 2020	6	8,3	6,1
ΙΟΥΝΙΟΣ 2020	4,9	7,4	5,6
ΙΟΥΛΙΟΣ 2020	3,9	6,7	4,7
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2020	3,3	5,4	2,6
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020	3	4,3	2,1
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2020	2,7	2,8	1,8
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2020	2,3	2,3	2,3
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2020	2,2	2,2	3,5
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2021	2,2	2,2	3,7
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021	2,2	2,3	3,4
ΜΑΡΤΙΟΣ 2021	2,2	2,2	3,1
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2021	2,1	2,1	3
ΜΑΪΟΣ 2021	2,1	2,1	3

⁵³OECD, Health at a Glance: Europe 2020, State of health in the EU Cycle

ΙΟΥΝΙΟΣ 2021	2,2	2,1	3
ΙΟΥΛΙΟΣ 2021	2,1	2,1	2,7
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2021	2,1	2	2,3
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021	2	1,9	2,3
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021	2	1,9	2,1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2021	2	1,8	1,9
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021	1,9	1,7	1,9
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022	1,5	1,2	1,2
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022	1,4	1,1	1,1
ΜΑΡΤΙΟΣ 2022	1,3	1	0,9
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2022	1,2	0,9	0,9
ΜΑΪΟΣ 2022	1,2	0,9	0,9
ΙΟΥΝΙΟΣ 2022	1,2	0,9	0,8
ΙΟΥΛΙΟΣ 2022	1,1	0,9	0,7
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2022	1,1	0,8	0,7
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022	1,1	0,8	0,7
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2022	1	0,8	0,7
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2022	1	0,8	0,6
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2022	1	0,8	0,6



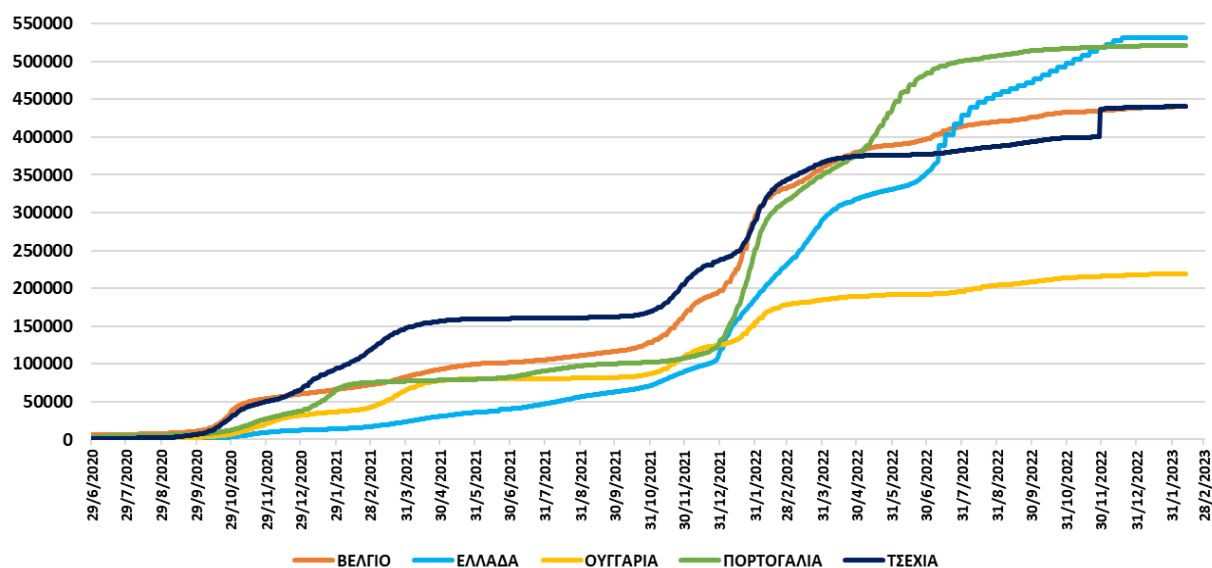
Εικόνα 5 Εγχώρια Κρούσματα ανά μήνα (2020-2021-2022) πηγή: 1^η ΥΠΕ



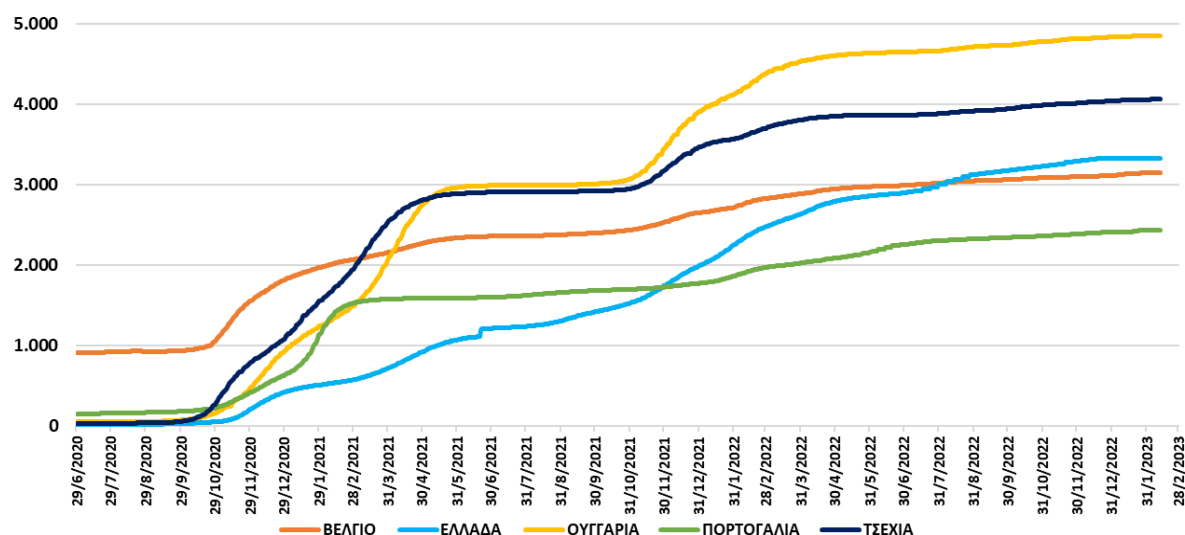
Εικόνα 6 Μηνιαίοι Θάνατοι (2020-2021-2022) πηγή: 1^η ΥΠΕ

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω γραφήματα, η Ελλάδα δεν μένει ανεπηρέαστη από την πανδημία Covid-19. Στη χώρα μας το ποσοστό θνησιμότητας κατά την έναρξη της πανδημίας αγγίζει το 3,7% (Μάρτιος 2020) με τα κρούσματα να αριθμούν περί τα 1314, ποσοστό το οποίο βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της Ευρώπης που την ίδια χρονική στιγμή κυμαίνεται περί το 6,5%⁵⁴. Έκτοτε ο ρυθμός μεταβολής παρουσιάζει σημαντική διακύμανση ανά μήνα τόσο στη χώρα μας όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, λόγω της κλιμάκωσης της νόσου. Το 2021, ο ρυθμός μεταβολής των κρουσμάτων έχει μειωθεί ενώ ο δείκτης θνητότητας μειώνεται και προσεγγίζει περίπου το 3% (περίπου 2400 θάνατοι τέλη Δεκεμβρίου 2021) ενώ το 2022 τα κρούσματα που καταγράφονται κινούνται αρχικά σε υψηλά επίπεδα με σχετικά χαμηλό ωστόσο ποσοστό θνητότητας. Ενδεικτικά τον Ιούλιο τα κρούσματα αγγίζουν τα 640,000, ο δείκτης θνητότητας βρίσκεται στο 0,7% το οποίο στο τέλος του χρόνου μειώνεται ακόμα μια ποσοστιαία μονάδα. Η πορεία της Ελλάδας κατά την πανδημία αποτυπώνεται στα παρακάτω διαγράμματα συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες έχουν παρόμοια πληθυσμιακά μεγέθη.

⁵⁴ Στοιχεία Ομάδας Στατιστικής, 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής

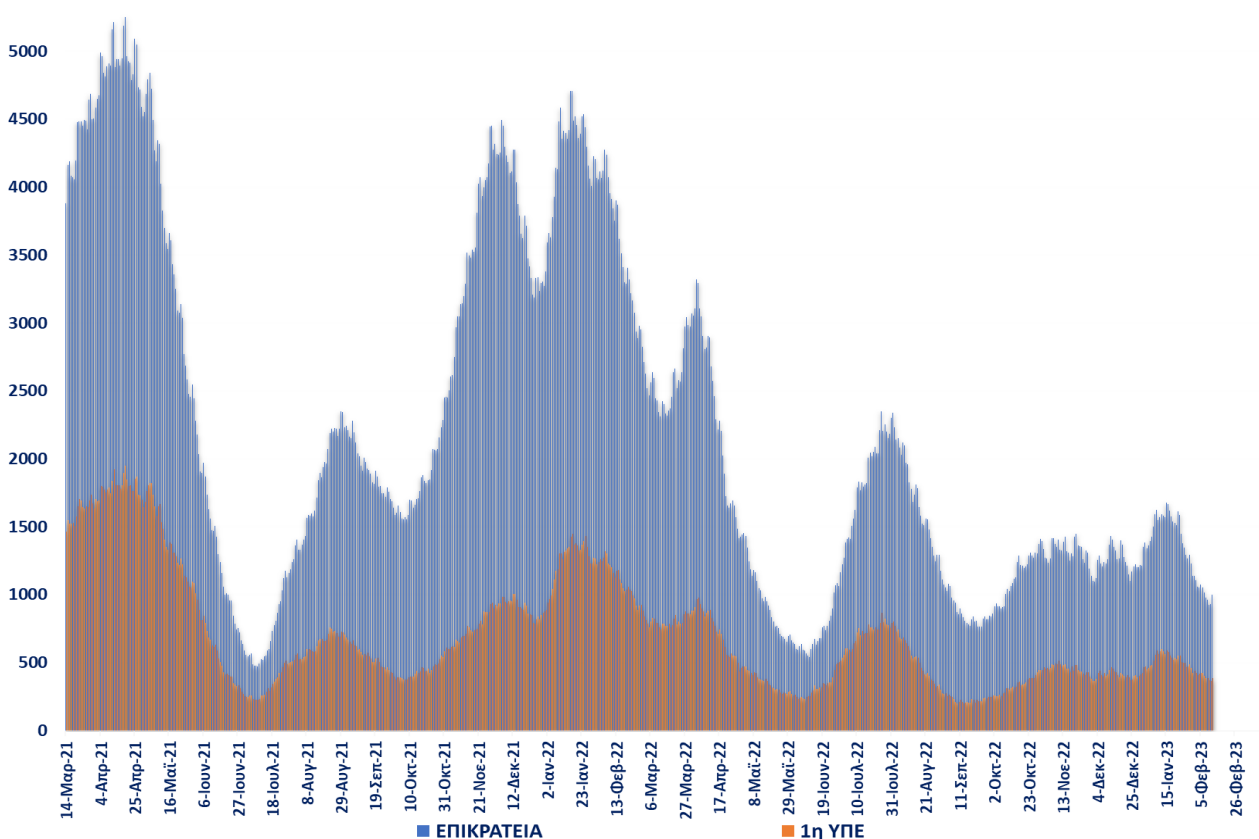


Εικόνα 7 Χρονολογική Σειρά Κρουσμάτων ανά εκ. πληθυσμού (πηγή 1η ΥΠΕ-Παρατηρητήριο John Hopkins)



Εικόνα 8 Χρονολογική Σειρά Θανάτων ανά εκ. πληθυσμού (πηγή 1η ΥΠΕ-Παρατηρητήριο John Hopkins)

Την ίδια χρονική περίοδο η 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής φαίνεται να σηκώνει το μεγαλύτερο βάρος νοσηλευόμενων ασθενών συγκριτικά με το σύνολο των υπόλοιπων Υγειονομικών Περιφερειών δεδομένου ότι εξυπηρετεί πληθυσμιακά όχι μόνο τους κατοίκους που της αναλογούν αλλά και πλήθος ασθενών προερχόμενων από γεωγραφικές περιοχές οι οποίες ανήκουν χωροταξικά σε έτερες Υ.ΠΕ.. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την συγκέντρωση των κλινών στην Αττική και την ελλειμματική αποκέντρωση του συστήματος προς εξυπηρέτηση της επικράτειας.



Εικόνα 9 Πλήθος Νοσηλεύομένων στην Επικράτεια vs. 1η Υ.ΠΕ. (πηγή: 1η ΥΠΕ)

3.2. Νόσος Covid-19 vs. Κλίνες ΜΕΘ

Ένας από τους βασικούς λόγους που οδήγησαν στην έγκαιρη λήψη των μέτρων για τον έλεγχο της πανδημίας Covid-19 στη χώρα μας υπήρξε η διάχυτη ανησυχία για τη δυνατότητα του ΕΣΥ να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην περίθαλψη μεγάλου αριθμού νοσούντων. Τη μεγαλύτερη ανησυχία δημιουργούσε η κατάσταση στις ΜΕΘ, λόγω του περιορισμένου αριθμού τους εξαιτίας της χρόνιας υποστελέχωσης και υποχρηματοδότησης. Προφανώς ο υφιστάμενος αριθμός κλινών ΜΕΘ στα Νοσοκομεία υπολείπονταν κατά πολύ του ελάχιστου ορίου (10%) επί του συνόλου των οργανικών τους κλινών (στη διεθνή πρακτική κυμαίνεται μεταξύ 8-12%⁵⁵ ή κατ' άλλους 5-10%).

Το ΕΣΥ, ωστόσο, μπόρεσε να ανταποκριθεί σε μεγάλο βαθμό στην περίθαλψη των ασθενών, παρά την οριακή επάρκεια των ΜΕΘ, χάρις στην αυταπάρνηση του προσωπικού του, αλλά και

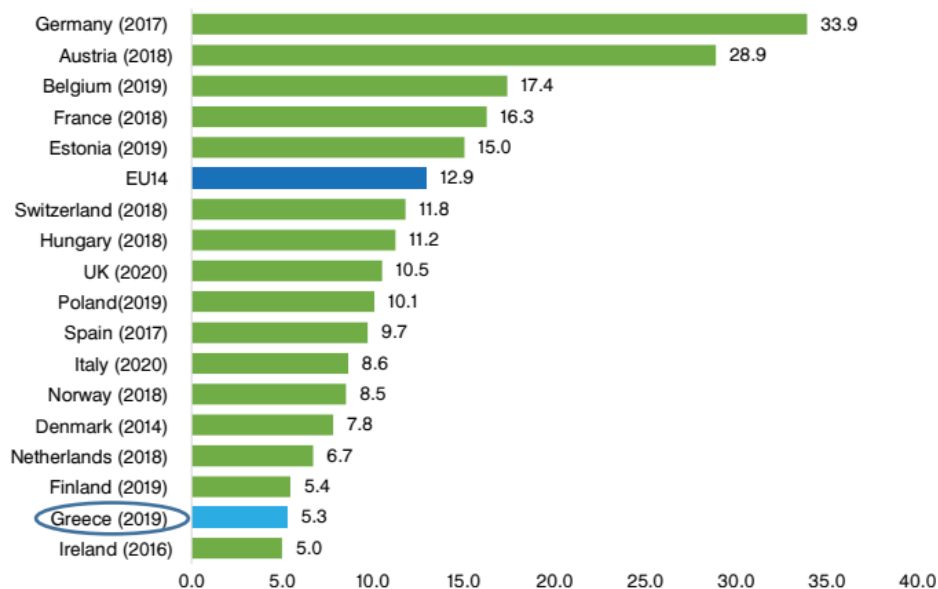
⁵⁵ Shankar N. et al, Planning a Modular Intensive Care Unit for Patients of the COVID-19 Pandemic, Journal of Marine Medical Society, 2020

γιατί η Πολιτεία -παρόλο που δεν καταγράφεται πλήρης επιχειρησιακός σχεδιασμός λόγω του επείγοντος-μπόρεσε με έκτακτα μέτρα και με την οικονομική υποστήριξη χορηγών να καλύψει σημαντικό μέρος των σημαντικών ελλείψεων σε ανθρώπινους, υλικούς πόρους και να αναπτύξει επιπλέον κλίνες ΜΕΘ⁵⁶.

Η Ελλάδα παρακολουθεί τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο τα οποία δέχονται ασφυκτική πίεση, εξαιτίας της κατακόρυφης αύξησης των κρουσμάτων και την ανάγκη τους για υγειονομική περίθαλψη. Παρατηρήθηκε επίσης, πως η ανάπτυξη του Συνδρόμου Οξείας Αναπνευστικής Δυσφορίας (ARDS) μπορεί να προκύψει σε σύντομο χρονικό διάστημα (9 ημέρες) από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων⁵⁷.

3.2.1. Αριθμός Κλινών ΜΕΘ

Στην Ελλάδα κατά την έναρξη της πανδημίας ο αριθμός των κλινών που αναλογούν σε 100.000 πολίτες βρίσκεται κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο που είναι περίπου 12,9 κρεβάτια. **Η δυναμικότητα σε κλίνες ΜΕΘ στη χώρα μας είναι περιορισμένη**, με 5,3 κλίνες ανά 100,000 το 2018-2019⁵⁸ γεγονός που σημαίνει ότι το ΕΣΥ βρίσκεται ήδη σε μειονεκτική θέση και σε αγώνα δρόμου να καλύψει έστω εν μέρει την αυξημένη ζήτηση.



Εικόνα 10 Αναλογία Κλινών ΜΕΘ ανά 100,000 πληθυσμό (προ Covid-19) πηγή: IOBE

⁵⁶ΔιαΝέοσις, Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας, Νοέμβριος 2021

⁵⁷Huang et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, 2020 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>

⁵⁸OECD, State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, European Commission

Κατά τη διάρκεια της πανδημικής νόσου, πανελλαδικά αναπτύσσονται και λειτουργούν **1093** κλίνες ΜΕΘ (Οκτώβριος '22) από **557** (Ιούλιος '19) εκ των οποίων περί το 48% είναι non-Covid και το 52% είναι Covid. Η βελτιούμενη εικόνα του σήμερα συγκριτικά με εκείνη της προ Covid εποχής παρατίθεται στον πίνακα με την καταγραφή των ανεπτυγμένων κλινών σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας.

Πίνακας 10 Μεταβολή κλινών ΜΕΘ (2019/2022) ανά ΥΠΕ (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ ΑΝΑ ΥΠΕ (ΙΟΥΛΙΟΣ 2019 - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2020)				
ΜΕΘ	7ος/2019	12ος/2020		
ΥΠΕ	ΣΥΝΟΛΟ ΜΕΘ	ΜΕΘ COVID	ΜΕΘ NON-COVID	ΣΥΝΟΛΟ ΜΕΘ
1Η ΥΠΕ	156	185	132	317
2Η ΥΠΕ	88	63	66	129
3Η ΥΠΕ	71	150	0	150
4Η ΥΠΕ	72	140	28	168
5Η ΥΠΕ	54	93	25	118
6Η ΥΠΕ	78	70	70	140
7Η ΥΠΕ	38	31	32	63
ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ	557	732	353	1085
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ	(-)	18	27	45
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	(-)	0	92	192
ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ (ΕΣΥ/ΣΤΡ/ΙΔΙΩΤΙΚΑ)	557	750	572	1322

Πίνακας 11 Μεταβολή Κλινών ΜΕΘ 2020/2022 ανά ΥΠΕ (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ ΑΝΑ ΥΠΕ (ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020 – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2022)			
	Ιαν-20	Οκτ-22	
ΥΠΕ	Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών (Covid & non- Covid)	Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών (Covid & non- Covid)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΚΛΙΝΩΝ 20-22
1η ΥΠΕ	245	366	49%
2η ΥΠΕ	91	134	47%
3η ΥΠΕ	74	130	76%
4η ΥΠΕ	107	177	65%
5η ΥΠΕ	50	92	84%

6η ΥΠΕ	84	118	40%
7η ΥΠΕ	42	76	81%
ΣΥΝΟΛΟ	693	1093	58%

Καταγράφοντας την χρονολογική απεικόνιση των κλινών ΜΕΘ των Νοσοκομείων αρμοδιότητας 1^{ης} Υ.ΠΕ. διεξάγουμε συμπεράσματα αναφορικά με τη μέση πληρότητα των ΜΕΘ καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας. Σημειώνεται ότι ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ κατά τη διάρκεια της πανδημίας αποτελεί μέγεθος μεταβλητό. Αυτό συμβαίνει διότι η ανάπτυξή τους και η ημερήσια μεταβολή τους εξαρτάται από τις ανακύπτουσες ανάγκες οι οποίες επιτάσσουν την μετατροπή ΜΑΦ ή ανενεργών χειρουργικών αιθουσών σε κλίνες ΜΕΘ ή τη διεύρυνση των ήδη υπαρχόντων με νέες.

Στον παραπάνω πίνακα περιγράφεται ο μέγιστος αριθμός κλινών ΜΕΘ Covid και non-Covid κατά το διάστημα Μάρτιος 2020 – Δεκέμβριος 2022 για τα Νοσοκομεία της 1^{ης} Υ.ΠΕ. ενώ απεικονίζεται η χρονολογική τους εξέλιξη και πληρότητα σε μηνιαία βάση. Τα μεγέθη ωστόσο **δεν είναι απόλυτα**, δεδομένου ότι επιδέχονταν ημερήσιες μεταβολές ανάλογα με τις ανακύπτουσες ανάγκες όπως έχει ήδη προαναφερθεί. Η πληρότητα των κλινών αγγίζει τα ανώτατα όρια στις περιόδους κλιμάκωσης της νόσου, επιτυγχάνοντας ωστόσο να εξυπηρετήσουν τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Σημαντικές ημερομηνίες-ορόσημα οι οποίες επηρεάζουν τη πορεία της κατάστασης στη χώρα μας είναι οι κάτωθι:

-07/11/2020 – Γενικό Lockdown

-27/12/2020 – Έναρξη Εμβολιασμού

-06/02/2021 – Τοπικά καθολικά Lockdown

-05/04/2021 – Έναρξη Αποκλιμάκωσης Νόσου

-Τέλη 12^{ου}/2021 – Μετάλλαξη Omikron

Πίνακας 12 Συγκεντρωτικά Στοιχεία Χρονολογικής Απεικόνισης Κλινών ΜΕΘ Non Covid-19 και Covid-19 1ης Υ.ΠΕ. (πηγή: 1^η ΥΠΕ)

Ημερομηνία		Μέγιστος Αριθμός Κλινών ΜΕΘ <u>Non Covid-19</u> σε λειτουργία	Μέγιστος Αριθμός καλυμμένων κλινών <u>Non Covid-19</u>	Κενές Κλίνες <u>Non Covid-19</u>	% Μέγιστης Πληρότητας	Μέγιστος Αριθμός Κλινών ΜΕΘ <u>Covid-19</u> σε λειτουργία	Μέγιστος Αριθμός καλυμμένων κλινών <u>Covid-19</u>	Κενές Κλίνες <u>Covid-19</u>	% Μέγιστης Πληρότητας
2020	Μαρ	160	149	11	93,1%	62	44	18	71,0%
	Απρ	143	139	4	97,2%	96	56	40	58,3%
	Μαϊ	160	151	9	94,4%	96	42	54	43,8%

	Ιουν	172	170	2	98,8%	44	13	31	29,5%
	Ιουλ	170	164	6	96,5%	29	10	19	34,5%
	Αυγ	162	156	6	96,3%	29	13	16	44,8%
	Σεπ	180	166	14	92,2%	65	46	19	70,8%
	Οκτ	136	127	9	93,4%	82	62	20	75,6%
	Νοε	130	129	1	99,2%	145	126	19	86,9%
	Δεκ	120	119	1	99,2%	157	137	20	87,3%
2021	Ιαν	120	115	5	95,8%	157	120	37	76,4%
	Φεβ	138	128	10	92,8%	214	190	24	88,8%
	Μαρ	119	114	5	95,8%	293	291	2	99,3%
	Απρ	104	98	6	94,2%	353	349	4	98,9%
	Μαϊ	115	113	2	98,3%	353	336	17	95,2%
	Ιουν	148	129	19	87,2%	307	253	54	82,4%
	Ιουλ	197	171	26	86,8%	196	118	78	60,2%
	Αυγ	197	171	26	86,8%	199	165	34	82,9%
	Σεπ	145	141	4	97,2%	199	181	18	91,0%
	Οκτ	150	142	8	94,7%	196	156	40	79,6%
	Νοε	150	145	5	96,7%	216	198	18	91,7%
	Δεκ	125	120	5	96,0%	224	220	4	98,2%
2022	Ιαν	122	116	6	95,1%	224	217	7	96,9%
	Φεβ	123	116	7	94,3%	222	203	19	91,4%
	Μαρ	170	158	12	92,9%	222	180	42	81,1%
	Απρ	170	163	7	95,9%	175	160	15	91,4%
	Μαϊ	212	192	20	90,6%	175	107	68	61,1%
	Ιουν	219	202	17	92,2%	120	66	54	55,0%
	Ιουλ	231	197	34	85,3%	101	64	37	63,4%
	Αυγ	217	194	23	89,4%	89	73	16	82,0%
	Σεπ	220	177	43	80,5%	89	61	28	68,5%
	Οκτ	228	203	25	89,0%	89	53	36	59,6%
	Νοε	224	199	25	88,8%	91	73	18	80,2%

	Δεκ	212	207	5	97,6%	102	85	17	83,3%
Μέσος Όρος		164	152	12	92,7%	159	131	28	82,6%

Η αυξημένη πληρότητα των κλινών ΜΕΘ δικαιολογείται από τη νοσηρότητα η οποία αρχικά βρίσκεται σε πολύ υψηλό ποσοστό στην επικράτεια, γεγονός που δικαιολογεί και το υψηλό ποσοστό των διασωληνωμένων και των νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ ασθενών. Το υπάρχον υγειονομικό σύστημα καλείται να αντιμετωπίσει έναν πρωτόγνωρο σε μεταδοτικότητα ιό χωρίς να υπάρχουν επίσημα πρωτόκολλα για τη διαχείριση των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Λίγο πριν τα μέσα του 2021 η νόσος υποχωρεί βαθμιαία, απελευθερώνοντας μέρος των δεσμευμένων κλινών, ενώ περί τα τέλη του ίδιου έτους η εικόνα επανέρχεται. Τα Νοσοκομεία που επιβαρύνονται ιδιαίτερος είναι τα νοσοκομεία αναφοράς: Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», και τα παιδιατρικά. Στην πορεία τα Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ», Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» σηκώνουν μεγάλο μέρος του φορτίου των βαριά νοσούντων. Αναλυτικά στοιχεία μέσης πληρότητας ανα Νοσοκομείο καταγράφονται στο Παράρτημα της παρούσης (7.1, 7.2).

Ειδικότερα, αρχές του 2020 οι γενικές ΜΕΘ παρουσιάζουν μέση πληρότητα που αγγίζει το 90% ενώ οι ΜΕΘ Covid που ξεκίνησαν τη λειτουργία τους την ίδια χρονική περίοδο βρίσκονται σε πληρότητα περί το 45%. Αυτό δικαιολογείται από τον περιορισμό των πρώτων και τη μετατροπή τους στις δεύτερες προκειμένου για την νοσηλεία βαρέων περιστατικών της νόσου. Επιπλέον, η συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα στα Covid περιστατικά είναι μηδαμινή και περιορίζεται αποκλειστικά σε non Covid ασθενείς. Σήμερα, αρχές 2023, οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ειδικές κλίνες (ΜΕΘ, ΜΑΦ, ΜΕΛ, Θάλαμοι Αρνητικής Πίεσης) είναι εξαιρετικά λιγότεροι από την έναρξη της πανδημίας, γεγονός που δικαιολογεί την πτωτική πορεία των δεσμευμένων κλινών ΜΕΘ στην επικράτεια. Ειδικότερα, οι νοσηλευόμενοι σε ΜΕΘ & ΜΑΦ στην 1^η ΥΠΕ Αττικής καλύπτουν το 53,1% της Επικράτειας, με την 3^η & 4^η ΥΠΕ να ακολουθούν αντιστοίχως (11,7%, 10,3%). Οι θάνατοι σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΑΒ παρουσιάζουν διακύμανση μεταξύ 23,6% (1^η ΥΠΕ Αττικής) – 1,6% (Ιδιωτικά Νοσοκομεία), ομοίως και το ποσοστό των διασωληνωμένων ασθενών 56% (1^η ΥΠΕ Αττικής) – 0% (Ιδιωτικά Νοσοκομεία). Το βάρος που ασκείται διαχρονικά και καθολικά, βαρύνει την 1^η Υγειονομική Περιφέρεια, η οποία καλύπτει ένα πληθυσμό περί τα 3,5 εκ. πολιτών περίπου το 33% της επικράτειας και διαχειρίζεται το

μεγαλύτερο πληθυσμιακά όγκο ασθενούντων όχι μόνο της δικής της χωρικής αρμοδιότητας αλλά και των υπολοίπων Περιφερειών (επαρχία & νησιά). Το ερώτημα που γεννάται από τα παραπάνω είναι εάν η πληρότητα ή αντίστοιχα η δέσμευση των κλινών για περιστατικά Covid-19, αποτέλεσε ενδεχομένως τροχοπέδη για άλλους ασθενείς να εισαχθούν και να νοσηλευτούν σε ΜΕΘ. Από την άλλη είναι γνωστό πως με Υπουργική Απόφαση αναβλήθηκαν ή περιορίστηκαν χειρουργικές επεμβάσεις ασθενών προκειμένου να μην απαιτηθεί η μετεγχειρητική φροντίδα και νοσηλεία στις ΜΕΘ που συχνά είναι αναγκαία. Σε αυτό απαντούν οι Δ/ντες των Πολυδύναμων ΜΕΘ αναφέροντας πως στην Αττική τουλάχιστον δεν προέκυψαν τέτοια ζητήματα, με τους ασθενείς που έχριζαν εισαγωγής να έχουν όλοι δεσμεύσει την αναγκαία κλίνη. Επιπλέον, η δέσμευση των κλινών ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων για περιστατικά που Covid συνεισέφερε προς την επίλυση σχετικών προβλημάτων. Συμπερασματικά, παρ' όλη την πίεση που ασκήθηκε στο σύστημα της 1^{ης} ΥΠΕ, η διαθεσιμότητα των κλινών ΜΕΘ & ΜΑΦ φαίνεται επαρκής για τη νοσηλεία και την κάλυψη των αναγκών των πολιτών που εισήχθησαν σε δομές αρμοδιότητας της.

3.2.2. Το Ανθρώπινο Δυναμικό στις ΜΕΘ

Η πανδημία του κορωνοϊού ταλανίζει για καιρό την κοινωνία και το σύστημα υγείας της χώρας. Καθοριστική για το στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό είναι η επένδυση στις επαγγελματικές ομάδες (γιατροί και νοσηλευτές) που κατά γενική ομολογία παίζουν κρίσιμο ρόλο για την αντιμετώπισή της. Μείζονος σπουδαιότητας η ασφαλής λειτουργία των νεοσύστατων ΜΕΘ που απαιτούν πρόσθετες ενισχύσεις.

Ξεκινώντας έναν αγώνα δρόμου, ακολουθούνται οι κάτωθι ενέργειες:

- α. Μετακινήσεις προσωπικού από έτερες δομές υγείας αρμοδιότητας ή εσωτερική ανακατανομή.
- β. Επίσπευση των διαδικασιών πρόσληψης μόνιμου Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Λοιπού προσωπικού καθώς και επικουρικού προσωπικού, με τη προσθήκη στο σύστημα υγείας περίπου 7,500 νέους υπαλλήλους (ειδικούς ιατρούς συγκεκριμένα στον τομέα της εντατικής θεραπείας, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό) μεταξύ του Μαρτίου του 2020 και του Φεβρουαρίου του 2021.
- γ. Αναστολή προγραμματισμένων αδειών ή συνταξιοδοτήσεων του υφιστάμενου προσωπικού με παράλληλη κινητοποίηση συνταξιούχων ή μη ενεργών επαγγελματιών υγείας, προκειμένου για επανένταξη στο σύστημα.

δ. Προσφορά συμβάσεων εργασίας στους επαγγελματίες του ιδιωτικού τομέα της υγείας, με πρόσθετα κίνητρα για την προσέλκυση υποψηφίων σε κενές θέσεις.

στ. Αναγκαστική προσφυγή στο μέτρο της επίταξης των υπηρεσιών Ιδιωτών Ιατρών σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα της υπ' αριθμ. ΓΠ.οικ. 551/7-1-2022 Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 9/τ.Β'/7-1-2022).

Την ίδια χρονική στιγμή ο εθελοντισμός βρίσκεται στο προσκήνιο ιατρικών, κοινοτικών και κοινωνικών δράσεων. Το Σχέδιο Στρατηγικής Ετοιμότητας και Ανταπόκρισης κατά του Covid-19 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ορίζει τους εθελοντές ως κύριους συμμετόχους στην προσπάθεια για ενημέρωση για τους κινδύνους και εμπλοκή της κοινότητας, αναγνωρίζοντας την πολύτιμη προσπάθεια και συνεισφορά τους στο σύστημα υγείας⁵⁹. Και ενώ σε πολλές χώρες δημιουργείται νομοθετικό πλαίσιο εθελοντισμού και οργανώνεται το σύστημα λειτουργίας του με ρόλους, οργανισμούς παροχής βοήθειας, πληροφοριακό υλικό με τα αντίστοιχα Υπουργεία Υγείας να πρωτοστατούν στις ενέργειες⁶⁰, στην Ελλάδα από τον Μάρτιο του 2020 περισσότεροι από 10,000 εθελοντές επαγγελματίες του τομέα της υγείας υπέβαλλαν αίτηση μέσω ψηφιακής πλατφόρμας για την παροχή κλινικής, τεχνικής ή διοικητικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της πανδημίας ανταποκρινόμενοι στο κάλεσμα του Υπουργείου Υγείας (ethelontes.gov.gr), χωρίς όμως να υφίσταται σαφές νομοθετικό πλαίσιο και άρα χωρίς ουσιαστικά αποτελέσματα.

Το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) που απασχολείται στις ΜΕΘ καταγράφεται πριν την έναρξη της πανδημίας 2020 και τέλη 2022 ως εξής:

Πίνακας 13 Σύνολο Προσωπικού ΜΕΘ 2020/2022 (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)

ΥΠΕ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕΘ 2020	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕΘ 2022	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 20-22
1Η ΥΠΕ	637	675	6%
2η ΥΠΕ	494	527	7%
3η ΥΠΕ	308	161	-48%
4η ΥΠΕ	303	341	13%
5η ΥΠΕ	214	291	36%

59

<https://www.pio.gov.cy/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CF%84%CE%B1-%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF.html?id=17260#flat>

⁶⁰ Υπουργείο Υγείας Αυστραλίας,

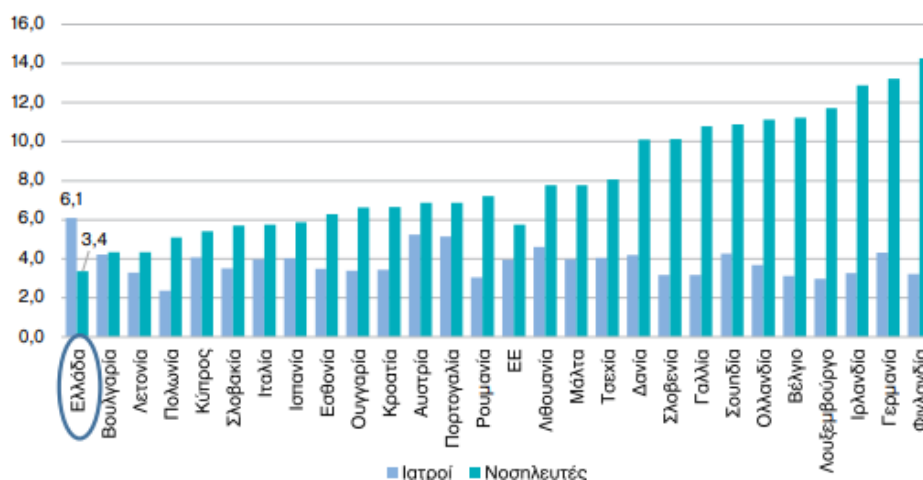
<https://www.volunteer.vic.gov.au/sites/default/files/documents/202005/Victorian%20Volunteers%20factsheet%20-%20Greek%20-%20FINAL%20-%2020200515.pdf>

6η ΥΠΕ	335	426	27%
7η ΥΠΕ	116	249	115%
ΣΥΝΟΛΟ	2407	2670	11%

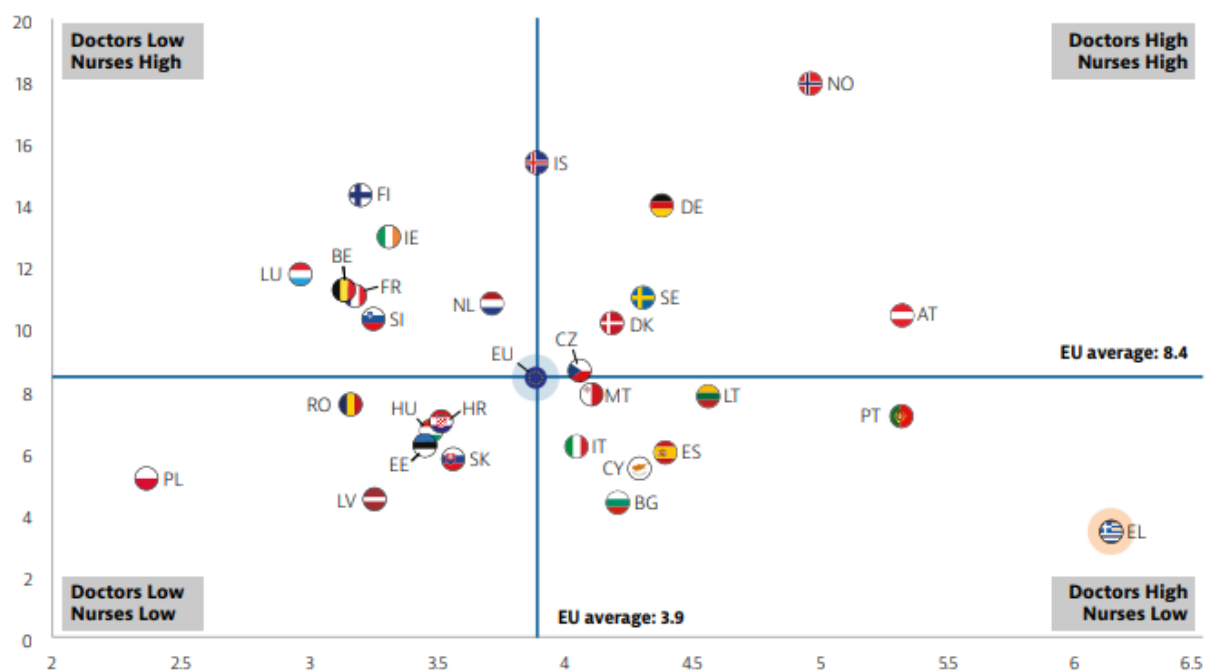
Πίνακας 14 Υπηρετούν Προσωπικό σε ΜΕΘ ανά κλάδο (πηγή: BI Forms, Υπουργείο Υγείας)

ΥΠΕ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΜΕΘ ΒΙ 2022	ΕΠΙΣΤ. ΜΗ ΙΑΤΡ- ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΜΕΘ ΒΙ 2022	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΒΙ 2022	ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΒΙ 2022	ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΒΙ 2022	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΚΤΟΣ ΕΣΥ ΒΙ 2022	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΤΟΣ ΕΣΥ ΒΙ 2022	ΣΥΝΟΛΟ
1η ΥΠΕ	12	12	465	0	0	39	147	675
2η ΥΠΕ	12	1	368	0	0	12	134	527
3η ΥΠΕ	8	0	71	0	0	10	72	161
4η ΥΠΕ	0	0	249	0	0	13	79	341
5η ΥΠΕ	0	0	236	0	0	4	51	291
6η ΥΠΕ	0	1	329	0	0	18	78	426
7η ΥΠΕ	0	0	193	0	0	9	47	249
ΣΥΝΟΛΟ	32	14	1911	0	0	105	608	2670

Όπως φαίνεται παρ' όλη τη προσπάθεια που έλαβε χώρα με τις στρατηγικές που ακολούθησε το Υπουργείο και κατ' επέκταση οι Υγειονομικές Περιφέρειες, η αντίστοιχη ποσοστιαία αύξηση του προσωπικού δεν ισοδυναμεί με εκείνη των ανεπτυγμένων κλινών. Αυτό το επιβεβαιώνουν και όλοι οι ερωτηθέντες Δ/ντες των ΜΕΘ, οι οποίοι αναφέρθηκαν στην ανάγκη εξειδικευμένου προσωπικού, δεδομένου ότι οι θέσεις καλύφθηκαν αρχικά εσωτερικά από τα νοσοκομεία ή με επικουρικό προσωπικό, συχνά μη εκπαιδευμένο, ή προσωπικό μετακινούμενο από άλλα νοσοκομεία. Διαχρονικά, η Ελλάδα παρουσιάζει την χαμηλότερη πυκνότητα σε νοσηλευτικό προσωπικό (3,4 νοσηλεύτες/1000 άτομα) συγκριτικά με άλλες χώρες και ταυτόχρονα την υψηλότερη πυκνότητα ιατρικού προσωπικού (6,1 ιατροί/1000 άτομα) (δες εικόνα 13, 14).



Εικόνα 11 Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό σε ΜΕΘ ανά χώρα για το 2018 (πηγή: IOBE)



Εικόνα 12 Ιατρονοσηλευτική Στελέχωση ανά Χώρα (πηγή: OECD-State of Health in EU, 2021)

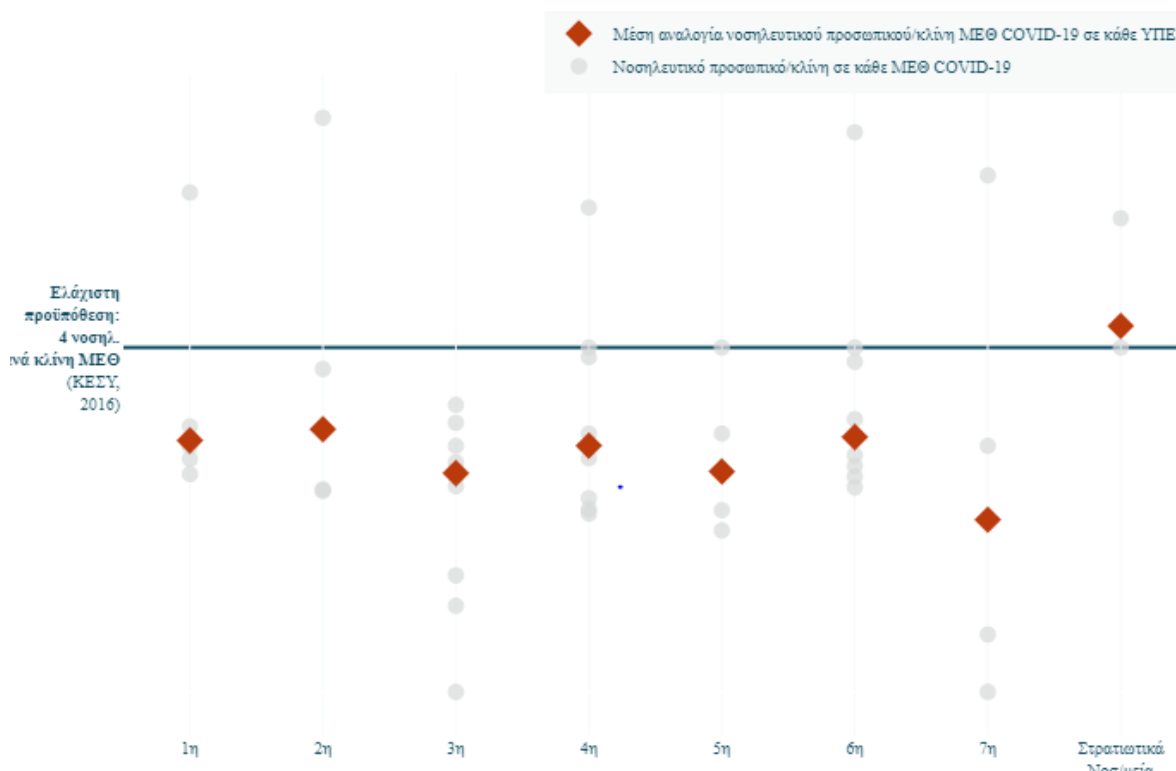
Μελετώντας ειδικότερα τα Νοσοκομεία 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής και λαμβάνοντας υπόψη τα οριζόμενα στην Απόφαση του ΚΕΣΥ, οι παρακάτω πίνακες απηχούν την σημερινή εικόνα τόσο σε αριθμό κλινών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ, ΜΕΘ Covid, ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ, ΜΕΝ ΝΕΟΓΝΩΝ) ανά νοσοκομείο καθώς και τη στελέχωσή τους σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Σε ότι αφορά τις κλίνες ΜΕΘ (στοιχεία Οκτωβρίου 2022), παρατίθενται κατωτέρω αναλυτικά στοιχεία κλινών και υπηρετούντος ιατρικού & νοσηλευτικού προσωπικού για όλα τα Νοσοκομεία αρμοδιότητας 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.

Πίνακας 15 Αναλυτικά Στοιχεία Κλινών ΜΕΘ & Προσωπικού (Ιατρικού, Νοσηλευτικού) ανά νοσοκομείο – Οκτώβριος 2022 (πηγή: 1^η ΥΠΕ Αττικής)

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕΘ - ΜΑΦ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ) ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 1ης ΥΠΕ														
ΦΟΡΕΑΣ	ΜΕΘ/ΜΑΦ	ΔΥΝΑΜΗ ΚΛΙΝΩΝ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ							ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ				
			ΜΟΝΙΜΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	Απαιτούμενο Ιατρικό Προσωπικό όπως Ορίζεται από Απόφαση του ΚΕΣΥ	Απαιτούμενο Ιατρικό Προσωπικό ΚΛΙΝΕΣ *0,88	ΜΟΝΙΜΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ	Απαιτούμενο Νοσηλευτικό Προσωπικό όπως Ορίζεται από Απόφαση του ΚΕΣΥ
Γ.Ν.Ν.Θ.Α. "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"	ΜΕΘ Α' ΠΠ	17	14	0	1	0	15	9	14,96	22	22	1	45	68
	ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΜΕΘ ΑΠΟ ΔΩΡΕΑ (3,4)	25	41	1	0	0	42	6+5,66 ->12	22	26	41	4	71	100
	ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΜΕΘ ΑΠΟ ΔΩΡΕΑ COVID (1,2)	25						6+5,66 ->12		24	48	0	72	100
	ΜΕΘ ΚΑΑ COVID	9	13	0	2	0	15	6	7,92	14	10	0	24	36
	ΜΕΘ ΚΑΑ 2 COVID	8						5,67 -> 6	7,04	11	12	0	23	32
Γ.Α.Ο.Ν.Α "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	7	11	0	4	0	15	5,67 -> 6	6,16	27	4	2	33	28
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ	4	ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ				0	3	3,52	ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ				16
ΓΝΑ "ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	12	15	0	5	0	20	6+1,33 ->8	10,56	17	15	0	32	48
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ (ΜΕΘ non covid)	5	0	0	0	0	0	3,75 ->4	4,4	5	6	2	13	20
ΕΛΠΙΣ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	6	4	1	0	0	5	4,5 -> 5	5,28	10	2	2	14	24
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α (λειτουργεί ως ΜΕΘ Covid)	7	20	2	3	0	25	5,25 -> 6	6,16	18	16	0	34	28
	ΝΕΑ ΜΕΘ ΑΠΟ ΔΩΡΕΑ (λειτουργεί ως ΜΕΘ Covid)	5	0	0	0	0	0	3,75 ->4	4,4	0	0	0	0	20
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ (λειτουργεί όμως ως ΜΕΘ Covid)	4	0	0	0	0	0	3	3,52	4	3	0	7	16
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	8	7		0	0	7	6	7,04	12	4	0	16	32
Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Β (ΟΙ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΤΗΣ ΜΕΘ Β ΚΑΛΥΠΤΟΥΝ ΜΑΦ ΚΑΙ ΜΕΘ COVID)	13	9	1	0	0	10	6+1,66 ->8	11,44	16	11	1	28	52
	ΝΕΑ ΜΕΘ ΑΠΟ ΔΩΡΕΑ	30	20	0	0	0	20	6+7,33 -> 14	26,4	14	20	1	35	120
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ	7	0	0	0	0	0	5,25 -> 6	6,16	5	7	0	12	28
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	9	8	0	2	0	10	6+0,33 -> 7	7,92	21	2	5	28	36
Γ.Ν.Ν.Ι ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	9	8	0	2	0	10	6+0,33 -> 7	7,92	21	2	5	28	36
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΓΝΑ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	14	11	1	0	0	12	8	12,32	20	7	0	27	56
	ΜΕΘ COVID	3	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟ ΓΙΑ ΤΙΣ 17 ΚΛΙΝΕΣ ΜΕΘ					2,25->3	2,64	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟ ΓΙΑ ΤΙΣ 17				12
ΓΟΝΚ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΓΥΡΟΙ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	12	9	0	0	0	9	6+1,33 ->8	10,56	24	0	0	24	48
ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	13	7	0	0	9	16	6+1,66 ->8	11,44	10	6	0	16	52
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ	8	1	0	0	7	8	6	7,04	4	5	0	9	32
ΓΝΑ "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	14	18	1	0	0	19	8	12,32	32	10	2	44	56
ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	ΝΕΑ ΜΑΦ ΑΠΟ ΔΩΡΕΑ	6	ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΜΕΘ- ΜΑΦ					4,5 -> 5	5,28	ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΜΕΘ- ΜΑΦ				24
ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	ΜΕΘ (ΝΕΑ & ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ)	33	36	1	7	6	50	6+8,33->15	29,04	47	33	16	96	132
ΓΝΑ "ΛΑΙΚΟ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	14	10	1	1	0	12	8	12,32	18	21	6	45	56
ΝΘΠ "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ	10	10	2	0	15	27	6+0,66 ->7	8,8	23	13	0	36	40

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕΘ - ΜΑΦ/ΜΕΝΝ (ΠΑΙΔΩΝ) ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 1ης ΥΠΕ																
				ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ				
ΦΟΡΕΑΣ	ΜΕΘ	ΔΥΝΑΜΗ ΚΛΙΝΩΝ		ΜΟΝΙΜΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	Απαιτούμενο Ιατρικό Προσωπικό όπως Ορίζεται από Απόφαση του ΚΕΣΥ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΛΙΝΕΣ *0,88		ΜΟΝΙΜΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ	Απαιτούμενο Νοσηλευτικό Προσωπικό όπως Ορίζεται από Απόφαση του ΚΕΣΥ
Γ.Ν.Π.Α. "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	8		9	2	5	0	16	6	7,04		25	2	0	27	32
	ΜΕΘ COVID	5		0	0	0	0	0	3,75 ->4	4,4		0	0	0	0	20
Γ.Ν.Π.Α. "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	13		19	0	4	0	23	6+1,66 ->8	11,44		14	6	0	20	52
	ΝΕΑ ΜΕΘ ΑΠΟ ΔΩΡΕΑ	6		* (δεν λειτουργεί ακόμα)					4.5 -> 5	5,28		0	0	0	0	24
Γ.Ν.Π.Α. "ΠΕΝΤΕΛΗΣ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	6		8	0	2	0	10	4.5 -> 5	5,28		9	4	0	13	24
ΦΟΡΕΑΣ	ΜΕΝΝ/ΜΑΦ	ΔΥΝΑΜΗ ΚΛΙΝΩΝ		ΜΟΝΙΜΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	Απαιτούμενο Ιατρικό Προσωπικό όπως Ορίζεται από Απόφαση του ΚΕΣΥ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΛΙΝΕΣ *0,88		ΜΟΝΙΜΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ	Απαιτούμενο Νοσηλευτικό Προσωπικό όπως Ορίζεται από Απόφαση του ΚΕΣΥ
Γ.Ν.Π.Α. "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	ΜΕΝΝ (ΟΙ 26 ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑΛΥΟΝΤΑΙ ΩΣ ΕΞΗΣ: ΜΕΝΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ(8 ΚΛΙΝΕΣ), ΜΕΝΝ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΜΑΦ(6 ΚΛΙΝΕΣ), ΜΕΝΝ ΑΠΛΗ(6 ΚΛΙΝΕΣ), ΜΕΝΝ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (6 ΚΛΙΝΕΣ). ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΑ/ΒΡΕΦΗ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ Η ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ)	26		9	1	4	1	15	12	22,88		20	5	0	25	104
Γ.Ν.Π.Α. "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ ΝΕΟΓΝΩΝ Α	10		ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΜΕΝΝ Α΄					6+0,66 ->7	8,8		9	3	1	13	40
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ ΝΕΟΓΝΩΝ Β	10		ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΜΕΝΝ Β΄					6+0,66 ->7	8,8		καλυπτεται από νοσηλευτές ΜΑΦ ΝΕΟΓΝΩΝ Α				40
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΑΦ ΠΡΩΩΡΩΝ (ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ)	30		3			8	11	6+7,33 -> 14	26,4		12	5	0	17	120
	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ(ΚΕΜ)	6		0	1	0	0	1	4.5 -> 5	5,28		9	4	0	13	24
	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ Α΄	20		11	2	4	0	17	10	17,6		12	6	0	18	80
	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ Β΄	20		11	1	4	0	16	10	17,6		12	4	0	16	80
ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	ΜΕΝΝ	40		9	0	2	7	18	6+10,66 ->17	35,2		26	13	0	39	160

Παρατηρείται ότι, στη πλειοψηφία των νοσοκομείων το ιατρικό προσωπικό φαίνεται επαρκές. Δεν ισχύει ωστόσο το ίδιο με το Νοσηλευτικό Προσωπικό το οποίο υπολείπεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Επιπλέον, μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών είναι επικουρικό προσωπικό και όχι με μόνιμη σχέση εργασίας. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι μεγάλο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες γεγονός που σηματοδοτεί μεγαλύτερο ποσοστό απουσίας λόγω της ιδιότητάς τους ως μητέρες (άδειες ανατροφής τέκνου, άδεια φροντίδας παιδιού, άδειες τοκετού/λοχείας κλπ). Τα παραπάνω λεχθέντα επιβεβαιώνει και η μελέτη του iMedD Lab με την συνδρομή της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας, όπου συνάγεται υποστελέχωση των υποδομών εντατικής θεραπείας για ασθενείς με Covid-19 ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό και στις επτά ΥΠΕ ανά τη χώρα (εξαιρουμένων των στρατιωτικών νοσοκομείων), ενώ διάφορες μονάδες, ανά την Επικράτεια, έχουν λειτουργήσει με ανεπαρκές ιατρικό προσωπικό (51 ΜΕΘ μελέτης, 454 γιατροί, 1.481 νοσηλευτές, περιλαμβανομένων όλων όσων έχουν «επιστρατευθεί» στην εντατική θεραπεία των περιστατικών –ειδικευμένων και μη, μόνιμων, επικουρικών και άλλου έκτακτου ενισχυτικού προσωπικού)⁶¹.



Εικόνα 13 Αναλογία Νοσηλευτικού Προσωπικού/κλίνη ΜΕΘ Covid-19 ανά Υ.Π.Ε. (πηγή: iMedD Lab)

⁶¹ iMedD Lab, <https://lab.imedd.org/ypostelexosi-meth-covid-thnitotita-plirotita-esy/>

3.2.3 Η θνητότητα στις ΜΕΘ (1^η Υ.ΠΕ.)

Αν και η παρούσα εργασία δεν υπεισέρχεται σε ιατρικά ζητήματα ούτε προσδοκά να κρίνει την ποιότητα της περίθαλψης και φροντίδας, συναφώς δεν δύναται να πιθανολογήσει σχετικά με την έκβαση των διασωληνωμένων ασθενών και των νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ, αξίζει να ερευνηθεί επιδερμικά το ζήτημα της θνητότητας με την παράθεση κάποιων αριθμητικών δεδομένων νοσοκομείων 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.

Κατά τη διαδοχή των πανδημικών κυμάτων και ανάλογα με τη νοσηρότητα που συνεπέφερε ο ιός κάθε φορά, πολύς λόγος έλαβε χώρα γύρω από τη θνητότητα εντός των ΜΕΘ. Μια έρευνα που αφορά το εν λόγω ζήτημα, είναι εκείνη του κ. Θ. Λύτρα, Καθηγητή Δημόσιας Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η έρευνα συμπεραίνει ότι υπάρχει επιδείνωση της θνησιμότητας των ασθενών με Covid-19, εντός και εκτός Μονάδων Εντατικής Θεραπείας κατά 21%, την περίοδο από 9^ο/2021 έως 4^ο/2022 συγκριτικά με την αρχή της πανδημίας έως 5^ο/2021. Συμπεραίνει ότι, όσοι δεν εισήχθησαν σε ΜΕΘ σχεδόν όλοι έχασαν τη μάχη για τη ζωή τους (1.084 ασθενείς, 97,7%) έναντι 72,7% (9.382 ασθενείς) των νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ. Ακόμα, στους διασωληνωμένους εκτός ΜΕΘ η θνησιμότητα ήταν διπλάσια συγκριτικά με τους διασωληνωμένους εντός ΜΕΘ, συσχετισμός που όμως πρέπει να αξιολογηθεί με προσοχή και να συνεκτιμηθούν παράμετροι όπως η ηλικία και οι συννοσηρότητες (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, ΧΑΑΠ) του ασθενή με Covid-19⁶². Ωστόσο, μια προσεκτική μελέτη στην αποτίμηση των δεδομένων των θανάτων ανά νοσοκομείο 1^{ης} Υ.ΠΕ. που παρατίθεται κατωτέρω, παρουσιάζει τους θανάτους σε κλίνες covid (828) περισσότερους αριθμητικά εν συγκρίσει με εκείνους σε κλίνες non covid (597) για το έτος 2021 και όμοιους για το 2022 (870). Την ίδια χρονική περίοδο οι διασωληνωμένοι ασθενείς αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό έναντι των νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ. Επιπλέον, η μελέτη που δημοσιεύει το iMedD Lab⁶³ το 2021 για τη θνησιμότητα επιδεικνύει δυο παραμέτρους: α) τη θετική συσχέτιση μεταξύ θανάτων και πληρότητας, όπου όσο αυξάνεται η πληρότητα των κλινών, τόσο αυξάνεται η θνησιμότητα από την πανδημία στην εκάστοτε περιοχή με πληγείσες κατά κύριο λόγο τις 3^η & 4^η Υ.ΠΕ. και β) την νοσηλευτική υποστελέχωση των ΜΕΘ και την έλλειψη εκπαίδευσης και ειδίκευσης.

⁶² <https://www.protothema.gr/koronoios-live/article/1289222/meleti-lutra-upsili-thnitotita-stous-ektos-Covid-meth-kai-stous-astheneis-sta-nosokomeia-tis-eparhias-other/>

⁶³ <https://lab.imedd.org/ypostelexosi-meth-covid-thnitotita-plirotita-esy/>

Πίνακας 16 Στοιχεία Θανάτων σε Κλίνες ΜΕΘ Covid-19 & Non Covid-19 (από 26/5/2021) (Πηγή: 1^η Υ.ΠΕ.)

Στοιχεία Θανάτων σε Κλίνες ΜΕΘ Covid-19																							
Νοσοκομεία	2021								Σύνολο 2021	2022												Σύνολο 2022	Γενικό Σύνολο
	Μαΐ	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ		Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαΐ	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ ως 14.12.22		
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο									0				1									1	1
Άγιοι Ανάργυροι									0													0	0
Άγιος Σάββας									0													0	0
Αλεξάνδρα				1	1			2	4	4	2	3	1	2		1	1			1		15	19
Αμαλία Φλέμινγκ									0													0	0
Ανδρέας Συγγρός									0													0	0
Γ. Γεννηματάς	2	11							13													0	13
Ευαγγελισμός	6	14	13	10	18	8	19	18	106	17	17	5	18	8	1			1	1		1	69	175
Η Ελπίς	1	4					4	17	26	20	10	7	8	4								49	75
Ιπποκράτειο	5	16	4	4	6	4	5	4	48	2	10	3	5	1	1							22	70
ΚΑΤ	3	16	2	14	18	9	32	52	146	53	37	30	16	11	8	10	14	5	9	12	5	210	356
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	5	16	2		16	7	8	14	68	14	14	14	8	7	2							59	127
Κωνσταντοπούλειο	6	9	4	9	7	9	8	7	59	18	16	8	5	2								49	108
Λαϊκό		6			1				7													0	7
Παιδών Αγία Σοφία									0													0	0
Παμμακάριστος				2			2	4	8	3		1	2		1							7	15
Παναγιώτης & Αглаΐα Κυριακού									0													0	0

Σισμανόγλειο	2	12	2	4	10	7	7	12	56	5	8	10	3	2	2	3	12	2	1	4	3	55	111
Σωτηρία	5	29	26	48	51	30	47	51	287	35	27	36	34	14	27	33	18	29	29	31	21	334	621
Γενικό Σύνολο	35	133	53	92	128	74	132	181	828	171	141	117	101	51	42	47	45	37	40	48	30	870	1.698
Στοιχεία Θανάτων σε Κλίνες ΜΕΘ Non Covid-19																							
Νοσοκομεία	2021								Σύνολο 2021	2022												Σύνολο 2022	Γενικό Σύνολο
	Μαϊ	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ		Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαϊ	Ιουν	Ιουλ	Αυγ	Σεπ	Οκτ	Νοε	Δεκ ως 14.12.22		
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο									0				1									1	1
Άγιοι Ανάργυροι			5	4	9	2			20										2			2	22
Άγιος Σάββας		2	1	1	1	1			6			2		1					2	1		6	12
Αλεξάνδρα	1	18	18	11	13	8	13	18	100	8	12	10	13	14	16	10	8	10	14	11	8	134	234
Αμαλία Φλέμινγκ									0													0	0
Ανδρέας Συγγρός									0													0	0
Γ. Γεννηματάς	1	1	7	3	5	3	6	6	32	5	4	2		3	3	2	2	4	3		2	30	62
Ευαγγελισμός		11	12	11	5	6	3	7	55	9	6	10	6	11	4	8	9	16	6	2	2	89	144
Η Ελπίς		3	9	10	18	15	13	29	97	21	9	3	1		6	8	4	5	4	3	3	67	164
Ιπποκράτειο	3			2	1	2	2	1	11			1	1	1			1	1			1	6	17
ΚΑΤ		15	12	8	10	18	11	8	82	3	6	8	9	12	18	14	8	9	10	5	3	105	187
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο						4	8	7	19	13	7	9	25	5	11	6	10	8	4	5	4	107	126
Κωνσταντοπούλειο									0													0	0
Λαϊκό	5	7	9	10	14	19	14	15	93	11	11	12	9	8	5	15	3	1	6	7	3	91	184
Παιδων Αγία Σοφία		3	4	4	2	1		2	16	4	1		2	4	2	5	2	2	1	2	1	26	42
Παρμακάριστος		3	2		2	2	1	4	14	2	2	4	5	2	5		1	4	3	1	1	30	44

Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού									0													0	0
Σισμανόγλειο	1	5	7	7	6	3	5	2	36			5	14	6	10	5	1	2	5	5	2	55	91
Σωτηρία			1	1	2	4	6	2	16		3	3	3	7	11	19	12	17	19	19	7	120	136
Γενικό Σύνολο	11	68	87	72	88	88	82	101	597	171	141	117	101	51	42	47	45	37	40	48	30	870	1.467

3.3. Οι Δωρεές στο ΕΣΥ

Η αναβάθμιση πρόσθετων δομών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης για τη φροντίδα των ασθενών με Covid-19 που χρήζουν νοσηλείας επιτεύχθηκε με διάφορα μέσα. Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 6472/2020 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 4487/τ.Β'/12-10-2020) περί «Υλοποίησης μέτρων αποφυγής και περιορισμού της διάδοσης κορωνοϊού», **α.** δεσμεύονται εγκαταστάσεις, χώροι και κλίνες, για το χρονικό διάστημα έως τις 31.12.2020 στις τριτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΣΥ και σε στρατιωτικά νοσοκομεία αποκλειστικώς για νοσηλεία ασθενών νοσούντων από κορωνοϊό, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν και την διαθεσιμότητα των νοσοκομείων, **β.** καθορίζεται η διαδικασία μεταφοράς των ασθενών που δεν πάσχουν από κορωνοϊό από τις ανωτέρω κλινικές σε άλλους χώρους νοσηλείας σε άλλες δημόσιες δομές, **γ.** Σε περίπτωση μη επάρκειας κλινών στις δημόσιες δομές για τη μεταφορά των ασθενών, δύναται να διατίθενται κλίνες νοσηλείας και κλίνες ΜΕΘ σε ιδιωτικά θεραπευτήρια-κλινικές, οι οποίες διαθέτουν σύμφωνα με την άδεια λειτουργίας τους αντίστοιχα τμήματα για τη νοσηλευτική περίθαλψη των ασθενών, καθ' υπέρβασιν του αριθμού όσων διατίθενται στον ΕΟΠΥΥ δυνάμει σχετικών Μνημονίων Συνεργασίας, κατ' εφαρμογή του άρθρου 21 του ΕΚΠΥ. Επιπλέον, με το αρ. 3 του ίδιου Νόμου περί «Ειδικών ρυθμίσεων για αύξηση υφιστάμενων και διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ» αυξάνεται έως 40% η δυναμικότητα των κλινών ΜΕΘ ανά ιδιωτική κλινική, με το απαραίτητο ιατροτεχνολογικό μηχανολογικό εξοπλισμό και με το υφιστάμενο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες κλίνες θα διατίθενται αποκλειστικά για να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην περίπτωση που απαιτηθεί. Έτσι, εξασφαλίστηκαν κλίνες οξείας νοσηλείας εντός των δημόσιων νοσοκομείων και πολλές πτέρυγες σε ιδιωτικές κλινικές μετατράπηκαν σε κλινικές Covid-19, ενώ κινητοποιήθηκαν επίσης μονάδες σε στρατιωτικά νοσοκομεία για τη φροντίδα ασθενών με Covid-19.

Η ικανότητα κινητοποίησης κλινών ΜΕΘ στη φάση κορύφωσης των αναγκών επιτεύχθηκε σε τρία στάδια κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος. Περιλάμβανε τη μετατροπή και την αναδιάταξη των υφιστάμενων κλινών (όπως τη μετατροπή σε ΜΕΘ μονάδων αυξημένης φροντίδας –ΜΑΦ- και θαλάμων αρνητικής πίεσης που διέθεταν την αναγκαία υποδομή μηχανικού αερισμού) και τη δημιουργία νέων κλινών και πτερύγων ΜΕΘ, ως επί το πλείστον εντός των δημόσιων νοσοκομείων. Οι προμήθειες κλινών διαμορφώθηκαν ανάλογα με τις ανάγκες, αλλά μετά τη δεύτερη έξαρση κρουσμάτων τον Νοέμβριο του 2020, η κυβέρνηση

στράφηκε στον ιδιωτικό τομέα, μέσω συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για την αγορά υπηρεσιών ΜΕΘ και της προσωρινής επίταξης κλινών σε ιδιωτικά νοσοκομεία στις λίγες περιπτώσεις όπου η ζήτηση υπερέβη την προσφορά (για παράδειγμα στη Θεσσαλονίκη). Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ στην Ελλάδα διπλασιάστηκε κατά τις περιόδους κορύφωσης των αναγκών, χωρίς να καλυφθούν πλήρως σε εθνικό επίπεδο οι διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ⁶⁴.

3.3.1. Νομικό Πλαίσιο Δωρεών Υπέρ Δημοσίου⁶⁵

Η ενίσχυση των φορέων του δημοσίου τομέα, μέσω δωρεών που προέρχονται από την ιδιωτική πρωτοβουλία ρυθμίζεται από ένα πλέγμα νομικών κανόνων, τα σημαντικότερα σημεία παρατίθενται ως κάτωθι:

Άρθρο 55 του Ν.4557/2018 (ΦΕΚ Α' 139/30.07.2018)

Μετά το άρθρο 3 του ν. 4182/2013 (Α' 185) προστίθεται άρθρο 3Α, ως εξής:

«Άρθρο 3Α Ρύθμιση θεμάτων δωρεών προς φορείς δημόσιου τομέα

1. Συμβάσεις προμήθειας αγαθών, παροχής υπηρεσιών ή εκτέλεσης έργων, οι οποίες συνάπτονται από φορείς του δημόσιου τομέα, όπως αυτός προσδιορίζεται στην περίπτωση α' της παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 4270/2014 (Α' 143), για την υλοποίηση αντίστοιχων δωρεών αγαθών ή υπηρεσιών ή έργων από ιδιώτες προς τους δημόσιους αυτούς φορείς, δεν θεωρούνται δημόσιες συμβάσεις και εξαιρούνται της κείμενης νομοθεσίας για την ανάθεση και εκτέλεση δημοσίων συμβάσεων, εφόσον στη σύμβαση δωρεάς που καταρτίζεται μεταξύ του ιδιώτη («Ο δωρητής») και του φορέα του δημοσίου τομέα («Ο δωρεοδόχος»), καθορίζονται μεταξύ άλλων:

α. Το αντικείμενο της δωρεάς, αγαθό, υπηρεσία ή έργο. β. Η δαπάνη, η οποία καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τον δωρητή. γ. Η διαδικασία της εκ μέρους του δωρεοδόχου υπόδειξης στον δωρητή του οικονομικού φορέα, ο οποίος κρίνεται ο πλέον κατάλληλος για την εκπλήρωση του αντικειμένου της δωρεάς, καθώς και ο χρόνος ολοκλήρωσης της σχετικής διαδικασίας.

Ελλείψει σαφούς νομοθετικού πλαισίου και με σκοπό τη διαφάνεια και την τήρηση της αρχής της νομιμότητας, με τον παρόντα νόμο διαμορφώνεται ένα σαφές και ευέλικτο πλαίσιο που

⁶⁴OECD, State of Health in the EU ΕλλάδαΠροφίλΥγείας 2021, European Commission

⁶⁵ Περί νομοθετικού πλαισίου προς φορείς του Δημοσίου, η Λειτουργία Ηλεκτρονικής πλατφόρμας Δωρεών (e-Δωρεές) και η συλλογή αναγκών των Φορέων για την κάλυψη αυτών, μέσω δωρεών.

επιτρέπει την ολοκλήρωση δωρεών ιδιωτών στους φορείς του Ελληνικού Δημοσίου προς όφελος της κοινωνίας. (Αιτιολογική έκθεση/ 20.07.2018).

2.Περαιτέρω επισημαίνεται το γεγονός ότι με νομοθετικές ρυθμίσεις έχουν εξαιρεθεί φορείς του Δημοσίου από τη διαδικασία αποδοχής δωρεάς μέσω Υπουργείου Οικονομικών. Συγκεκριμένα τέτοιες περιπτώσεις είναι δωρεές προς Νοσοκομεία (αρ. 6 παρ.15 του ν.3329/05). Σύμφωνα με την διάταξη (της παρ. 4 εδ, β. του άρθρου 3) συγκροτείται σε κάθε Υπουργείο Μητρώο Δωρεών το οποίο λειτουργεί σύμφωνα με τα οριζόμενα σε αυτή και παράλληλα με την ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΠΛΑΤΦΟΡΜΑ ΔΩΡΕΩΝ (e-Δωρεές) η σύσταση και λειτουργία της οποίας θεσπίστηκε με το άρθρο 51 του ν.4758/2020 (ΦΕΚ 242/Α'/4.12.20)⁶⁶.

Οι Διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται σε περιπτώσεις δωρεών προς τα Δημόσια Νοσηλευτήρια είναι αναρτημένες στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (<https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/033A862558810515C2257F7E002BB4CC>).

Ορισμοί/Αστικός Κώδικας/Διατάξεις για τις δωρεές (άρθρα 496-512)

-«**Δημόσιο**»: το Ελληνικό Δημόσιο, (δημόσιες υπηρεσίες, ΝΠΔΔ, δημόσιες επιχειρήσεις)

-«**Κοινοφελής σκοπός**»: κάθε θρησκευτικός, φιλανθρωπικός εκπαιδευτικός πολιτιστικός και γενικά επωφελής για την κοινωνία, εν όλω ή εν μέρει σκοπός.

-«**Διάρκεια Υλοποίησης Έργου**»: το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ο Φορέας Υλοποίησης υλοποιεί το Έργο σε εκπλήρωση των όρων της Σύμβασης όπως ορίζεται στο άρθρο 4.1.

-**Άρθρο 496ΑΚ.**«**Έννοια της Δωρεάς**»: Η παροχή σε κάποιον ενός περιουσιακού αντικειμένου αποτελεί δωρεά, αν γίνεται κατά τη συμφωνία των μερών χωρίς αντάλλαγμα. Η υλοποίηση και η παράδοση του Έργου, στο Ελληνικό Δημόσιο με αποκλειστική δαπάνη, μέριμνα και ευθύνη του Ιδρύματος, χωρίς την καταβολή οιοδήποτε ανταλλάγματος εκ μέρους του Δωρεοδόχου.

-**Άρθρο 498.** Σύσταση: Για τη σύσταση δωρεάς απαιτείται συμβλαιογραφικό έγγραφο. Η δωρεά κινητού πράγματος για την οποία δεν συντάχθηκε συμβολαιογραφικό έγγραφο ισχυροποιείται αφότου ο δωρητής παραδώσει το πράγμα στον δωρεοδόχο.

-«**Δωρητής**» είναι το Ίδρυμα ή ο Ιδιώτης/ **Άρθρο 507ΑΚ:** Ο δωρητής έχει δικαίωμα να ανακαλέσει τη δωρεά αν ο δωρεοδόχος παραλείπει υπαίτια να εκτελέσει τον τρόπο υπό τον οποίο έγινε η δωρεά.

-«**Δωρεοδόχος**» είναι ο αποδέκτης Δωρεάς, (ήτοι το Ελληνικό Δημόσιο ως ανωτέρω αναφέρθηκε).

⁶⁶ www.et.gr

3.3.2. Δωρητές στην Υγεία

Συνέπεια της πανδημίας Covid-19, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, είναι το κύμα δωρεών, για τη στήριξη των Νοσοκομείων και κατ' επέκταση του ΕΣΥ. Η πολυετής οικονομική κρίση καθιστά προβληματική τη βιώσιμη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης⁶⁷. Η αύξηση φτάνει το 20% στη χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη μείωση 15% χρήση υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Τα παραπάνω ποσοστά δεν είναι απλά αριθμοί⁶⁸. Είναι άνθρωποι και συστήματα υγείας που βιώνουν δύσκολες και αδιέξοδες καταστάσεις. Το ίδιο συμβαίνει στις 26 Φεβρουαρίου 2020 στη χώρα, η οποία αρχικά φαίνεται να υστερεί σε υφιστάμενες υποδομές κλινών ΜΕΘ σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και καλείται να διαχειριστεί έναν σταθερό αριθμό διασωλημένων ασθενών που υπερέβαινε καθημερινά τους 500⁶⁹. Με διαφορά πρώτη η Γερμανία στην οποία αντιστοιχούν 33,9 κρεβάτια ΜΕΘ ανά 100.000 κατοίκους με δεύτερη την Αυστρία (28,9). Την εποχή έναρξης της νόσου η Ελλάδα υπολειπόταν κατά πολύ του ελάχιστου ορίου δυναμικότητας και τα διαθέσιμα κρεβάτια αντιστοιχούν σε 5,3:100.000 κατοίκους⁷⁰. Ειδικότερα στα νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής στο σημείο έναρξης της νόσου ανέρχονται σε 245 (Ιανουάριος 2020, BI Forms-Y.Y).

Υπό την έννοια αυτή η πανδημία ανέδειξε ένα μονιμότερο πρόβλημα του Ε.Σ.Υ. στα αίτια του οποίου συνεκτιμώνται μεταξύ άλλων και το πολυδάπανο πλάνο ανάπτυξης και λειτουργίας αντίστοιχων κλινών. Εκκινώντας από την παραδοχή για τον κατ'αρχήν δικαιολογημένο αιφνιδιασμό του Κράτους από την οξύτητα της υγειονομικής κρίσης, ωστόσο το ίδιο επιβάλλεται και υποχρεούται σε πάγιες ρυθμίσεις που διέπουν την οργάνωση και λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας προκειμένου για τη διασφάλιση της απρόσκοπτης και επί ίσοις όροις πρόσβαση του πληθυσμού στην προσήκουσα φροντίδα υγείας. Συναφώς η σημερινή

⁶⁷ Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2010, σελ.834-84.

⁶⁸ Κυριόπουλος Γ. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Ε.Σ.Δ.Δ, Απρίλιος 2011 .

⁶⁹ Ημερήσια έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης λοίμωξης από το νέο κορωνοϊό (COVID-19) Δεδομένα έως 03 Δεκεμβρίου 2020, ώρα 15:00 στο <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/covid-gr-daily-report-20201203.pdf>

⁷⁰ Παράρτημα 1, στο <https://www.thetoc.gr/politiki/article/kouloglou-uparxei-problepsi-tis-kubernisis-gia-epitaxi-ton-idiotikon-klinikon/>

υγειονομική κρίση προσιδιάζει σε μαραθώνιο για τη χώρα, με επιπλέον οικονομικές και κοινωνικές παραμέτρους και απαιτεί προετοιμασία και δράση ώστε να εξασφαλιστούν χρηματοδοτικά εργαλεία και βιώσιμα έργα. Η αντίδραση έρχεται από επιχειρήσεις όλων των κλάδων (οικονομίας, ναυτιλίας, υγείας, ενέργειας) και κοινωφελή ιδρύματα που αναλαμβάνουν δράση για κτιριακές υλικοτεχνικές υποδομές και παροχή υγειονομικής φροντίδας εκφράζοντας εμπράκτως την αλληλεγγύη τους και την ανταπόκρισή τους στη πρόκληση που αντιμετωπίζει η χώρα.

Ενδεικτικά παραδείγματα κινητοποίησης, συνεργασίας και πρωτοβουλίες δωρεών, ύψους πολλών εκατομμυρίων, παρατίθενται με ιδιαίτερη έμφαση στην παρούσα εργασία.

- 865 Φορείς / Οργανισμοί / Ιδιώτες, έχουν ολοκληρώσει τη διαδικασία δωρεάς 89 εκ. ευρώ σε νοσοκομεία του ΕΣΥ μεταξύ αυτών Νοσοκομεία της Αττικής (ιατρικό εξοπλισμό, μέσα ατομικής προστασίας, καταθέσεις χρηματικών ποσών, επεκτάσεις Μονάδων) Δελτίο Τύπου 7.5.20 (Ομιλία Υπουργού Υγείας) <https://eody.gov.gr/category/deltia-typoy/O> νέος εξοπλισμός δίνει τη δυνατότητα μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας του ασθενή, απελευθερώνοντας κλίνες, ομοίως διευκολύνει το έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) Στηρίζοντας την Υγεία στην Ελλάδα / Supporting Greece's Health Sector. Το Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας και του Ιδρύματος για την υλοποίηση της πρωτοβουλίας του «Στηρίζοντας την Υγεία στην Ελλάδα», ύψους άνω των €200 εκατομμυρίων περιλαμβάνει σειρά έργων υποδομών και εκπαίδευσης σε όλη την επικράτεια.
- Ενίσχυση ΜΕΘ και Δυνατότητας Πραγματοποίησης Μαζικών Διαγνωστικών Τεστ για τον Covid-19. Με δωρεά, άνω των \$17.9 εκατομμυρίων (€16,5 εκατομμυρίων), το ΙΣΝ υποστήριξε την ανακαίνιση χώρων σε 15 νοσοκομεία στην Ελλάδα, προκειμένου να επιτευχθεί η προσθήκη συνολικά (155) κλινών εντατικής θεραπείας και (19) κλινών αυξημένης φροντίδας στη χώρα (βλ.κατωτέρω).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι της Επιμέρους Σύμβασης
Λίστα Νοσοκομείων και Κατανομή Κλινών ΜΕΘ και ΜΑΦ ανά Νοσοκομείο

			A	B	C	D	E	F
A/A	Υ.ΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΜΕΘ	ΜΑΦ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ (m ²)	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
			6	0	6	220	€ 30.000,00	
8	2	Γ.Ν. ΛΕΙΒΟΥ "ΒΟΪΤΑΝΕΙΟ"	1	0	1	50	€ 150.000,00	
9	3	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	0	3	3	108	€ 129.600,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
10	3	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	3	0	3	86	€ 103.200,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
11	4	Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	30	8	38	2.100	€ 4.350.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών Εντός του π/ν ζητείται η υλοποίηση υποστηρικτικού έργου αναβάθμισης του υποσταθμού ηλ. ρεύματος του νοσοκομείου
12	5	Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	7	0	7	494	€ 340.000,00	
13	7	Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΓΕΙΟ"	4	0	4	100	€ 214.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
14	7	Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	6	0	6	134	€ 244.500,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
15	7	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	9	2	11	650	€ 1.190.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
			4	0	4	150	€ 120.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
ΣΥΝΟΛΟ			155	19	174	8.075	€ 15.111.500,00	

ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΕΡΓΑ: € 15.111.500,00

Εικόνα 14 Κατανομή Κλινών ΜΕΘ/ΜΑΦ ανά Νοσοκομείο κατόπιν των δωρεών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι της Επιμέρους Σύμβασης
Λίστα Νοσοκομείων και Κατανομή Κλινών ΜΕΘ και ΜΑΦ ανά Νοσοκομείο

			A	B	C	D	E	F
A/A	Υ.ΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΜΕΘ	ΜΑΦ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ (m ²)	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	1	Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	30	0	30	1.600	€ 2.398.000,00	Εντός του π/υ ζητείται η υλοποίηση υποστηρικτικού αντισημυρικού έργου
2	1	Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	5	0	5	120	€ 250.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
3	1	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΠΑ ΣΟΦΙΑ"	6	0	6	240	€ 475.000,00	
4	1	Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΤΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	0	6	6	240	€ 320.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
5	1	Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	8	0	8	208	€ 549.200,00	
			15	0	15	615	€ 1.623.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
			10	0	10	540	€ 1.603.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
6	2	Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΙΖΑΝΕΙΟ"	4	0	4	100	€ 370.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
								Εντός του π/υ ζητείται η υλοποίηση υποστηρικτικού έργου στα κέντρα κενού και ιατρικού αέρα που θα εξυπηρετούν το σύνολο του Νοσοκομείου
7	2	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"*	7	0	7	320	€ 652.000,00	Εντός του π/υ ζητείται η υλοποίηση υποστηρικτικού έργου στα κέντρα κενού κα: ιατρικού αέρα που θα εξυπηρετούν το σύνολο του Νοσοκομείου

26 26/10/2019

Ειδικότερα: Στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια οι δωρεές σε κλίνες ΜΕΘ στο ΕΣΥ έχουν ως κάτωθι:

- πενήντα (50) νέες κλίνες ΜΕΘ-Covid-19 στο ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» (Νοσοκομείο Αναφοράς) από δωρεά της Βουλής των Ελλήνων.
- τριάντα (30) νέες κλίνες ΜΕΘ-Covid-19 στο ΓΝΑ «ΚΑΤ» από δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ).
- πέντε (5) νέες κλίνες ΜΕΘ-Covid-19 στο ΓΝΑ «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» από δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ).
- έξι (6) νέες κλίνες ΜΑΦ-Covid-19 στο ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ- ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΕΕΣ από δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ).
- οκτώ (8) νέες κλίνες ΜΕΘ-Covid-19 στο ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Νοσοκομείο Αναφοράς) από δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) καθώς και μεταφορά /παράδοση & χρήση υφιστάμενων λειτουργιών (25) κλινών ΜΕΘ-Covid-19. Επίσης ολοκληρώθηκε, τον Μάιο του 2020, η δωρεά προμήθειας εξοπλισμού συνολικού ύψους €7.7 εκατομμυρίων που αφορούσε, μεταξύ άλλων, στην προμήθεια περισσότερων από 850 κλινών νοσηλείας και 150 ιατρικών μηχανημάτων, εκ των οποίων οι 53 προορίζονται για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) και Εμφραγμάτων.
- έξι (6) νέες κλίνες ΜΑΦ-Covid-19 στο ΓΝΑ «Γ.Ν.Π.Α. ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» από δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ).
- Αναμόρφωση και υλικοτεχνικός εξοπλισμός της 2ης ΜΕΘ και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός σε συνεργασία του ΙΣΝ με τον Θανάση και τη Μαρίνα Μαρτίνου.
- Κοινωφελές Ίδρυμα Λάτση: Πρόγραμμα «Συμπράττουμε για την Υγεία» Προμήθεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για το Νεογνολογικό Τμήμα – Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Παναγιώτη & Αглаΐας Κυριακού»⁷¹ καθώς και επτά (7) κλίνες ΜΑΦ στο Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ».
- Αναβάθμιση με σύγχρονο εξοπλισμό της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας Νεογνών της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών του ΓΝΠΑ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», δυναμικότητας 30 θέσεων, δωρεάς του κ. Γεωργίου Ν. Μουνδρέα.⁷²

Από το πλήθος άλλων δράσεων σε εθνικό επίπεδο αξίζει να αναφερθούν:

⁷¹ www.latsis-foundation.org

⁷² <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/11468-dwrea-yperisyxronoy-eksoplismoy-sto-paidwn-laquo-h-agia-sofia-raquo-apo-ton-g-moyndrea>

- Η ενίσχυση της Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Υποστήριξης για τον Κορονοϊό «10306» (ΙΣΝ), για την καταπολέμηση των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας.
- Η άμεση Υποστήριξη Εργαζομένων στις ΜΕΘ των Νοσοκομείων Αναφοράς. Δεδομένων των συνθηκών το ΙΣΝ προχώρησε σε ένα σημαντικό βήμα, προσφέροντας (€7,5 εκατομμύρια) για να υποστηρίξει το εθνικό σύστημα υγείας, και συγκεκριμένα το προσωπικό των νοσοκομείων όπου νοσηλεύονται ασθενείς νοσούντες από τον Covid-19. Σε ένδειξη αναγνώρισης της αγόγγυστης προσπάθειας των επαγγελματιών υγείας της πρώτης γραμμής στη μάχη ενάντια στην πανδημία, το ΙΣΝ προσέφερε ισάξια τιμητική αμοιβή σε περίπου 5.000 νοσηλευτές, γιατρούς και προσωπικό καθαριότητας που εργάστηκαν στις ΜΕΘ των νοσοκομείων αναφοράς για τον Covid-19 ή σε κλινικές Covid-19⁷³. Άρθρο 49 του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104/4/2020).
- Προσφορά δωρεάν αεροπορικών εισιτηρίων της αεροπορικής εταιρείας Aegean στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων αναφοράς για την Covid.
- Ομοίως δωροεπιταγές της AVIN στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Δωρεές από εταιρείες προερχόμενες από όλο το επιχειρηματικό φάσμα και όχι αποκλειστικά από το χώρο της υγείας, τράπεζες ακόμη και μεμονωμένοι πολίτες.
- Νέο ψηφιακό σύστημα κλήσης νοσηλευτών στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός το οποίο περιλαμβάνει συνολικά 798 μονάδες κλήσης σε 23 στάσεις νοσηλευτών στις αντίστοιχες κλινικές, με τη δυνατότητα κεντρικού ελέγχου (ΙΣΝ).

3.3.4. Το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος

«Η ιδιωτική φιλανθρωπία δεν είναι δυνατόν να υποκαταστήσει τον δημόσιο τομέα, ωστόσο η στήριξη από τους φιλανθρωπικούς οργανισμούς μπορεί να λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς το έργο του, προκειμένου να επιφέρει τα κατάλληλα αποτελέσματα που θα συνεισφέρουν στη δημιουργία μιας καλύτερης κοινωνίας για όλους. Μεταφορικά μιλώντας, θα έλεγα ότι η φιλανθρωπία αποτελεί το τρίτο πόδι ανάμεσα στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα» Συνέντευξη Προέδρου ΙΣΝ⁷⁴ Ανδρέα Δρακόπουλου (LIFO 13.2.20)

Το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος εστιάζει στην αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προκλήσεων της χώρας σε συνεργασία με τον δημόσιο τομέα. Συνεπεία των έκτακτων συνθηκών που προκάλεσε η εμφάνιση του ιού Sars -Cov-2 το ίδρυμα διαπίστωσε τις ελλείψεις στην Υγεία ειδικότερα στον τομέα της Εντατικής Θεραπείας. Για το σκοπό αυτό και στο πλαίσιο του

⁷³ Άρθρο 49 του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104/Α'/2020)

⁷⁴ https://www.snf.org/media/14308528/Andreas-Dracopoulos-Interview-in-Lifo_13022020.pdf

Προγράμματος «Πρωτοβουλία για την Υγεία» δώρισε και ολοκλήρωσε στο μεγαλύτερο ποσοστό τη Διαμόρφωση Χώρων για την Προσθήκη (155) Νέων Κλινών (ΜΕΘ) και (ΜΑΦ) σε 15 Νοσοκομεία του ΕΣΥ⁷⁵ οι οποίες θα εξυπηρετούν 6.500 ασθενείς ετησίως. Συνολικός Προϋπολογισμός ολοκλήρωσης του έργου: 15.111.500.00εκ. (Έχουν παραδοθεί οι χώροι που φιλοξενούν νέες κλίνες ΜΕΘ και ΜΑΦ στα νοσοκομεία ΚΑΤ, Γ.Ν “Ευαγγελισμός”, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Γ.Ν.Π.Α. Αγία Σοφία, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Γ.Ν. Λέσβου «Βοστανείο», Γ.Ν Λαμίας, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γεννηματά", Γ. Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος», Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Γ.Ν. «Άγιος Γεώργιος» Χανίων, Γ.Ν. «Βενιζέλιο-Πανάνειο» και Π.Γ. Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)⁷⁶.

Ειδικότερα και σε ότι αφορά τη δωρεά ΙΣΝ σε νοσοκομεία 1^ης ΥΠΕ/Χρονοδιάγραμμα ενεργειών έχει ως εξής:

Πίνακας 17 Χρονοδιάγραμμα δωρεών ΙΣΝ σε Νοσοκομεία (πηγή: ΙΣΝ)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΣΤΑΔΙΟ Α (ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ)	ΣΤΑΔΙΟ Β (ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ)	ΜΕΛΕΤΗΤΗΣ	ΠΡΟΫΠΟΛ. ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΡΟΫΠΟΛ. ΕΠΙΒΛΕΨΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΫΠΟΛ.	ΣΤΑΔΙΟ Α [ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ] ΠΡΟΧΟΡΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ	ΕΓΚΡΙΣΗ Δ.Σ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΣΥΜΦΩΝΗ ΓΝΩΜΗ 1ης Υ.Π.Ε.
Α	Β	Γ	Δ	Ε	ΣΤ	Ζ	Η	Θ	Ι	Κ
Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΠΑΛΕΝΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" [6 ΜΑΦ]	21/7/2020	20/8/2020	20 μέρες από εντολή Εργοδότη	ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΑΕ	36.000,00 €	27.000,00 €	63.000,00 €	Υλοποιήθηκε και υποβλήθηκε προς έγκριση (14/08/2020)	Εγκρίθηκε (27-08-2020)	Εκδόθηκε (1/9/2020)
Γ.Ν.Α "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" [33 ΜΕΘ]	27/7/2020	5/9/2020	40 μέρες από εντολή Εργοδότη	ΑΛ.ΔΟΒΑΣ ΑΡΧΙΤ. Ν.ΣΙΑΠΚΑΡΑΣ ΔΕΚΤΗΣ ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦ. ΣΤΑΤΙΚΩΝ	163.000,00 €	73.000,00 €	236.000,00 €			
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" [5 ΜΕΘ]	21/7/2020	20/8/2020	20 μέρες από εντολή Εργοδότη	ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΑΕ	37.500,00 €	27.000,00 €	64.500,00 €	Υλοποιήθηκε και υποβλήθηκε προς έγκριση (14/08/2020)	Εγκρίθηκε (31-08-2020)	Εκδόθηκε (2/9/2020)
Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ" [30 ΜΕΘ]	21/7/2020	20/8/2020	20 μέρες από εντολή Εργοδότη	ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΑΕ	90.000,00 €	40.500,00 €	130.500,00 €	Υλοποιήθηκε και υποβλήθηκε προς έγκριση (14/08/2020)	Εγκρίθηκε (24-08-2020)	Εκδόθηκε (31/08/2020)
Γ.Ν.Π. "ΠΑΙΔΩΝ ΑΠΑ ΣΟΦΙΑ" [6 ΜΕΘ]	27/7/2020	26/8/2020	25 μέρες από εντολή Εργοδότη	ΒΕΤΑΡΙΛΑΝ, ΠΡΟΤΟΝ ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΗ Ε.Π.Ε., ΛΙΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ Ε.Π.Ε.	45.000,00 €	25.000,00 €	70.000,00 €			
					371.500,00 €	192.500,00 €	564.000,00 €			

⁷⁵ Έχουν παραδοθεί οι χώροι που φιλοξενούν νέες κλίνες ΜΕΘ και ΜΑΦ στα νοσοκομεία ΚΑΤ, Γ.Ν “Ευαγγελισμός”, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Γ.Ν.Π.Α. Αγία Σοφία, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Γ.Ν. Λέσβου «Βοστανείο», Γ.Ν Λαμίας, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γεννηματά", Γ. Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος», Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Γ.Ν. «Άγιος Γεώργιος» Χανίων, Γ.Ν. «Βενιζέλιο-Πανάνειο» και Π.Γ. Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ). <https://www.snf.org/el/grafeio-typou/lista-neon/2021/04/to-isn-oloklirose-ti-diamorfosi-horon-gia-tin-prosthiki-145-neon-klion-meth-kai-maf/> (βλ. παραπάνω παρ.1.)

⁷⁶ Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, <https://www.snf.org/el/grafeio-typou/lista-neon/2021/04/to-isn-oloklirose-ti-diamorfosi-horon-gia-tin-prosthiki-145-neon-klion-meth-kai-maf/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Το Νοσοκομείο «Σωτηρία» ιδρύεται από την Σ. Σλήμαν το 1902 ως πρώτο «λαϊκό» Σανατόριο της Ελλάδας και έκτοτε έχει συνδέσει το όνομά του με την αντιμετώπιση της πνευμονικής φυματίωσης στην χώρα μας. Το 1936 μετατρέπεται σε ΝΠΔΔ και επεκτείνεται κτιριακά με παράλληλη σημαντική αναβάθμιση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Μετά το 1945 εγκαταστάθηκε και η πρώτη Φυματιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Από το 1950 το Νοσοκομείο «Σωτηρία» βαθμιαία μεταβάλλεται σε διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο του συνόλου των νοσημάτων του αναπνευστικού, ιδρύοντας παράλληλα το πρώτο εν Ελλάδι κέντρο αντιμετώπισης της αναπνευστικής ανεπάρκειας και την πρώτη Θωρακοχειρουργική Κλινική. Σήμερα αναγνωρίζεται ως το μεγαλύτερο πνευμονολογικό κέντρο στην Ελλάδα και από τα μεγαλύτερα της Ευρώπης, με ταυτόχρονη και προοδευτική μετατροπή του σε Γενικό Νοσοκομείο μετά την εγκατάσταση Παθολογικών και Χειρουργικών κλινικών του Ε.Σ.Υ. και του Πανεπιστημίου⁷⁷.

Το ίδιο κλήθηκε να αντιμετωπίσει με την πανδημία του κορωνοϊού SARS CoV-2 η οποία έφερε στην επιφάνεια πρωτοφανείς προκλήσεις για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα για τα δημόσια νοσοκομεία. Είναι πλέον προφανές ότι το βάρος της διαχείρισης της υγειονομικής κρίσης το «σηκώνουν» οι δημόσιες δομές υγείας, δηλαδή το ΕΣΥ.

Στις 28.01.2020 παρουσιάστηκε και αποφασίστηκε στη συνεδρίαση του ΚΕΣΥΠΕ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών), το σχέδιο δράσης Υπουργείου Υγείας και του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) για την αντιμετώπιση κρουσμάτων Covid -19 στη Χώρα. Ο Υπουργός Υγείας ενέκρινε τα νοσοκομεία της Χώρας που ορίζονται ως Βασικά Νοσοκομεία Αναφοράς και συντόνισε τις δράσεις των συναρμόδιων φορέων.

Νοσοκομεία Αναφοράς στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια ορίστηκαν:

Βασικό: ΓΝ Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», **Αναπληρωματικό:** ΓΝ Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» (βλ. δελτίο Τύπου Υπουργού Υγείας για τα Νοσοκομεία της χώρας)⁷⁸. Το νοσοκομείο ΣΩΤΗΡΙΑ λόγω της εξειδίκευσής του στα πνευμονολογικά περιστατικά βρίσκεται

⁷⁷ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», <https://www.sotiria.gr/to-nosokomeio/>

⁷⁸ <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/6648-oristhkan-apo-ton-ypoyrgo-ygeias-ta-nosokomeia-anaforas-gia-ton-koronaio-se-olh-th-xwra>

λοιπόν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του ιού και στη νοσηλεία βαρέως ασθενών. Απαιτεί όμως υποδομές, τεχνολογία, οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους.

Υπόθεση όλων η αντιμετώπιση της πανδημίας και την απάντηση δίνει η Βουλή των Ελλήνων. Στην Πράξη Νομοθετικού περιεχομένου που δημοσιεύτηκε στις 13.04.2020 Τεύχος Α' 84/13.04.2020 «Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις», προβλέπεται στο άρθρο 62ο: Ανάθεση μελέτης και κατασκευής έργου δημιουργίας κλινών ΜΕΘ.

4.1.1. Δωρεές ΜΕΘ

Με απόφαση του Προέδρου της Βουλής των Ελλήνων, ύστερα από σχετικό αίτημα του Υπουργού Υγείας, διατίθεται υπό τη μορφή δωρεάς, το ποσό των οκτώ εκατομμυρίων (8.000.000) ευρώ από τον Ειδικό Λογαριασμό της Υπηρεσίας Διάθεσης Ευρωπαϊκών και Λοιπών Πιστώσεων της Βουλής των Ελλήνων, στην εταιρεία «ΚΤΙΡΙΑΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ Α.Ε.» για την κατασκευή, προμήθεια πενήντα (50) νέων κλινών μονάδων εντατικής θεραπείας και τον εξοπλισμό της, εντός του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία».

Η Νέα υπερσύγχρονη διεθνών προδιαγραφών, Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), αποτελεί έργο ορόσημο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, περιουσιακό στοιχείο, παράδειγμα αναβάθμισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας στον τομέα της Εντατικής Νοσηλείας. Αξιοσημείωτο το χρονικό διάστημα περίπου τριών μηνών που απαιτήθηκε για την υλοποίηση του έργου (σχεδιασμός-περάτωση). Οι εκσκαφικές εργασίες ξεκινούν στις 04 Αυγούστου 2020, ενώ τα εγκαίνια της Νέας Πολυδύναμης ΜΕΘ πραγματοποιούνται στις 19 Οκτωβρίου 2020, «Ο ανάδοχος δύναται να εκτελεί εργασίες καθ' όλο το εικοσιτετράωρο και κατά τις ημέρες αργίας, κατά παρέκκλιση των κειμένων διατάξεων», συνολικού εμβαδού 2.500 τ.μ. και περιλαμβάνει τέσσερις υπομονάδες: δύο δυναμικότητας (12) κλινών, άλλες δύο δυναμικότητας (13) κλινών, και 8 θαλάμων αρνητικής πίεσης/μόνωσης), εργαστήρια ταχείας ανάλυσης, πλυντήρια και θαλάμους αποστείρωσης/καθαρισμού ιατρονοσηλευτικού εξοπλισμού, αποθηκευτικούς χώρους, ειδικούς χώρους αναμονής/ενημέρωσης συγγενών, αποδυτήρια προσωπικού, χώρους ανάπαυσης και ενδιαίτησης, καθώς και γραφεία ιατρών και διοικητικής υποστήριξης. Η αντιμικροβιακή επένδυση ιόντων αργύρου τοίχων και δαπέδων εξασφαλίζει υγιεινή, ασφάλεια και δραστική μείωση του μικροβιακού φορτίου.

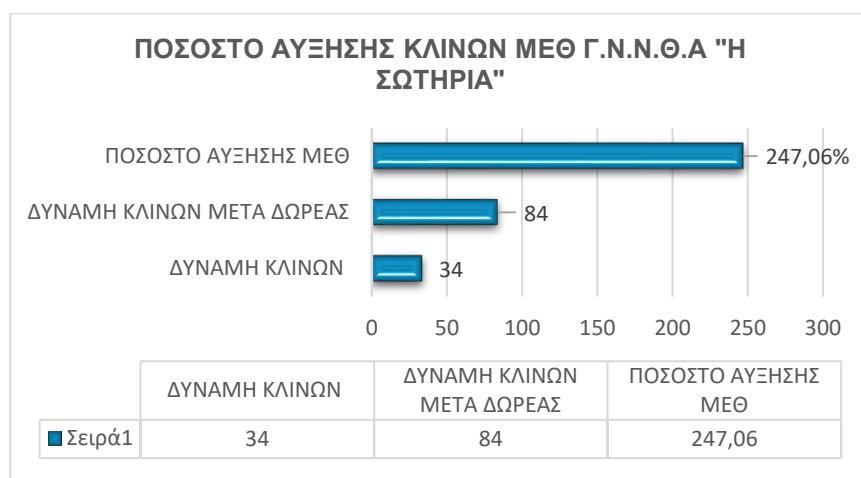
Επιπλέον, η υλικοτεχνική υποδομή διαθέτει:

- Νοσοκομειακές κλίνες ΜΕΘ με αεροστρώματα σύγχρονης τεχνολογίας, λειτουργικότητας με μέγιστη ασφάλεια για τον ασθενή κατά τη νοσηλεία του,
- συστήματα παρακλίνιων διαγνωστικών δοκιμασιών (point-of-care/POCsystems),
- σύγχρονα μηχανήματα υποστήριξης της αναπνευστικής λειτουργίας (αναπνευστήρες, συστήματα χορήγησης οξυγόνου υψηλής ροής/ High Flow Nasal Oxygen/HFNO και μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού/CPAP-BiPAP),
- συσκευές συνεχούς παρακολούθησης ζωτικών σημείων,
- σύγχρονες συσκευές εξασφάλισης του αεραγωγού (υπεργλωττιδικές συσκευές, video-λαρυγγοσκόπια), ινοπτικά βρογχοσκόπια,
- τεχνολογίες επεμβατικού και λιγότερο επεμβατικού αιμοδυναμικού monitoring (Swan-Ganz, VolumeView system, PiCCO),
- δυνατότητα προσωρινής διαφλέβιας βηματοδότησης ή τοποθέτησης εξωτερικού βηματοδότη, συσκευές παρακολούθησης της εγκεφαλικής λειτουργίας,
- μηχανήματα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας,
- υπερηχοτομογράφο με δυνατότητα ολόσωμης απεικονιστικής εξέτασης,
- συσκευή υπερήχου μεγέθους παλάμης μέγιστης φορητότητας,
- διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφο, φορητές συσκευές υπερήχων για τον έλεγχο της ροής των περιφερικών αγγείων, απινιδωτές, ηλεκτροκαρδιογράφους, φορητό ψηφιακό ακτινολογικό μηχάνημα με άμεση εμφάνιση των ακτινογραφιών σε παρακλίνια οθόνη tablet, σύγχρονες αντλίες έγχυσης φαρμάκων.

Περαιτέρω το αντικείμενο του έργου περιλαμβάνει κατασκευή συνδετήριου διαδρόμου, διαμόρφωση περιβάλλοντος χώρου, τροποποίηση οδικής πρόσβασης και κυκλοφορίας προς το συγκεκριμένο κτήριο και προς τα υπόλοιπα, μεταφορά – μετατόπιση των υφιστάμενων (υπέργειων-υπόγειων) Η/Μ δικτύων, λειτουργική σύνδεση του κτηρίου και των εγκαταστάσεών του με τις υφιστάμενες υποδομές του νοσοκομείου.

Πλέον στο νοσοκομείο με προβλεπόμενο αριθμό (760) οργανικών κλινών- οι κλίνες ΜΕΘ ανέρχονται στις **84** «μετά δωρεάς» σε σχέση με **29** (ΜΕΘ & ΜΑΦ) που λειτουργούσαν τον Μάρτιο 2020. Επακολούθησε δωρεά από ιδιώτη επιχειρηματία με την οποία, στις 8.12.2020, τέθηκαν σε λειτουργία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας της Α' Πανεπιστημιακής

Πνευμονολογικής Κλινικής (ΜΕΘ Α΄ΠΠ) επιπλέον πέντε (5) νέες κλίνες διεθνών προδιαγραφών και με υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό⁷⁹.



Πολυδύναμη ΜΕΘ (50) κλίνες

<https://www.sotiria.gr/meth/nea-polydynami-meth/>

ΜΕΘ Π/Π (17) κλίνες

<https://www.sotiria.gr/meth/meth-pp/>

ΜΕΘ ΚΑΑ (17) κλίνες

<https://www.sotiria.gr/meth/meth-kaa/>

Εικόνα 15 Υφιστάμενη Κατάσταση Κλινών ΜΕΘ/Ποσοστό αύξησης κλινών μετά δωρεάς (πηγή: 1η ΥΠΕ)

4.1.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό

Πώς αντιμετωπίζονται οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται στη νέα ΜΕΘ-Covid και μοιράζονται οι διαθέσιμοι ανθρώπινοι πόροι για την καταπολέμηση της νόσου; Ποια μέτρα και αποφάσεις ελήφθησαν για την ενδυνάμωση- ενίσχυση του υπάρχοντος προσωπικού; Με βάση τα κριτήρια που θέτει η ΕΕΕΘ και την προοπτική επιτυχούς λειτουργίας της μονάδας αναδύεται ο στρατηγικός ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού; Όσο πιο σαφής είναι ο σχεδιασμός τόσο καλύτερα και αποτελεσματικά μπορεί το Τμήμα Προσωπικού να προγραμματίσει τις αναγκαίες προσλήψεις για την κάλυψη των αναγκών.

Σύμφωνα όμως με την ισχύουσα νομοθεσία, οι επείγουσες ή απρόβλεπτες καταστάσεις απαιτούν αναπροσαρμογή της διοικητικής δράσης (νομοθετική, εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων). Για τον λόγο αυτό σε μια Υγειονομική Κρίση, που όλα γίνονται γρήγορα, αναγκαστικά και βίαια δεν υπάρχουν περιθώρια για ορθολογικό προγραμματισμό. Οι προσδοκίες περιορίζονται, αναζητούνται λύσεις γρήγορες και ευέλικτες στην εφαρμογή τους διότι η εντατική θεραπεία ασθενών απαιτεί συνεχή και σε εικοσιτετράωρη βάση, ιατρονοσηλευτική επιτήρηση. Ωστόσο υπενθυμίζουμε την απαίτηση της ΜΕΘ για εξειδικευμένο προσωπικό όμως αυτό θα έπρεπε να βρίσκει έδαφος σε χρόνους προγενέστερους και σε ομαλές συνθήκες.

⁷⁹ Ο Οργανισμός του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» τροποποιήθηκε τον μήνα Σεπτέμβριο 2020 και η συνολική δυναμικότητα ανήλθε σε 760 κλίνες.

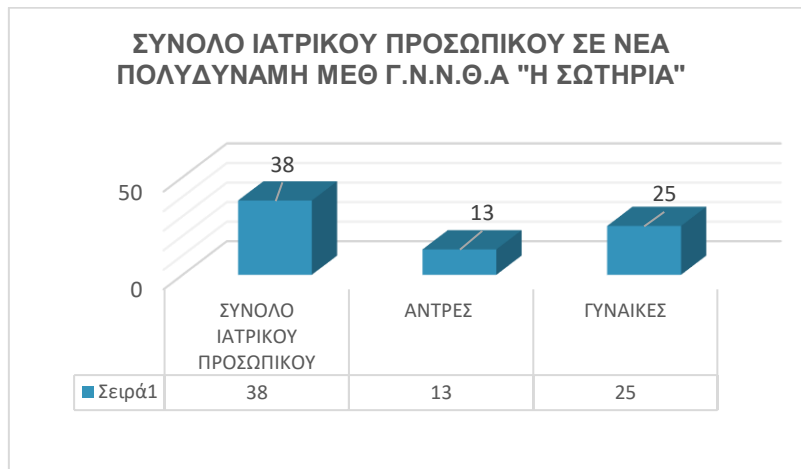
Υπό τις υπάρχουσες συνθήκες, σχετικά με τα θιγέντα ζητήματα και ειδικότερα σε ότι αφορά τις ενέργειες που προέβη η Διοίκηση και η ΔΑΔ για την επαρκή στελέχωση σε ανθρώπινους πόρους του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» ως Νοσοκομείο Αναφοράς, ώστε να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και να ανταποκριθεί αποτελεσματικά

στην έκτακτη ανάγκη δημόσιας υγείας ήταν η άμεση τοποθέτηση εξειδικευμένων εντατικολόγων, νοσηλευτών και λοιπών ειδικοτήτων λοιπού προσωπικού. Τα διαγράμματα αποκαλύπτουν τους αριθμούς που αφορούν στη στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό ανά φύλο, ανά σχέση εργασίας και ποσοστό κάλυψης ανά κλίνη.

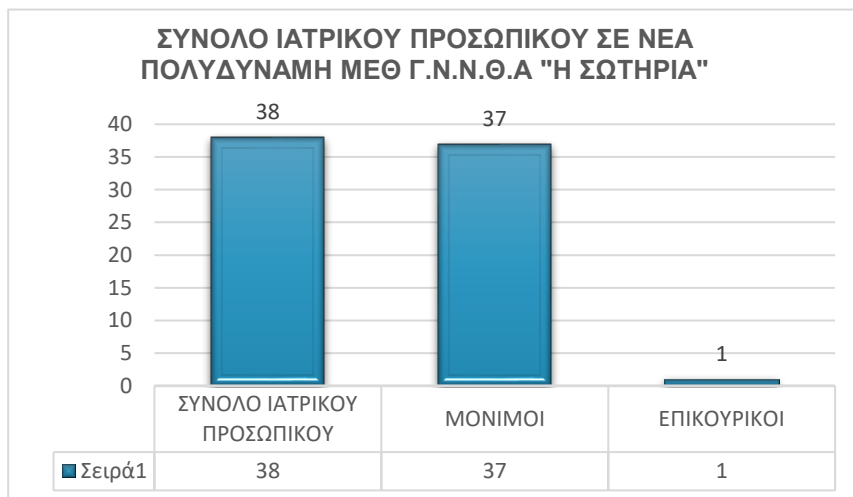
Ιατρικό Προσωπικό

Το σύνολο του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στην εν λόγω ΜΕΘ βρίσκεται στην “ιδεατή” αναλογία που προτάσσει η Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας και τα ζητούμενα της τάξης (αριθμός γιατρών για κάθε κλίνη) φαίνεται να προκύπτουν.

Σ’ αυτό συνέβαλαν οι επαναλαμβανόμενες προκηρύξεις 2020-2021 για μόνιμο ιατρικό προσωπικό και οι ταχύτατες διαδικασίες Κρίσης των Ιατρών από τα αρμόδια Συμβούλια Κρίσεων με έδρα την 1η Υγειονομική Περιφέρεια. Με τις ως άνω διαδικασίες προσλήφθηκαν



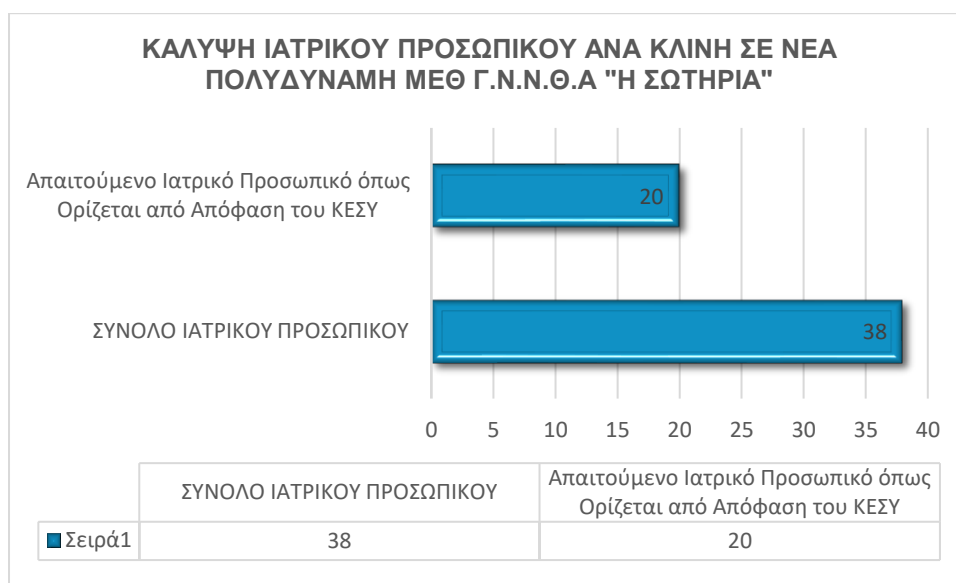
Εικόνα 16 Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού Πολυδύναμης ΜΕΘ (πηγή: 1^η ΥΠΕ)



Εικόνα 17 Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», ανά σχέση εργασίας (πηγή 1^η ΥΠΕ)

στο εν λόγω νοσοκομείο (45) μόνιμοι γιατροί εντατικολογίας, οι οποίοι τοποθετήθηκαν στις ΜΕΘ.

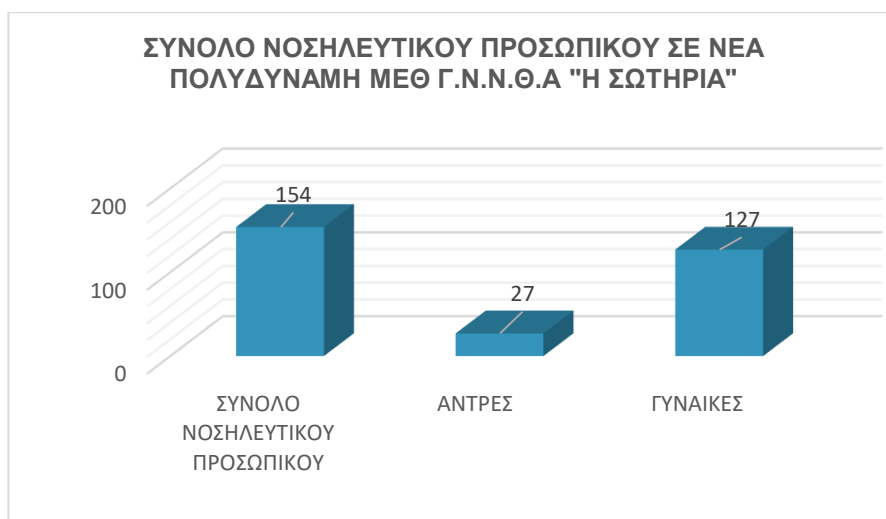
Σήμερα στην Πολυδύναμη ΜΕΘ υπηρετούν έμπειροι εντατικολόγοι ως εξής: τέσσερις (4) ιατροί με βαθμό Δ/ντή ΕΣΥ, οκτώ (8) ιατροί με βαθμό Επιμελητή Α' και είκοσι (26) ιατροί με βαθμό Επιμελητή Β', εκ των οποίων οι δέκα (10) κατέχουν τον τίτλο Εξειδίκευσης στην Εντατική Θεραπεία.



Εικόνα 18 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού ανά κλίνη σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» (πηγή 1^η ΥΠΕ)

Νοσηλευτικό Προσωπικό:

Ωστόσο τα όριά του ξεπέρασε το σύστημα υγείας ως προς την αναζήτηση-προσέλκυση απαιτούμενου και εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού για να στελεχώσει τις δομές του, πολλών δε μάλλον για τη στελέχωση της ΜΕΘ για την οποία ο λόγος. Το προσωπικό που θα συμβάλει στη διασφάλιση της εύρυθμης

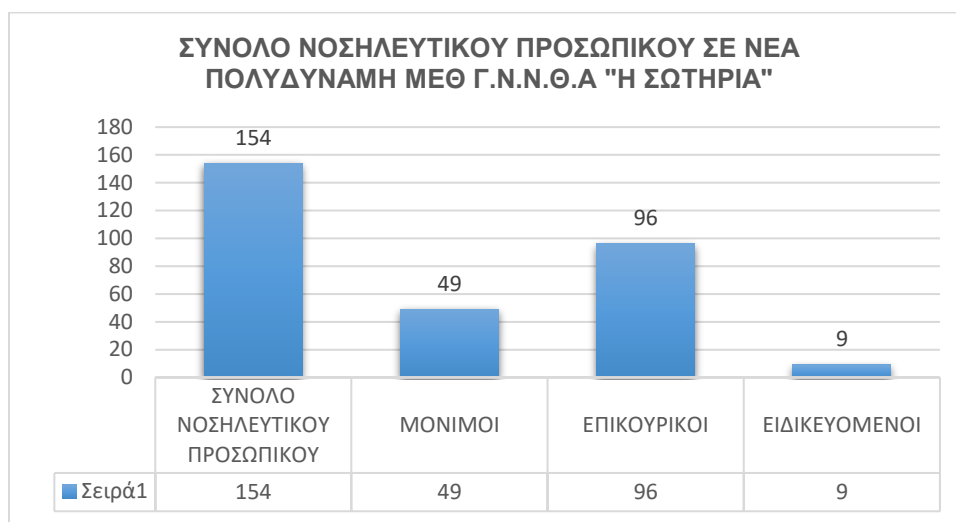


Εικόνα 19 Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" ανά φύλο (πηγή: 1^η ΥΠΕ)

λειτουργίας της μονάδας εξυπηρετώντας λόγους γενικότερου δημοσίου συμφέροντος, αρχικά

προέρχεται από εσωτερικές μετακινήσεις από άλλα τμήματα (ανακατανομή ρόλων νοσηλευτικού προσωπικού) από αποσπάσεις με αντίστοιχη εμπειρία και εξειδίκευση από άλλους φορείς (μέτρο προσωρινού χαρακτήρα) ή αργότερα από προσλήψεις έκτακτου επικουρικού προσωπικού που «επιστρατεύτηκε» την ύστατη στιγμή για να καλυφθούν τα κενά.

Πρόκειται για 154 πρόσωπα στο σύνολό τους ενώ ο απαιτούμενος αριθμός σύμφωνα με τα κριτήρια που θέτει το ΚΕΣΥ και η Εντατική Θεραπεία «κατ' ελάχιστον 4 νοσηλευτές για κάθε κλίνη» ανέρχεται σε 200.



Εικόνα 20 Σύνολο Νοσηλευτικού προσωπικού σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)



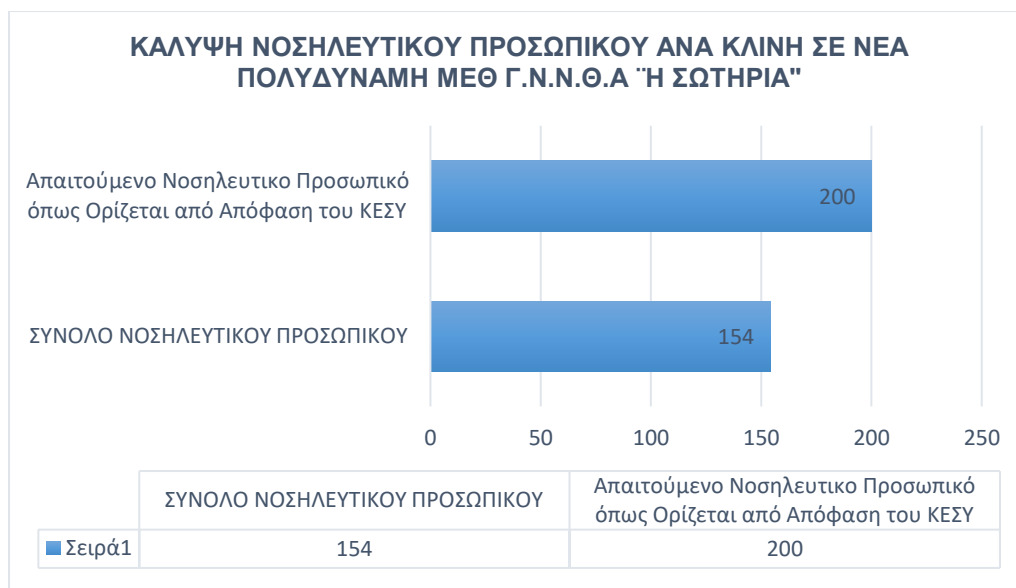
Εικόνα 21 Ποσοστό Νοσηλευτικού προσωπικού ανά σχέση εργασίας σε νέα ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)

Η αριθμητική υπεροχή των γυναικών και στις δύο κατηγορίες προσωπικού (ιατρικό & νοσηλευτικό) αφορά στο ότι είναι σημαντικός δείκτης με επιπτώσεις στο σύστημα υγείας δοθέντος ότι οι γυναίκες τείνουν να εργάζονται λιγότερες ώρες και να έχουν ελαφρώς μικρότερη

σταδιοδρομία. Σύμφωνα με έκθεση του Π.Ο.Υ. το ποσοστό των γυναικών ιατρών έχει αυξηθεί και το 52% των ιατρών σήμερα είναι γυναίκες, μια αύξηση 4% τα τελευταία 10 χρόνια⁸⁰.

Περαιτέρω, οι αριθμοί αποδεικνύουν ότι η στελέχωση της Μονάδας με νοσηλευτικό προσωπικό υπολείπεται των κριτηρίων για ασφαλή λειτουργία στη δύσκολη συγκυρία της Πανδημίας, στην οποία κλήθηκε να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του Πληθυσμού σε περιστατικά Covid-19.

Η Έκθεση του Ελεγκτικού Συνεδρίου που αφορά στο Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» και την απόκρισή του στην Πανδημία ως Νοσοκομείο Αναφοράς αναφέρει πως «αντί των τριακόσιων τριάντα έξι (336) νοσηλευτών που αντιστοιχούσαν στις ογδόντα τέσσερις κλίνες εντατικής θεραπείας, όλες για τη νοσηλεία ασθενών με Covid-19, που είχε αναπτύξει το Νοσοκομείο υπηρέτουσαν στις 31.12.2020 διακόσιοι πενήντα τρεις (253) νοσηλευτές».



Εικόνα 22 Κάλυψη Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά κλίνη σε νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)

Ωστόσο, έκθεση του ΠΟΥ αναφέρει πως δεν υπάρχει πρότυπο για τη βέλτιστη σύνθεση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και ο λόγος νοσηλευτή προς γιατρό ποικίλλει σημαντικά ανά χώρα. Για παράδειγμα, σε κάθε ιατρό στη Γεωργία και την Ελλάδα αντιστοιχεί κάτω από 1 νοσηλευτής, ενώ αντίθετα στη Φινλανδία και την Ιρλανδία η αναλογία ανέρχεται μεταξύ 4 και 5 νοσηλευτών ανά ιατρό.

⁸⁰ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/data-and-statistics>

4.2. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική» παρέχει κορυφαίου επιπέδου υπηρεσίες υγείας, αποτελεί βασικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην περιφέρεια της Αττικής, ευρύτερα στη χώρα αλλά και στη βαλκανική. Η υψηλή τεχνογνωσία, η μακρόχρονη επιστημονική εμπειρία των στελεχών του και ο σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός το καθιστούν αναμφισβήτητα πρώτο στις προτιμήσεις των πολιτών.

Αφετηρία ίδρυσης θεωρείται το 1872 με τη προσπάθεια 62 Κυριών για τη σύσταση του «Συλλόγου Κυριών υπέρ Γυναικείας Παιδείσεως» με σκοπό φιλανθρωπικό και κοινωφελές ο οποίος εγκρίνεται με Βασιλικό Διάταγμα στις 27-4-1872. Το 1881 ιδρύεται το θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» ως φιλανθρωπικό ίδρυμα. Τρία έτη μετά πραγματοποιούνται τα εγκαίνια και ξεκινά η λειτουργία του με 48 κλίνες και δύο κλινικές: παθολογική & χειρουργική. Το 1885 (ΦΕΚ 85/τ.Α'/29-7-1885) δημοσιεύεται ο πρώτος Οργανισμός του Νοσοκομείου. Το 1903 λειτουργούν τα πρώτα εξωτερικά ιατρεία: παθολογικό, χειρουργικό και γυναικολογικό. Η ιστορία του είναι αλληλένδετη με την ιστορία του ελληνικού έθνους και στις 28 Δεκεμβρίου 1984, η Ακαδημία Αθηνών του απονέμει το χρυσό μετάλλιο ως αποτέλεσμα της συμβολής και συνεργασίας Κράτους και Λαϊκής Πρωτοβουλίας.

Σημαντικές χρονικές στιγμές:

Ιούνιος 2012: Παράδοση του Νέου Φαρμακείου, δωρεά της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος
Δεκέμβριος 2012, λειτουργία Νέας ΜΕΘ1 στον 3ο όροφο του Κτηρίου ΑΧΕΠΑ, δωρεά του Ιδρύματος «Θώραξ», με χορηγούς την Φωτεινή Λιβανού και τον Αθανάσιο Μαρτίνο.

Απρίλιος 2013: λειτουργία της Νέας Μονάδας Τεχνητού Νεφρού

Μάιος 2013. εγκαινιάζεται το Νέο Αιμοδυναμικό εργαστήριο, amφότερα δωρεές της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος. Αντίστοιχα το Σεπτέμβριο 2014 εγκαινιάζεται το κτίριο των Νέων Χειρουργείων, επίσης δωρεά της Εθνικής Τράπεζας.

Οι οργανικές κλίνες του Νοσοκομείου ανέρχονται σε 953. Η ένταση της πανδημίας 2020 και ο αυξανόμενος αριθμός νοσηλευόμενων οδήγησε στη σταδιακή ανάπτυξη νέων κλινών (απλών και ΜΕΘ). Για το σκοπό αυτό διαμορφώθηκαν και εξοπλίστηκαν με τον απαιτούμενο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό πέντε κλινικές Covid (220 κλινών). Η ανάγκη όμως για μηχανική

υποστήριξη της αναπνοής ασθενών με Covid απαιτήσε τη δημιουργία επιπλέον κλινών ΜΕΘ οι οποίες κατά την έναρξη της πανδημίας ανέρχονταν σε 25 κλίνες και αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκειά της φτάνοντας τις **67 κλίνες** (Μάιος 2021) προς εξυπηρέτηση του συστήματος⁸¹.

4.2.1. Δωρεές ΜΕΘ

Ανακαίνιση & Αναδιαρρύθμιση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ):

- Δωρεά Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ): 33 ΚΛΙΝΕΣ ΜΕΘ (ΥΠΟΕΡΓΟ 1: 8 ΝΕΕΣ ΚΛΙΝΕΣ + ΥΠΟΕΡΓΟ 2: 12 ΚΛΙΝΕΣ + ΥΠΟΕΡΓΟ 3: 13 ΚΛΙΝΕΣ)- Οι κλίνες των υποέργων 2,3 αφορούν σε μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών.
 - Το Υποέργο 1 ΙΣΝ (ΑΧΕΠΑ, 3ος Όροφος), που αφορά 8 κλίνες ΜΕΘ έχει παραδοθεί και οι κλίνες λειτουργούν κανονικά.
 - Το Υποέργο 2 ΙΣΝ (ΑΧΕΠΑ, 9ος όροφος), που αφορά 12 κλίνες έχει παραδοθεί και οι κλίνες λειτουργούν κανονικά.
- Δωρεά ΙΣΝ, Κοινωφελές Ίδρυμα Αθανασίου & Μαρίας Μαρτίνου και Αλίκης Περρωτή : 18 ΚΛΙΝΕΣ ΜΕΘ (δεν έχουν ολοκληρωθεί, βρίσκονται υπό κατασκευή)
 - Το Υποέργο 3 ΙΣΝ (Πτέρυγα ΠΑΤΕΡΑ, Στάθμη 3), που αφορά 13 κλίνες, καθώς και για το Έργο της Δωρεάς ΙΣΝ, Κοινωφελές Ίδρυμα Αθανασίου & Μαρίας Μαρτίνου και Αλίκης Περρωτή, που αφορά 18 κλίνες, η σχετική Μελέτη έχει ολοκληρωθεί, παρόλες τις καθυστερήσεις οι οποίες έφεραν στην επιφάνεια «αγκυλώσεις» του συστήματος και αναμένεται η διαδικασία ανάδειξης αναδόχου κατασκευής του έργου.

Πίνακας 18 Προϋπολογισμός Έργου ΜΕΘ Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ m2	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	8	206	549.200,00	
	15	615	1.625.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
	10	540	1.603.000,00	Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών
Επιπλέον υπό κατασκευή 18 κλίνες . Έργο της Δωρεάς ΙΣΝ, Κοινωφελές Ίδρυμα Αθανασίου & Μαρίας Μαρτίνου και Αλίκης Περρωτή				

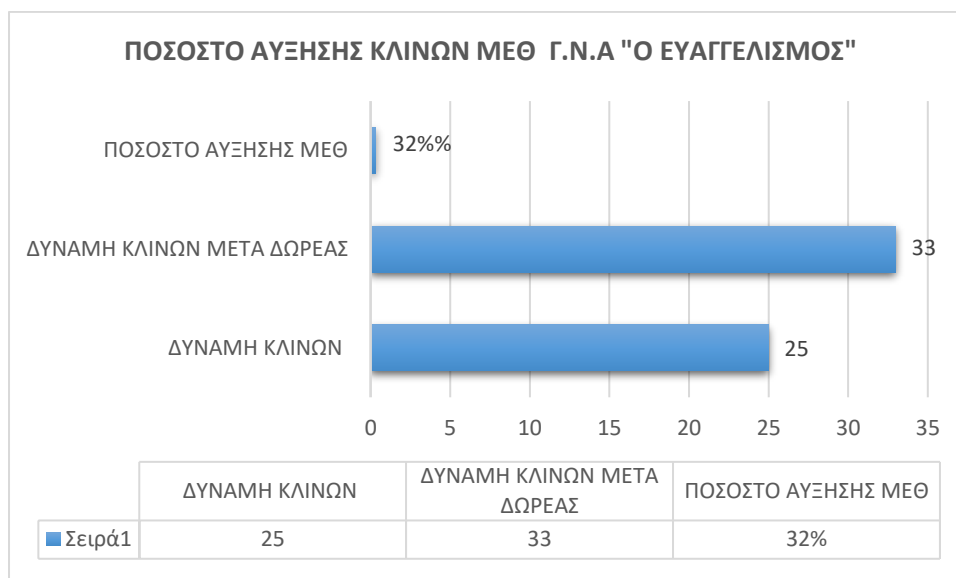
⁸¹ <https://www.evangelismos-hosp.gr/>

Ο συνολικός αριθμός κλινών Μ.Ε.Θ., που λειτούργησαν κατά την περίοδο της πανδημίας για να καλύψουν το σύνολο των ομάδων ασθενών, ήταν αναγκαίο να επαναπροσδιορισθεί και να αποκατασταθεί χρησιμοποιώντας τις υποδομές, αλλά και δεσμευμένες κλίνες, όπως κλίνες Χειρουργείου και άλλων Ειδικών Μονάδων. Ωστόσο, οι πραγματικές κλίνες ΜΕΘ σήμερα ανέρχονται σε 33, αριθμός ο οποίος ισοδυναμεί με το 1/3 των προβλεπόμενων κλινών για ένα νοσοκομείο περί των 900 οργανικών κλινών. Συνεπώς εγείρονται ερωτήματα για την επάρκεια των κλινών ΜΕΘ και την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

Συγκεκριμένα η ανάπτυξη του αριθμού κλινών Μ.Ε.Θ. του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» εξελίχθηκε, από την κορύφωση της Πανδημίας (Άνοιξη 2021) έως και σήμερα ως εξής:

Πίνακας 19 Εξέλιξη Κλινών ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΘ ΓΕΝΙΚΕΣ και ΜΕΘ COVID "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΜΕΘ ΑΠΛΕΣ	ΜΕΘ COVID	ΣΥΝΟΛΟ
31/03/2020	12	38	50
30/04/2020	9	64	73
30/05/2020	21	32	53
30/06/2020	18	18	36
30/09/2020	12	28	40
30/11/2020	12	32	44
23/02/2021	12	32	44
28/02/2021	12	45	57
7/03/2021- 31/05/2021	8	59	67
1/06/2021-30/06/2021	8	45	53
18/11/2021	19	32	51
24/05/2022	30	13	43
24/02/2023	33	0	33



Εικόνα 23 Ποσοστό Αύξησης Κλινών ΜΕΘ ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (πηγή: 1η ΥΠΕ)

4.2.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό

Παρακάτω περιγράφεται αναλυτικά η στελέχωση των νέων κλινών ΜΕΘ αναλυτικά για το Ιατρικό και το Νοσηλευτικό προσωπικό. Και στην περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» η στελέχωση έγινε με ταχύτατες διαδικασίες, εσωτερικών μετακινήσεων, πρόσληψης επικουρικού προσωπικού, μόνιμου προσωπικού διαμέσου των προκηρύξεων 2Κ/2019, 6Κ/2020 και τα δεδομένα απεικονίζονται στους παρακάτω Πίνακες και Διαγράμματα:

Ιατρικό προσωπικό



Εικόνα 24 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού σε ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

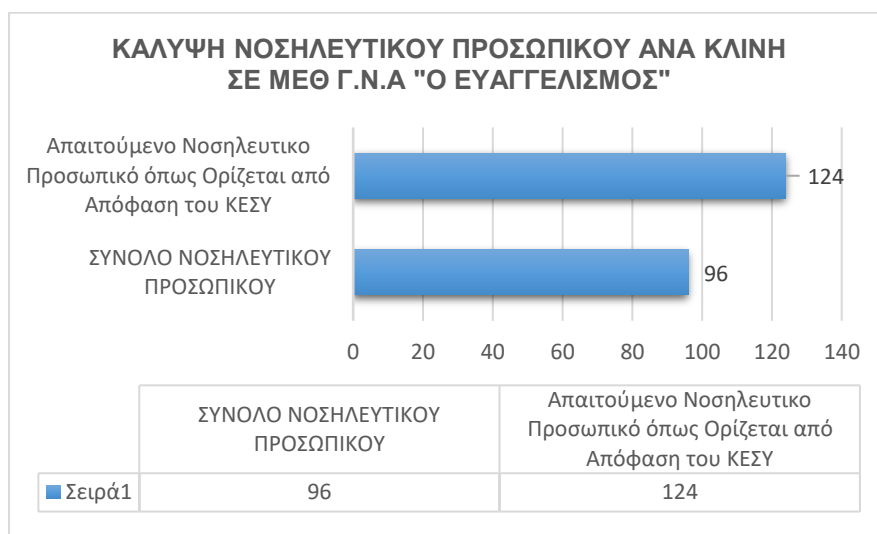
Το σύνολο των υπηρετούντων Ιατρών (50) καλύπτει την ιδανική αναλογία, εκ των οποίων οι (36) είναι μόνιμοι Ιατροί ΕΣΥ, ο (1) επικουρικός Ιατρός και οι (13) είναι ειδικευόμενοι/εξειδικευόμενοι Ιατροί. Και σε αυτή τη περίπτωση το γυναικείο φύλο υπερτερεί έναντι των αντρών.



Εικόνα 25 Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού ανά φύλο

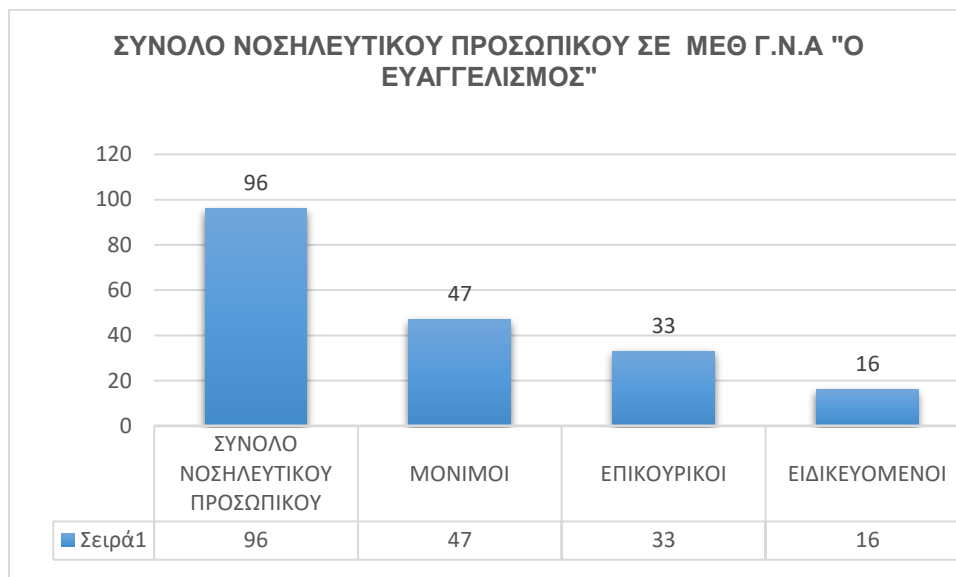
Νοσηλευτικό Προσωπικό

Κατά τον ίδιο τρόπο κινήθηκαν και οι διαδικασίες για την κάλυψη του νοσηλευτικού προσωπικού και πάλι λαμβάνοντας υπόψη την απόφαση του ΚΕΣΥ που θέλει το απαιτούμενο νοσηλευτικό να αριθμεί σε 124 άτομα έναντι των 96 που υπηρέτησαν στη ΜΕΘ. Εμφανώς, υπολείπεται του ορίου παρ' όλες τις προσπάθειες που έλαβαν χώρα για την επίτευξη του στόχου.



Εικόνα 26 Κάλυψη Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Από το υπηρετούν νοσηλευτικό προσωπικό το 81% (78) είναι γυναίκες και το 19% (18) είναι άντρες, ενώ η σχέση εργασίας απεικονίζεται κατωτέρω με το 49% να είναι μόνιμο προσωπικό, το 34% επικουρικό και το 17% ειδικευόμενοι νοσηλευτές.



Εικόνα 27 Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Για να εξειδικευτεί στη ΜΕΘ ένας νοσηλευτής απαιτείται εκπαίδευση διάρκειας δεκαοκτώ μηνών, γεγονός που σημαίνει ότι για την άμεση, όπως επέβαλε η πανδημία κάλυψη των αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό, προϋποτίθετο η ύπαρξη αντίστοιχα εκπαιδευμένου προσωπικού του γεγονός που προφανώς δεν συνέβαινε.

Την ίδια ανησυχία επισήμανε η (πρώην) Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας Κα Κοτανίδου σε συνέντευξή της στα ΜΜΕ (10.12.2021) ως εξής: «*Η κρίση της πανδημίας ανέδειξε τη σημασία της αύξησης των κλινών εντατικής και της στελέχωσης τους. Οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι στη διάρκεια της πανδημίας έγινε αύξηση των κλινών και προσλήψεις και μετακινήσεις προσωπικού για να καλυφθούν οι επείγουσες ανάγκες. Όμως, κατά κανόνα το προσωπικό αυτό δεν είχε εκπαίδευση και εμπειρία στην εντατική θεραπεία. Το κύριο τρέχον πρόβλημα στις ΜΕΘ σήμερα είναι οι ανθρώπινοι πόροι, καθώς δεν υπάρχουν αρκετοί γιατροί και νοσηλευτές, εξειδικευμένοι στην εντατικολογία. Το αίτημα για επαρκή στελέχωση των μονάδων με εξειδικευμένο προσωπικό είναι πιο επίκαιρο από ποτέ.*»

4.3. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΑ «ΚΑΤ»

Η ιστορία του Νοσοκομείου Ατυχημάτων και Αποκαταστάσεως Τραυματιών και Αναπήρων «Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» ξεκινά το έτος 1949 με την ίδρυση του 449 Κέντρου Αποκατάστασης Τραυματιών από το Γ.Ε.Σ.. Το Κέντρο ήταν κυρίως θεραπευτήριο και είχε σκοπό να αποθεραπεύει τους τραυματίες πολέμου από τις παθήσεις τους και να τους κάνει ικανούς να εργασθούν. Τα επόμενα χρόνια καθώς ο αριθμός των τραυματιών στρατιωτών μειωνόταν, άρχισαν να γίνονται δεκτοί πολίτες ως εξωτερικοί ασθενείς και το ίδρυμα τίθεται στη διάθεση του ΙΚΑ. Το 1951 συστήνεται το Ίδρυμα Αποκαταστάσεως Αναπήρων «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» ως ΝΠΙΔ και για ένα διάστημα συστεγάζεται με το 449 ΚΑΤ. Δέχεται μόνο εξωτερικούς ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσιοθεραπείας. Το 1958 με τροποποίηση του καταστατικού του, το Ίδρυμα μετονομάζεται σε Νοσοκομείο Ατυχημάτων & Αποκαταστάσεως Τραυματιών & Αναπήρων «Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ». Το νοσοκομείο από το 1983 σύμφωνα με το Π.Δ. 304/5-8-83 αποτελεί ΝΠΔΔ και είναι τριτοβάθμιο νοσοκομείο με σαφή προσανατολισμό στην Ορθοπαιδική και την Τραυματολογία ενώ έχει καθιερωθεί ως το νοσοκομείο των ατυχημάτων και των καταγμάτων⁸².

Στο Ν. 4702/2020 (ΦΕΚ Α' 130/03-07-2020) Κύρωση: α) της από 23.6.2020 τροποποίησης της από 6.9.2018 Σύμβασης Δωρεάς, β) των από 23.6.2020 Επιμέρους Συμβάσεων Δωρεάς για τα Έργα ΙΧ και Χ και γ) της από 23.6.2020 τροποποίησης της Επιμέρους Σύμβασης Δωρεάς για το Έργο VII - Τραύμα της από 6.9.2018 Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του Ιδρύματος «ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ ΣΤΑΥΡΟΣ Σ. ΝΙΑΡΧΟΣ» και του Ελληνικού Δημοσίου για την ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών στον τομέα της υγείας, που κυρώθηκε με τον ν. 4564/2018 (Α' 89) προβλέφθηκε μεταξύ άλλων η δωρεά (30) νέων κλινών ΜΕΘ για το νοσοκομείο ΚΑΤ ως εξής:

Πίνακας 20 Προϋπολογισμός Έργου ΜΕΘ Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ"

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ m ²	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
ΓΝΑ «ΚΑΤ»	30	1600	2.398.000,00

Η Διοίκηση του νοσοκομείου αποδέχθηκε τη δωρεά στο πλαίσιο αντιμετώπισης των έκτακτων συνθηκών που προέκυψαν λόγω της πανδημίας Covid-19 ακολουθώντας τα διεθνή πρωτόκολλα κατασκευής της νέας Πολυδύναμης ΜΕΘ.

⁸² Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <https://www.kat-hosp.gr/>

4.3.1. Δωρεές ΜΕΘ

Οι νέες εγκαταστάσεις της ΜΕΘ του Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» (22 κλίνες, 8 κλίνες μόνωσης) πραγματοποιήθηκαν σε αναξιοποίητο -μέχρι πρότινος- χώρο 1.600 τ.μ. του νοσοκομείου. Οι τεχνικές εργασίες καθώς και αντιπλημμυρικά έργα και έργα βελτίωσης των υποδομών έλαβαν χώρα σε πλήρη λειτουργία του νοσοκομείου. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός (τελευταίας τεχνολογίας) προέρχεται από δωρεές ιδιωτών ή από το δημόσιο. Η ανακαίνιση του χώρου περιλαμβάνει γραφεία ιατρών, αίθουσα σεμιναρίων, χώρο ανάπαυσης προσωπικού και ενημέρωσης συγγενών⁸³.

Τα κριτήρια λειτουργίας (θερμοκρασία, υγρασία, θόρυβος, φωτισμός, αναγκαίος εξοπλισμός, αναγκαίες παροχές οξυγόνου, νερού) και κατασκευαστικές οδηγίες για λοιπούς χώρους (γραφεία, χώρος ανάπαυσης προσωπικού), υπνοδωμάτια, αποθηκευτικοί χώροι, αποδυτήρια, τουαλέτες κ.ά.) έχουν ήδη τεθεί από την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (Ε.Ε.Ε.Θ.) και είναι σύμφωνα με την αρ. Απόφαση 2 του ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) της 256ης Ολομέλειας /24.6.2016.

Η αρχική ικανότητα λειτουργίας των παραπάνω κλινών ΜΕΘ – βάσει σχεδιασμού (πρόοδος τεχνικών εργασιών, στελέχωση κ.λπ.) – προγραμματίστηκε για τα μέσα Φεβρουαρίου 2021. Στο πλαίσιο υλοποίησης του επιχειρησιακού σχεδιασμού του Γ.Ν.Α. ΚΑΤ για την αντιμετώπιση – διαχείριση της αυξημένης πίεσης στις ΜΕΘ της Αττικής για νοσηλεία περιστατικών Covid-19, έγινε μετατροπή κλινών ΜΕΘ σε κλίνες ΜΕΘ –Covid με την τήρηση όλων των σχετικών πρωτοκόλλων – ώστε να υπάρχει δυνατότητα νοσηλείας ασθενών Covid.

Πίνακας 21 Υφιστάμενες & Νέα ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Α	8
	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΜΕΘ Β	13
	ΝΕΑ ΜΕΘ από ΔΩΡΕΑ	30

Συνεπώς, η δυναμική του Νοσοκομείου σε ΜΕΘ, έχει αλλάξει και κατά τη διάρκεια της πανδημίας αποτυπώθηκε με: είκοσι (23) κλίνες ΜΕΘ non Covid και είκοσι οκτώ (28) κλίνες ΜΕΘ Covid. Αποτέλεσε το πρώτο Νοσοκομείο σε αριθμό γενικών κλινών ΜΕΘ non Covid και

⁸³ <https://thedailyhealth.gr/30-nees-klines-meth-sto-kat-me-dorea-toy-isn>

το τρίτο κατά σειρά – μετά τα Νοσοκομεία αναφοράς “Σωτηρία” και “Ευαγγελισμός” – σε κλίνες ΜΕΘ Covid.

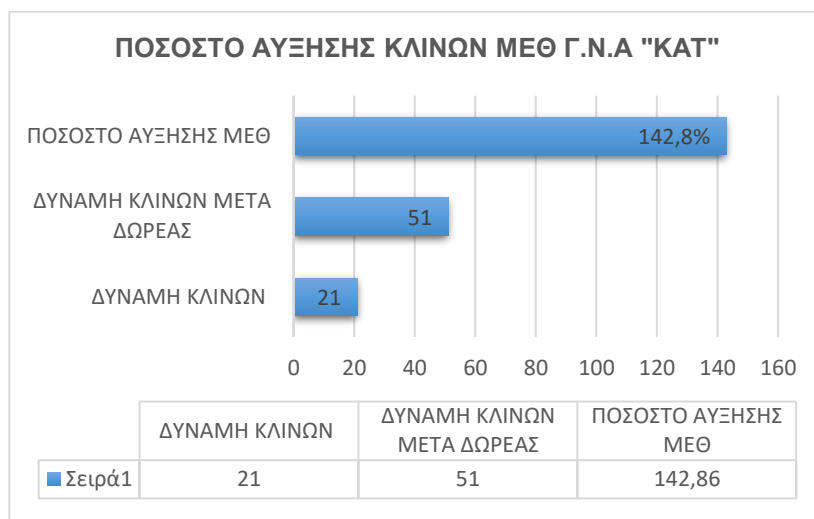
Παρατίθενται στοιχεία που παρέχουν δυνατότητα παρακολούθησης της περιόδου προ δωρεάς (21 κλίνες ΜΕΘ) και υφιστάμενης αριθμητικής κατάστασης σε κλίνες ΜΕΘ (51 κλίνες ΜΕΘ) στο σύνολο του νοσοκομείου Γ.Ν.Α.«ΚΑΤ» /έτος 2021.

Η συνολική δύναμη οργανικών κλινών του νοσοκομείου ορίζεται σε εξακόσιες πενήντα (650) (Οργανισμός βάσει της Κ.Υ.Α. Αριθμ.

Υ4α/123768/ΦΕΚ/3485/Β’/31.12.

2021). Λαμβάνοντας υπόψη το

γεγονός (βλ.ΙΙΙ.1 Απόφασης ΚΕΣΥ) «ο συνολικός αριθμών κρεβατιών ΜΕΘ να είναι τουλάχιστον 5% του συνολικού αριθμού κρεβατιών του νοσοκομείου....για νοσοκομεία με ≥ 200 κλίνες» η αύξηση των κλινών ΜΕΘ σε 51, φτάνει στο 100% στη συνολική δύναμη και έτσι το νοσοκομείο ΚΑΤ λειτουργεί αποδοτικά και χωρίς προβλήματα.



Εικόνα 28 Ποσοστό Αύξησης Κλινών ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» (πηγή: 1η ΥΠΕ)

4.3.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό

Και στη περίπτωση του «ΚΑΤ» ακολουθήθηκαν οι κάτωθι στρατηγικές αναφορικά με τη στελέχωση:

α. Άμεσες προσλήψεις επικουρικού προσωπικού

β.Μετακινήσεις προσωπικού από έτερες δομές υγείας αρμοδιότητας ή εσωτερική ανακατανομή.

γ.Επίσπευση των διαδικασιών πρόσληψης μόνιμου Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Λοιπού προσωπικού.

δ.Παρατάσεις συμβάσεων Ι.Δ.Ο.Χ.

Ιατρικό Προσωπικό

Ο πίνακας «Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού ανά Κλίνη» εξηγεί την κατανομή των ιατρικών ανθρώπινων πόρων που κλήθηκαν να παρέχουν εργασία στη νέα πολυδύναμη ΜΕΘ προκειμένου οι υπάρχουσες κλίνες να λειτουργήσουν στο 100% των δυνατοτήτων τους με το απαραίτητο και κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.



Εικόνα 29 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

Έχοντας υπόψη τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του εθνικού συστήματος Υγείας (ιδρυτικός νόμος 1397/83 ΦΕΚ Α'143/7.10.1983) φαίνεται πως ο αριθμός των υπηρετούντων ιατρών ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του τμήματος. Οι ιατροί που υπηρετούν σε ΜΕΘ έχουν λάβει ειδικότητα Καρδιολογίας ή Παθολογίας ή Πνευμονολογίας ή Αναισθησιολογίας ή Νεφρολογίας ή Χειρουργικής και οι περισσότεροι έχουν εξειδικευτεί στην εντατική θεραπεία γεγονός που εξασφαλίζει ως ένα βαθμό την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία της νέας ΜΕΘ. Αξιοσημείωτη η στελέχωσή της αποκλειστικά με μόνιμο προσωπικό, το οποίο προέκυψε μετά από Προκήρυξη και ταχύτατες διαδικασίες κρίσεων.

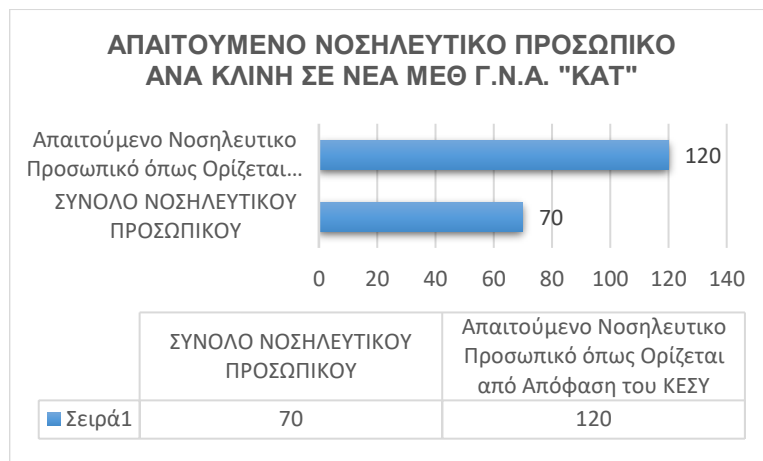


Εικόνα 30 Ιατρικό Προσωπικό ανά φύλο

Εμφανής και εδώ η υπεροχή στη συμμετοχή του εργαζόμενου γυναικείου φύλου.

Νοσηλευτικό Προσωπικό

Οριακοί οι πόροι σε νοσηλευτικό προσωπικό, υπολείπονται των αναγκών και είναι πολύ πιθανόν η Μονάδα να αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών της. Αντίστοιχα αυξάνεται ο φόρτος εργασίας για το υπηρετούν προσωπικό. Όλοι γνωρίζουμε ότι η Νοσηλευτική επιστήμη



Εικόνα 31 Κάλυψη Νοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

συμβάλλει αποφασιστικά στην ποιοτική περίθαλψη και κατ' επέκταση στην έκβαση της υγείας των ασθενών αν συνυπολογιστεί η βαρύτητα και η εξειδικευμένη νοσηλεία βαρέως πασχόντων. Ωστόσο η ποσοτική καταγραφή καθίσταται απαραίτητη για να αναδειχθεί η υφιστάμενη κατάσταση επαναφέροντας σε συζήτηση το πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού που αντιμετωπίζουν τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.

Διαχρονική η έλλειψη στρατηγικού προγραμματισμού και ανεπαρκής ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για επάρκεια, διαθεσιμότητα και διαχείριση ανθρώπινων πόρων. Υπόψη των κρίσιμων συνθηκών που το σύστημα ξεπερνά τα όριά του, για την άμεση στελέχωση της νέας ΜΕΘ, ερευνήθηκε η δυνατότητα μετακίνησης προσωπικού από έτερες δομές υγείας καθώς και το μέτρο της ανακατανομής του ήδη υπηρετούντος προσωπικού –που προφανώς δεν πλεονάζει από άλλα τμήματα ή κλινικές αλλά τη δεδομένη στιγμή περιόρισαν τις εργασίες τους (π.χ. χειρουργεία).

Εφαρμόστηκε εδώ, όπως και στα λοιπά νοσοκομεία, εσπευσμένα η θεωρία του Herzberg «οριζόντιος εμπλουτισμός» η οποία αναφέρεται στην αύξηση της ποικιλίας καθηκόντων ή εργασιών του εργαζόμενου αλλάζοντας θέση (job rotation)⁸⁴. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι στο Νοσοκομείο ΚΑΤ ανέλαβαν υπηρεσία κατά τα έτη (2020-2021) 45 μόνιμοι νοσηλευτές (από προκήρυξη έτους 2019). Εξ αυτών οι δέκα (10) διαθέτουν αποδεδειγμένη αντίστοιχη εμπειρία

⁸⁴ Μπουραντάς, Δ. Μάνατζμεντ, Αθήνα 2015, σ.321

στην εντατική θεραπεία και τοποθετήθηκαν σταδιακά στην εν λόγω ΜΕΘ καλύπτοντας πάγιες ανάγκες. Ωστόσο αξιοσημείωτη η υπεροχή του έκτακτου ενισχυτικού, ενίοτε μη εξειδικευμένου προσωπικού, το οποίο κλήθηκε την τελευταία στιγμή να καλύψει τα κενά και να συνδράμει με ότι εμπειρία ή εξειδίκευση διέθετε.



*Νοσηλευτικό προσωπικό ανά
σχέση εργασίας /ποσοστό %*

Μόνιμοι 40%

Επικουρικοί 46 %

Ειδικευόμενοι 14%

Εικόνα 32 Νοσηλευτικό προσωπικό ανά σχέση εργασίας

Οι ανθρώπινες ικανότητες είναι το θεμέλιο ενός ισχυρού συστήματος υγείας, απαραίτητες για τη διασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών σε όλα τα περιβάλλοντα. Αναμφισβήτητα το ιατρικό επάγγελμα κατατάσσεται στα στρεσογόνα. Ένα ιατρικό λάθος -σφάλμα μπορεί να επιφέρει βλάβες στην υγεία του ασθενούς, η ζωή του οποίου εξαρτάται από το βαθμό και την ταχύτητα αντίδρασης του ιατρού. Το λάθος οφείλεται στην πολύωρη, κοπιαστική και αγχωτική εργασία των ιατρών και των νοσηλευτών, στα ακανόνιστα ωράρια, στο φόβο για το άγνωστο της νόσου και για τα επιβαρυνόμενα περιστατικά που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Ο φόρτος εργασίας, η πορεία του ασθενούς με τον οποίο έρχονται καθημερινά σε επαφή, η έλλειψη πόρων, η συνεχιζόμενη προσπάθεια, η επαναλαμβανόμενη εργασία, ο περιορισμός των αμοιβών και επιπλέον κινήτρων και οι μικρές προοπτικές εξέλιξης οδηγούν σε συναισθηματικές καταστάσεις (burnout) με άμεσο αντίκτυπο στην μη ετοιμότητα σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης και στην αναποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας⁸⁵.

Αυτό λοιπόν που απαιτεί το σύστημα υγείας και ειδικότερα η ορθή λειτουργία της νέας ΜΕΘ, με σημαντικά ποσοστά πληρότητας ασθενών όπως προειπώθηκε και επισημάνθηκε από τον Δ/ντή του Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» Κ^ο Αλαμάνο καθώς και τον Προϊστάμενο Νοσηλευτικού Προσωπικού Κ^ο Μπούκα, είναι η αύξηση των νοσηλευτών και ιατρών για να αποτραπεί η επαγγελματική

⁸⁵ Bakker A.B., Killmer C.H., Siegriest J. & Schaufeli W.B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing, 2000, σελ.884-891.

σωματική και ψυχική εξουθένωση που οδηγούν σε αποδυνάμωση των εργαζομένων, σε ασθένειες και απομάκρυνση από την εργασία για μακρά διαστήματα. Η επάρκεια προσωπικού σημαίνει προστασία της υγείας όλων και βελτίωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

4.4. Μελέτη Περίπτωσης ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Μακρόχρονη η ιστορία του Γ.Ν.Α ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ που ξεκινά στα τέλη του 19^{ου} αιώνα με το ίδιο να στεγάζει το Μαράσλειο Χημείο μέχρι τις αρχές του Α' βαλκανικού πολέμου. Τα μετέπειτα έτη εγκαταστάθηκε σε αυτό η αποστολή του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού και με την αποχώρησή του παραμένει στρατιωτικό νοσοκομείο με στρατιωτική διοίκηση. Το έτος 1922 μετά την Μικρασιατική καταστροφή το νοσοκομείο επιτάσσεται και ιδρύεται στον ίδιο χώρο το Νοσοκομείο Προσφύγων Αθηνών (ΦΕΚ 214/τ.Α'/3-8-1923) το οποίο συγκεντρώνει πολλούς ιατρούς με μεγάλη εμπειρία από τα νοσοκομεία της Κωνσταντινούπολης & της Σμύρνης. Διαθέτει τα νοσηλευτικά τμήματα: παθολογικό, χειρουργικό, μαιευτικό & γυναικολογικό, οφθαλμολογικό, ορθοπαιδικός, ακτινολογικό και παιδιατρικό. Με τον Ν. 4071/1929 το Νοσοκομείο καθίσταται ΝΠΔΔ και προστίθεται το μικροβιολογικό τμήμα ενώ με το Διάταγμα (φύλλο 292) 6-9-1934 εγκρίθηκε ο «Εσωτερικός Κανονισμός» και προστίθενται ακόμη τα τμήματα: νευρολογικό, ωτορρινολαρυγγικό, αφροδισιολογικό-δερματολογικό, ουρολογικό και οδοντιατρικό. Στην ιατρική του διαδρομή αξίζει να σημειωθούν πρωτοποριακές για την εποχή υπηρεσίες όπως η ίδρυση του Α' Περιφερειακού Κέντρου Αιμοδοσίας (1952), του πρώτου Κέντρου Αιμορροφιλικών Ασθενών (1962), του πρώτου κινητού συνεργείου αιμοληψιών (1962), της πρώτης έδρας καρδιολογίας στην χώρα (1960) και του πρώτου καρδιοχειρουργικού τμήματος στη χώρα (1964). Η οργανική δύναμη του νοσοκομείου ανέρχεται στις **500 κλίνες**⁸⁶. Σκοπός η παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης 1^{ης}Υ.ΠΕ. Αττικής, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Δ.Υ.ΠΕ.

Η επισκεψιμότητα –προέλευση ασθενών σύμφωνα με δημογραφικά στοιχεία του νοσοκομείου αναφέρεται σε ποσοστό :

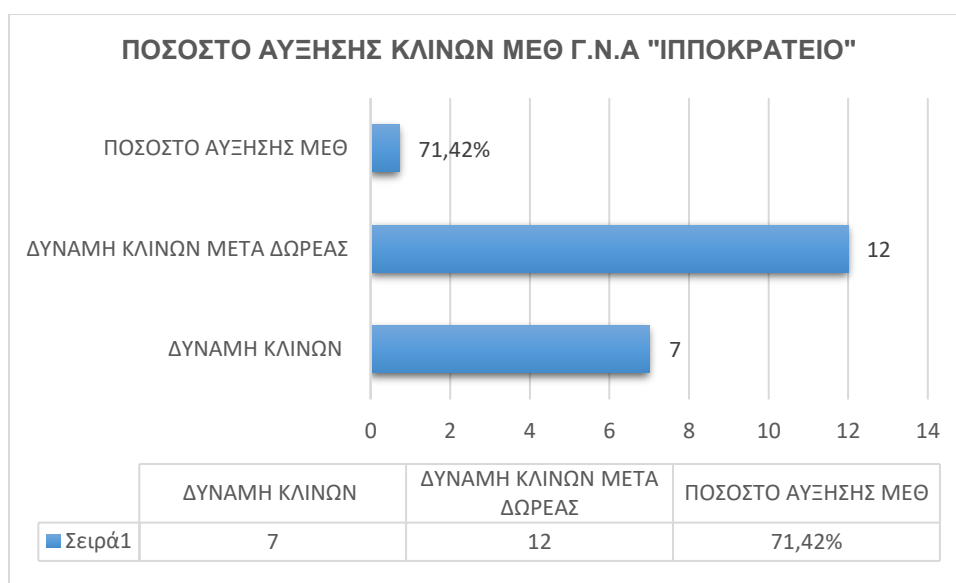
Πίνακας 22 Επισκεψιμότητα Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΕΚΤΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	20.3%
ΕΝΤΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	79.7%
<i>Ηλικιακή κατανομή</i>	<i>Μ.Ο. 64 έτη</i>

Πριν την έναρξη της πανδημίας στο Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» υφίσταντο 7 κλίνες ΜΕΘ, οι οποίες κατόπιν της δωρεάς του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος επεκτάθηκαν σε 12. Σύμφωνα με

⁸⁶ <https://www.hippocratio.gr/>

τον Δ/ντή της Νέας ΜΕΘ, Κ^ο Γ. Κοφινά, οι (5) νέες ΜΕΘ προσέφεραν τα μέγιστα κατά τη διάρκεια της πανδημίας και χωρίς αυτές θα δημιουργείτο πρόβλημα στη διαχείριση των βαρέως πασχόντων. Ωστόσο, όπως ο ίδιος αναφέρει, πρέπει να επισημανθούν κατασκευαστικές αδυναμίες, με παρεκκλίσεις από τις προβλεπόμενες προδιαγραφές της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας, οι οποίες προφανώς προέκυψαν από την ταχύτατη κατασκευή τους πλην όμως με την αποτίμηση της πανδημίας οφείλουν να επανεξεταστούν και να συγχρωτιστούν με τα κατασκευαστικά πρωτόκολλα. Ειδικότερα, πρέπει να επανπροσδιοριστεί ο χωροταξικός σχεδιασμός της μονάδας μελλοντικά, ώστε να αντιμετωπιστούν ανακύπτοντα ζητήματα δυσχέρειας τόσο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και των ασθενών.



Εικόνα 33 Αύξηση Κλινών ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» μετά δωρεάς

4.4.1. Δωρεές ΜΕΘ

Στο πλαίσιο της Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του Ιδρύματος «ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ ΣΤΑΥΡΟΣ Σ. ΝΙΑΡΧΟΣ» και του Ελληνικού Δημοσίου για την ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών στον τομέα της υγείας, που κυρώθηκε με τον ν. 4564/2018 (Α' 89) προβλέφθηκε μεταξύ άλλων η δωρεά (5) νέων κλινών ΜΕΘ για το νοσοκομείο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ως εξής:

«Η παρούσα σύμβαση αφορά στην πλήρη χρηματοδότηση για εργασίες ανακατασκευής και επέκτασης υφιστάμενων εγκαταστάσεων και νέα προσθήκηόροφο για την έναρξη και λειτουργία (5) νέων κλινών» ως εξής:

Πίνακας 23 Προϋπολογιστικό Έργο ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ m ²	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	5	120	250.000,00	Επέκταση – Μεταφορά υφιστάμενων λειτουργιών

Η υλοποίηση του έργου σέβεται την λειτουργία του νοσοκομείου και την αδιάλλειπτη συνέχιση των εργασιών του. Και στη περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» όπως και στα προαναφερθέντα νοσοκομεία οι ΜΑΦ και Καρδιοχειρουργικές ανενεργές αίθουσες μετατράπηκαν σε ΜΕΘ, με αποτέλεσμα να φτάσουν να βρίσκονται σε λειτουργία 28 κλίνες ΜΕΘ και έτσι να ανταπεξέλθει το νοσοκομειακό ίδρυμα στις αυξημένες ανάγκες της πανδημίας. Πέραν των προβλεπόμενων απαιτήσεων για τις νέες εγκαταστάσεις, σύμφωνα με τα οριζόμενα της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας, στις εν λόγω ΜΕΘ χρησιμοποιήθηκαν κλίνες με αεροστρώματα σύγχρονης τεχνολογίας & λειτουργικότητας με μέγιστη ασφάλεια για τον ασθενή κατά τη νοσηλεία του.

4.4.2. Στελέχωση σε Ανθρώπινο Δυναμικό

Το συνολικό προσωπικό του ΓΝ Ιπποκράτειο την χρονική περίοδο 31/12/2021 απαριθμούσε 1148 άτομα. Οι υπηρετούντες σε οργανικές θέσεις ήταν 885 άτομα καλύπτοντας σε ποσοστό 59,5% τις προβλεπόμενες θέσεις του Οργανισμού.

Οι μεγαλύτερες ελλείψεις εντοπίζονται στην κατηγορία Λοιπό και Τεχνικό Προσωπικό με τις κενές οργανικές θέσεις να ανέρχονται σε ποσοστό 76,4% και 56,9% αντίστοιχα. Σε όρους ποσοστιαίας πληρότητας στελέχωσης στις οργανικές θέσεις προηγείται η κατηγορία του Επιστημονικού μη Ιατρικού και του Διοικητικού προσωπικού με ποσοστό περίπου 71% και για τις δυο κατηγορίες.

Το Ιατρικό προσωπικό εμφανίζει κάλυψη στις οργανικές θέσεις 70% και το Νοσηλευτικό προσωπικό 62,8% αντίστοιχα. Διαχρονικά την περίοδο 2017-2020 το σύνολο του προσωπικού παρουσιάζει αύξηση 9%, η οποία οφείλεται στην αύξηση του μη μόνιμου προσωπικού (ΙΔΟΧ, επικουρικό). Συγκεκριμένα την ίδια περίοδο το μόνιμο προσωπικό παρουσιάζει μείωση κατά 14%, ενώ το μη μόνιμο προσωπικό αύξηση 126%. Το 2021 το συνολικό προσωπικό αυξήθηκε σε ποσοστό 3,2%. Ειδικότερα το μόνιμο προσωπικό μειώθηκε περίπου 2% ενώ το μη μόνιμο αυξήθηκε 13%. Τη διετία 2020-2021 οι μεγαλύτερες αυξήσεις εντοπίζονται κυρίως στο

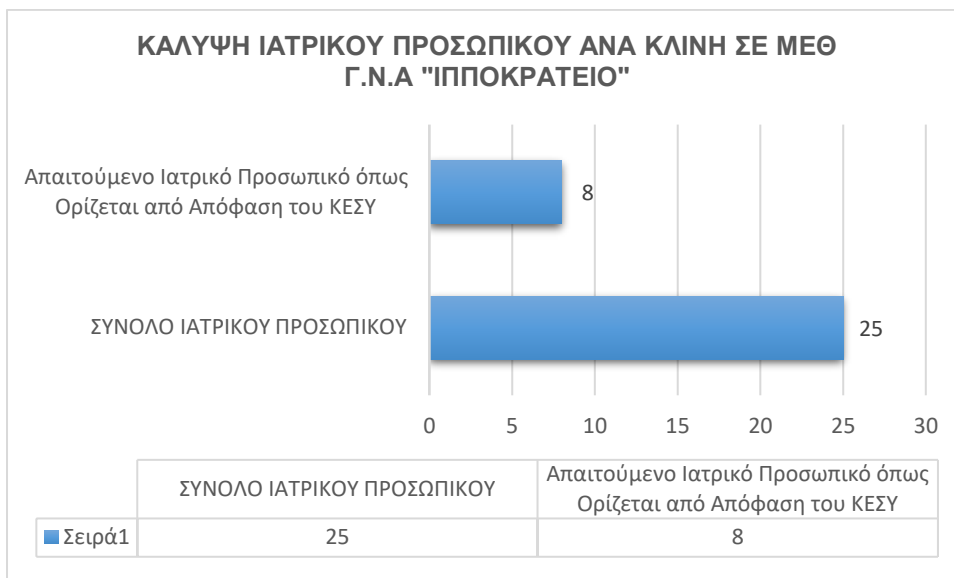
επικουρικό προσωπικό σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού εξαιτίας των προσλήψεων που πραγματοποιήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19. Οι μεγαλύτερες μειώσεις προσωπικού σημειώνονται στο μόνιμο προσωπικό όπως για το 2020 στο Ιατρικό (-22%), στο Διοικητικό (-17%), στο Λοιπό (-20%) και για το 2021 στο Επιστημονικό μη Ιατρικό προσωπικό (-19%).

Για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση της πανδημίας της Covid-19 το 2020 προσλήφθηκαν 81 άτομα (επικουρικό προσωπικό) δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στο Νοσηλευτικό προσωπικό (34 άτομα) και στο Ιατρικό προσωπικό (17 άτομα) ενώ το 2021 προσλήφθηκαν 55 άτομα εκ των οποίων τα 45 ήταν Νοσηλευτικό προσωπικό.

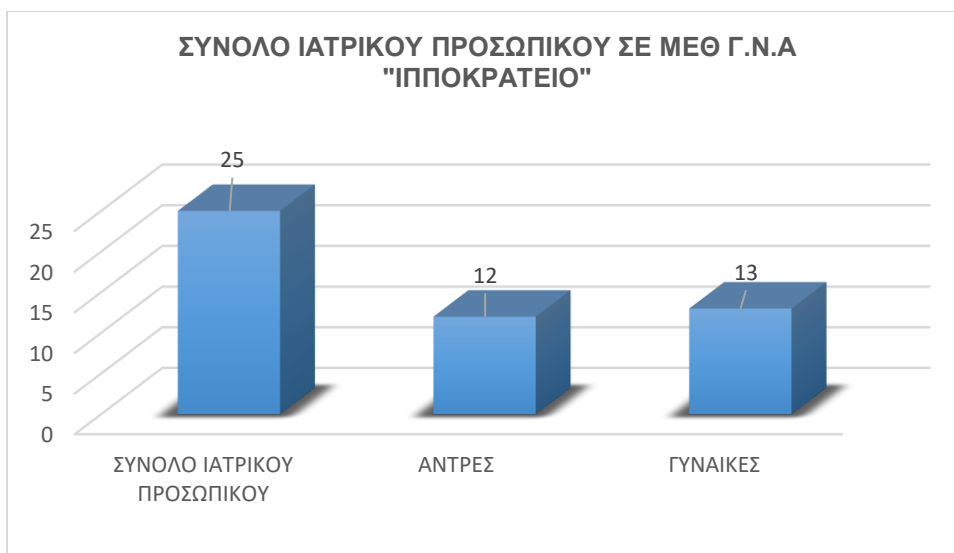
Ειδικότερα στη ΜΕΘ κατά το 2021 αυξήθηκαν οι νοσηλείες κατά 9,3% με μέσο χρόνο διαμονής 7 ημέρες, ενώ το ίδιο έτος στη ΜΕΘ Covid-19 (9 κλινες) νοσηλεύτηκαν 263 ασθενείς με μέσο χρόνο διαμονής 11 ημέρες.

Ιατρικό Προσωπικό

Στη περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», το απαιτούμενο από την απόφαση του ΚΕΣΥ Ιατρικό προσωπικό για τη νέα ΜΕΘ ήταν 8 άτομα. Το σύνολο του υπηρετούντος προσωπικού αριθμούσε 25 άτομα, γεγονός που ευνόησε πολύ τις παρεχόμενες υπηρεσίες της εντατικής θεραπείας στους νοσούντες. Στο σύνολο των υπηρετούντων Ιατρών οι 22 (88%) ήταν μόνιμοι Ιατροί του ΕΣΥ ενώ οι 3 (12%) ήταν επικουρικοί. Αναφορικά με το φύλο των υπηρετούντων υφίσταται σχετική ισορροπία μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, με τους πρώτους να αριθμούν σε 12 και τις γυναίκες σε 13.



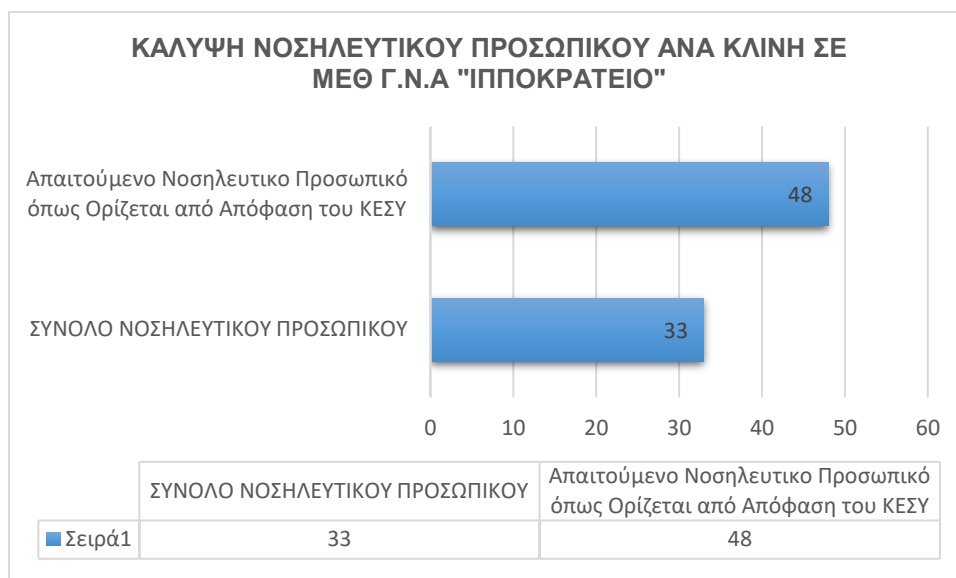
Εικόνα 34 Κάλυψη Ιατρικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»



Εικόνα 35 Ιατρικό Προσωπικό ανά φύλο

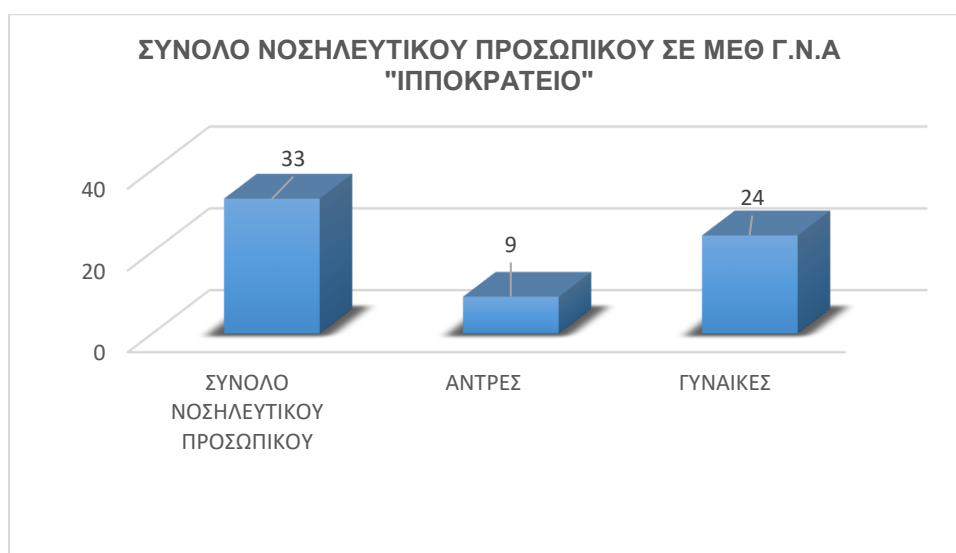
Νοσηλευτικό Προσωπικό

Οι πόροι σε νοσηλευτικό προσωπικό, υπολείπονται των αναγκών και το έργο της κάλυψης των αναγκών των ασθενών της ΜΕΘ σίγουρα δυσχεραίνεται με μεγαλύτερο φόρτο εργασίας για το υπηρετούν προσωπικό, αφού περισσότεροι ασθενείς αναλογούν σε έναν νοσηλευτή. Σύμφωνα με την απόφαση του ΚΕΣΥ το απαιτούμενο νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αριθμεί σε 48 άτομα αλλά ο πραγματικός αριθμός είναι 33, υπολείπεται δηλαδή κατά 32% περίπου από το ιδανικό.



Εικόνα 36 Κάλυψη Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Από το σύνολο του προσωπικού η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες, γεγονός που ενδέχεται να επιβαρύνει το παραγόμενο έργο. Αναφορικά με τη σχέση εργασίας το 58% είναι μόνιμο προσωπικό, το 36% επικουρικό προσωπικό και το 6% ειδικευόμενοι νοσηλευτές.



Εικόνα 37 Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά φύλο

4.5. Ανάπτυξη & Εκπαίδευση Εργαζομένων στις ΜΕΘ

Προϋπόθεση για την περίθαλψη ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελεί όπως αναφέρθηκε, η ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση. Συνεπώς, η απόκτηση εξειδίκευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης & κατάρτισης και ο σωστός συνδυασμός δεξιοτήτων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητος για την αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Στα παραπάνω απάντησε η επίσημη Πολιτεία με νομοθετική διάταξη. Στο Νόμο 4690/2020 Κύρωση: α) της από 13.4.2020 Π.Ν.Π. «Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» (Α' 84) και β) της από 1.5.2020 Π.Ν.Π. «Περαιτέρω μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την επάνοδο στην κοινωνική και οικονομική κανονικότητα» (Α' 90) και άλλες διατάξεις. Προβλέπεται μεταξύ άλλων στο Άρθρο 58: «Σύσταση θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών - Προϋποθέσεις απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας και εξειδίκευσης 1. Από τη δημοσίευση του παρόντος, για την παροχή υπηρεσιών αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας συστήνονται οι ακόλουθες ειδικότητες και εξειδικεύσεις της νοσηλευτικής επιστήμης: α) ..., επείγουσας και εντατικής νοσηλευτικής».

Ο χρόνος για τη λήψη της ειδικότητας της επείγουσας εντατικής νοσηλευτικής κατανέμεται σε θεωρητική και κλινική άσκηση στη φροντίδα ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, μονάδες αυξημένης φροντίδας και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών ενηλίκων. Ως εκπαιδευτικές μονάδες των ειδικευόμενων νοσηλευτών στην ειδικότητα αυτήν ορίζονται μονάδες εντατικής θεραπείας, μονάδες αυξημένης φροντίδας και τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

✓ Οι ειδικευόμενοι νοσηλευτές επείγουσας και εντατικής νοσηλευτικής οι οποίοι τοποθετήθηκαν στις ΜΕΘ του νοσοκομείου ΚΑΤ ανέρχονται στους δεκατρείς (13) και για το Γ.Ν.Ν.Θ.Α Η ΣΩΤΗΡΙΑ στους είκοσι τρεις (23). Αντίστοιχα στο Γ.Ν.Α. “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ” τοποθετήθηκαν πενήντα πέντε 55 ειδικευόμενοι, ενώ στο Γ.Ν.Α. ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ εννέα (9). Παρακάτω δίδονται στοιχεία που αφορούν στο σύνολο των Νοσοκομείων και των ειδικευόμενων Νοσηλευτών που τοποθετήθηκαν σε αυτά.

Πίνακας 24 Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές ανά Νοσοκομείο 1ης Υ.ΠΕ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 1 ^Η ΥΠΕ
------------	--

Γ.Ν.Α. “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ”	55
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ “ΣΩΤΗΡΙΑ”	23
Γ.Ν.Α. “Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ”	19
Γ.Ν.Α. “ΚΟΡΓΙΑΝΕΛΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ” Ε.Ε.Σ.	2
Γ.Ν.Α. “ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ”	9
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ “ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ”	6
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ “ΚΑΤ”	13
“ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ” Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	13
Γ.Ν.Α. “Η ΕΛΠΙΣ”	8
Γ.Ν.Α “ΛΑΙΚΟ”	10
ΓΑΟΝΑ “ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ”	6
ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ “ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ”	10
Γ.Ν.Α “ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ”	5
ΣΥΝΟΛΟ	179

Αντίστοιχα για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού που υπηρετεί στις ΜΕΘ, το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) θα υποστηρίξει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης κάθε ιατρού και κάθε νοσηλευτή, για 5 χρόνια (2021 έως 2026). Μετά την πάροδο της πενταετίας το πρόγραμμα θα συνεχιστεί από το Ελληνικό Δημόσιο. Το εν λόγω πρόγραμμα έχει ήδη αρχίζει να εφαρμόζεται και υλοποιείται από το Ίδρυμα ΘΩΡΑΞ, υπό την εποπτεία του Ο.ΔΙ.Π.Υ., σε συνέχεια του Μνημονίου Συνεργασίας ανάμεσα στους δύο φορείς. Το πρόγραμμα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα από τις απαιτήσεις της βασικής καθώς και της εξειδικευμένης επιμόρφωσης ιατρών και νοσηλευτών, τόσο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας όσο και των συναφών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, περιλαμβάνοντας τα εξής:

- Σεμινάρια BASIC, ιατρών και νοσηλευτών (Basic Assessment & Support in Intensive Care)
- Σεμινάρια ILS, ιατρών και νοσηλευτών (Immediate Life Support)
- Σεμινάρια εκπαιδευτών BASIC
- Σεμινάρια εκπαιδευτών ILS
- Συμμετοχή εξειδικευμένων και ειδικευόμενων εντατικολόγων ιατρών σε πιστοποιημένα σεμινάρια της ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) για εξειδικευμένα θέματα εντατικής ιατρικής
- Εκπαίδευση Νοσηλευτικού Προσωπικού και Υποστήριξη νοσηλευτικών σχολών στην Ελλάδα προμήθεια εξειδικευμένου εξοπλισμού και υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων και υποτροφιών.

✓ Η Πρωτοβουλία για την Υγεία του ΙΣΝ υποστηρίζει επίσης το πενταετές πρόγραμμα TraumaEdu, που υλοποιείται από το Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLEO), σε συνεργασία με τον Οργανισμό Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (Ο.ΔΙ.Π.Υ.), τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), και τη Νοσηλευτική Σχολή του ΕΚΠΑ, μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας του Κέντρου Επιμόρφωσης και Δια Βίου Μάθησης (Κ.Ε.ΔΙ.ΒΙ.Μ.).

✓ Για την περαιτέρω ανάπτυξη και εκπαίδευση του προσωπικού το Τμήμα Εκπαίδευσης του κάθε φορέα σε συνεργασία με τις επιτροπές λοιμώξεων λαμβάνουν δράση με ενδονοσοκομειακά –ενδοκλινικά προγράμματα και σεμινάρια, ώστε οι νοσηλευτές να είναι προετοιμασμένοι στις νέες συνθήκες εργασίας και να εξελίσσουν δεξιότητες.

Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται η σημαντική λειτουργία της Διεύθυνσης Προσωπικού που αφορά στην Υγιεινή και Ασφάλεια. Επένδυση για τη λειτουργία των Μονάδων αποτελεί η οργάνωση και η τήρηση διαδικασιών διασφάλισης της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων και η καθοδήγηση ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις εργασιακές απαιτήσεις εν μέσω πανδημίας. Την περίοδο που διανύουμε όλοι οι άνθρωποι και ιδιαίτερα οι εργαζόμενοι στην υγεία διακατέχονται από αισθήματα άγχους και φόβου για την προσωπική υγεία και των μελών των οικογενειών τους. Αυτό λοιπόν που προέχει είναι η δημιουργία κλίματος ασφάλειας και υποστήριξης στην εργασία ώστε να μην εμποδίζεται η διεκπεραίωση των καθηκόντων και η αποτελεσματικότητα των εργασιών και να αποφεύγεται ο κίνδυνος της επαγγελματικής εξουθένωσης. Περαιτέρω απαιτούνται εναλλακτικά σενάρια δράσεων για αντικατάσταση προσωπικού που απουσιάζει (π.χ. λόγω νόσου). Επίσης, κύκλοι εκπαιδευτικών διαδικτυακών μαθημάτων (εκπαιδευτικές ημερίδες) που απευθύνονται στο Ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό (school-training) διενεργούνται εντός των Νοσοκομείων για την επιχειρησιακή προετοιμασία και την εύρυθμη λειτουργία των Μονάδων για την αντιμετώπιση των συνεπειών από τη διασπορά του κορωνοϊού Covid-19) όπως:

-«Η Σωτηρία, το 1ο Νοσοκομείο αναφοράς για ασθενείς με SARS –CoV-2. Οι νοσηλευτές στην 1η γραμμή της επείγουσας και εντατικής νοσηλευτικής φροντίδας στην πανδημία». Διοργάνωση στη ΜΕΘ Covid-19 του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» εκπαιδευτικές ημερίδες (school-training) το έτος 2020 (αρχής γενομένης από 06/10/2020) με τη συμμετοχή ιατρικού (ειδικότητας Αναισθησιολογίας με εμπειρία σε ΜΕΘ), νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, υπό την επιστημονική εποπτεία των Καθηγητών της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Σκοπός των σεμιναρίων ήταν η επιμόρφωση και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού που υπηρετούν στις ΜΕΘ Covid-19. Για την παρακολούθηση των εκπαιδευτικών σεμιναρίων επιλέγη προσωπικό από Νοσοκομεία αρμοδιότητας της 1^{ης} ΥΠΕ ήτοι: ΓΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ», ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», ΓΝΑ «ΛΑΙΚΟ», ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΕΕΣ, ΓΝΑ «ΚΑΤ», ΓΝΑ «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Γ.Ν.Α «ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ».

-Η ΜΕΘ Π.Π. σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Εντατικής Θεραπείας διοργάνωσε Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (με τίτλο C-19-SPACE)-COVID19-Skills Preparation Course (C19-SPACE) Εκπαίδευση -μαθήματα, πρακτική αντιμετώπιση ασθενών Covid-19 σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για Ιατρούς μη Εντατικολόγους.

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα ΜΕΘ/ΠΠ /C19-SPACE υπό την αιγίδα της ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) και της ΕΕ, διάρκειας περίπου 40 ωρών: 24 h on line self-training στην εκπαιδευτική πλατφόρμα ESICM ACADEMY και 9h face-to-face training που διενεργήθηκε στο αμφιθέατρο της ΑΠΠ στο νοσοκομείο «Σωτηρία» με εκπαιδευτές ιατρούς και νοσηλευτές της ΜΕΘ/ΠΠ. Αριθμός συμμετεχόντων: 49 νοσηλευτές, 46 ιατροί και 2 φυσικοθεραπευτές (από το νοσοκομείο "Σωτηρία" και από άλλα νοσοκομεία της Αθήνας).

-Σεμινάρια που οργάνωσε η ΜΕΘ/ΠΠ για την ταχύρρυθμη εκπαίδευση και εξοικείωση με τη νέα πραγματικότητα του νέου νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου που στελεχώνει τις ΜΕΘ, συνολικής διάρκειας 20 ωρών. Αριθμός συμμετεχόντων: 25

-Εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας 12 ωρών για την εκπαίδευση νέων νοσηλευτών που προσλήφθηκαν στο νοσοκομείο "Σωτηρία" για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες κλινών Covid-19. Αριθμός συμμετεχόντων: 30

-Διαδικτυακά Σεμινάρια του ΠΜΣ των φοιτητών πνευμονολογίας. Σεμινάρια και μαθήματα της ΜΕΘ ΚΑΤ κάθε εβδομάδα για εξοικείωση με τα νέα μηχανήματα, φάρμακα, νοσηλευτική φροντίδα.

Μεγάλη πρόκληση αποτέλεσε για τη Δ/Ν/Υ του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΓΑΓΕΛΙΣΜΟΣ» η εξασφάλιση μιας έγκαιρης και άρτιας εκπαίδευσης όλων των εργαζομένων (μονίμων και νεοεισερχόμενων) για να ανταπεξέλθουν με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στις νέες απαιτήσεις. Προς βέλτιστη εξυπηρέτηση του σκοπού τέθηκε σε εφαρμογή ο «Κλινικός Εκπαιδευτής». Τουλάχιστον δύο έμπειροι νοσηλευτές σε κάθε τμήμα ορίστηκαν ως τέτοιοι για να δρομολογήσουν τα απαιτούμενα και να εντάξουν ομαλά όλους τους εργαζόμενους στο νέο εργασιακό περιβάλλον. Εξειδικευμένοι εκπαιδευτές - μέλη της Επιτροπής Νοσοκομειακών

λοιμώξεων αναλαμβάνουν την επιμόρφωση για (ορθή χρήση ΜΑΠ, αυστηρή τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής).

Αξίζει να σημειωθεί πως η θεσμική συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής και λόγω της Πανδημίας και των περιοριστικών μέτρων αποφυγής συγχρωτισμού, κρίθηκε ως αποσπασματική. Τις περισσότερες φορές η εκπαίδευση και η προετοιμασία των νέων εργαζομένων πραγματοποιήθηκε από έμπειρους υπαλλήλους σε πραγματικό χρόνο και σε συνθήκες εργασίας (on the job training) και επικεντρώθηκε σε συγκεκριμένη ανάθεση αρμοδιοτήτων για την ανάπτυξη του νοσηλευτικού έργου ώστε το προσωπικό να μπορεί να ανταποκριθεί στη σοβαρή επιδημιολογική κρίση.

4.6. Η Ευρωπαϊκή Ένωση

Στην εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών Υγείας αποσκοπεί και η στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο προσωπικό που δεν ειδικεύονται σε περιστατικά ΜΕΘ, ωστόσο δύναται να αποκτήσουν δεξιότητες για να ανταποκριθούν σε μελλοντικό κάλεσμα. Στην πρώτη της πρόταση για μια Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας, η Επιτροπή επικεντρώθηκε σε μέτρα ετοιμότητας και αντιμετώπισης έκτακτων υγειονομικών αναγκών. Μεταξύ άλλων και βλέποντας το κενό δεξιοτήτων δημιούργησε ένα δωρεάν πρόγραμμα κατάρτισης στην εντατική θεραπεία με την ESICM (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας) που εδρεύει στις Βρυξέλλες το οποίο απευθύνεται σε εργαζόμενους σε νοσοκομεία της ΕΕ και του Η.Β. γιατρούς και νοσηλευτές οι οποίοι δεν εργάζονται σε ΜΕΘ. Αφορά συνεδρίες (σε όλες τις γλώσσες) με βασικά στοιχεία της εντατικής θεραπείας (εισαγωγή, αναπνευστική υποστήριξη, λοιμώξεις, ακολουθία εμπειρογνώμονα ΜΕΘ για πλήρη κατανόηση τρόπου λειτουργίας της Μονάδας, παρακολούθηση εικονικής πραγματικότητας). Στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποσκοπούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο: <https://www.futurelearn.com/courses/airway-matters>, <https://www.futurelearn.com/subjects/healthcare-medicine-courses>.

Ωστόσο οι Πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία και ο κανονισμός (ΕΕ) 2021/522 θεσπίζει το πρόγραμμα EU4Health για την περίοδο 2021-2027. Με προϋπολογισμό άνω των 5 δισ. ευρώ, το πρόγραμμα (δυνάμει του άρθρου 168 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης) επιχειρεί μεταξύ άλλων να συμπληρώσει τις εθνικές πολιτικές για την υγεία με σκοπό: να ενισχύσει την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας σε ολόκληρη την ΕΕ για μεγάλες διασυννοριακές απειλές πανδημίας και κρίσεων, εξασφαλίζοντας αποθέματα ιατρικών προμηθειών καθώς και μια εφεδρεία προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και εμπειρογνομόνων.

Το EU4Health 2021-2027 — Ένα όραμα για μια υγιέστερη Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η φιλόδοξη απάντηση στη νόσο Covid-19. Η πανδημία έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ασθενείς, στο ιατρικό, υγειονομικό προσωπικό και υποστηρικτικό προσωπικό στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. Το νέο αυτό πρόγραμμα αποσκοπεί στην αντιμετώπισή της, αλλά διερευνά επίσης ζητήματα ανθεκτικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Για τους λόγους αυτούς θα χρηματοδοτήσει επιλέξιμες οντότητες, οργανώσεις υγείας και ΜΚΟ από χώρες της ΕΕ ή

τρίτες χώρες. Η ESICM πιστεύει ακράδαντα ότι η δια βίου εκπαίδευση *Intensive Care Fundamentals* είναι κρίσιμη και θα επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς⁸⁷.

Τέλος, το C19SPACE_VR είναι μια Εκπαιδευτική Εμπειρία Εικονικής Πραγματικότητας που αναπτύχθηκε με στόχο να παρέχει στους επαγγελματίες ιατρικής, βασικές δεξιότητες στη ΜΕΘ, ώστε να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι να βοηθήσουν σε μια ΜΕΘ σε δεύτερη περίπτωση C19. Αυτή η εμπειρία είναι μέρος του Εκπαιδευτικού Προγράμματος C19_SPACE που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και παρέχεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας⁸⁸.

⁸⁷https://www-esicm-org.translate.goog/journals/icmjournal;/member=false&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=el&_x_tr_hl=el&_x_tr_pto=sc

⁸⁸https://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/public_health.html

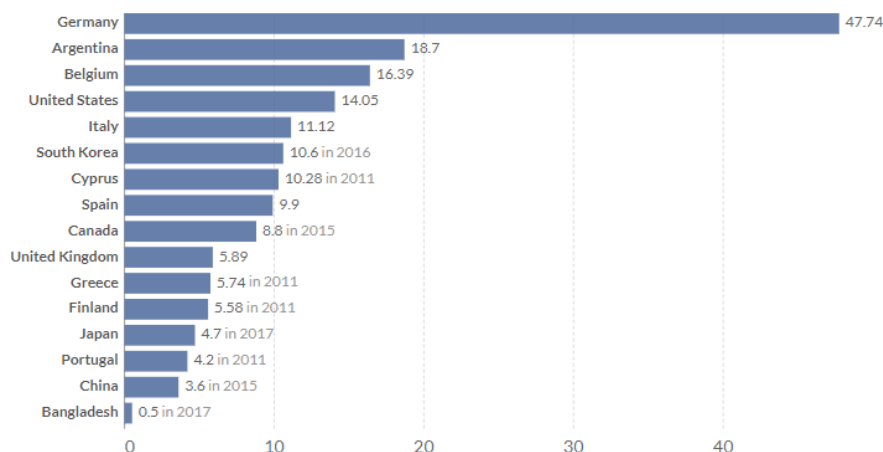
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1. Αποτελέσματα – Τι μας δίδαξε η πανδημία σε αριθμούς κλινών ΜΕΘ και σε όρους ανθρώπινου δυναμικού;

Η οργάνωση και η λειτουργία των κλινών ΜΕΘ εν μέσω πανδημίας ήταν υποχρέωση του Κράτους και δικαίωμα των χρηστών υπηρεσιών υγείας η νοσηλεία σε αυτές. Διασφαλίστηκε ωστόσο η πρόσβαση χωρίς διακρίσεις και η θεραπεία; Στο ερώτημα απάντησε η αρωγή των ιδιωτών που πραγματοποιήθηκε η εργασία με ιδιαίτερη έμφαση και προσδιορισμό στις (93) νέες κλίνες που αποδόθηκαν στα Νοσοκομεία της 1^{ης} ΥΠΕ (περιπτωσιολογικές μελέτες). Δεν παρέλειψε ωστόσο να αναφέρει λοιπές δωρεές σε κλίνες ΜΕΘ –ΜΑΦ, και κάθε είδους δωρεά που περιήλθε στο ΕΣΥ με σκοπό τη συνέχιση λειτουργίας των υπηρεσιών του συστήματος, παρέχοντας τη δυνατότητα στον ασθενή να αξιώνει την παροχή δωρεάν υγείας.

Η σημαντικότητα της εντατικής θεραπείας βγήκε στην επιφάνεια ένεκα της πανδημίας. Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι παρά την ενίσχυσή των ΜΕΘ για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης, η πίεση κατά την περίοδο κορύφωσης της πανδημίας (1ο, 2ο, 3ο κύμα) προσέγγισε τα όρια των δυνατοτήτων των νοσοκομειακών ιδρυμάτων αναφορικά με τη νοσηλεία βαρέων περιστατικών. Η χώρα εισέρχεται στη πανδημία με την δύναμη κλινών ΜΕΘ να ανέρχεται σε 693 (Ιαν.2020), η οποία με τη συμβολή των ιδιωτικών πρωτοβουλιών και τη συμβολή των στρατιωτικών/ιδιωτικών κλινικών άγγιξε τις 1322 (Δεκ. 2020) όπου αποτελεί και τον μέγιστο αριθμό κλινών εντατικής θεραπείας που επετεύχθη. Στόχος σύμφωνα με δηλώσεις της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας ήταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος, δηλαδή 12 κρεβάτια ΜΕΘ για 100.000 πολίτες⁸⁹. Στο έργο των ΜΕΘ, αναφέρθηκε η Κ^α Κοτανίδου, η οποία μας ενημέρωσε ότι η αποτίμησή του καθώς και η Βιωσιμότητα και Ανθεκτικότητα του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, θα λάβει χώρα στα τέλη του τρέχοντος έτους.

⁸⁹ Ενημέρωση Υ. Υγείας 9.12.21



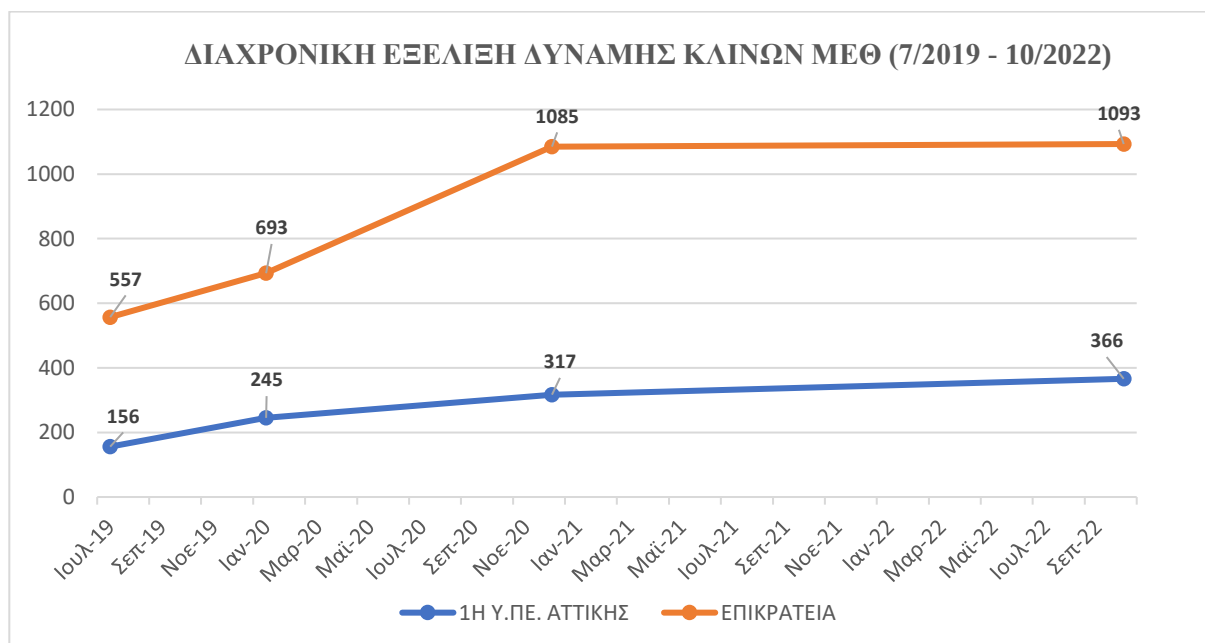
Εικόνα 38 Κλίνες Εντατικής Θεραπείας ανά 100,000 πληθυσμό (στοιχεία 2020)
(πηγή: OurWorldInData.org/financing-healthcare)

Στα νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας στο σύνολο των κλινών ΜΕΘ νοσηλεύτηκε το 52,9% του συνόλου των ασθενών. Προφανώς οι δωρισθείσες ΜΕΘ κλήθηκαν να σηκώσουν μεγάλο βάρος στην αντιμετώπιση του πανδημικού φαινομένου, επιδεικνύοντας ετοιμότητα, υψηλά επίπεδα αποδοτικής και αποτελεσματικής λειτουργίας, αποδίδοντας κύρος στο ΕΣΥ. Ενδεικτικά αναφέρονται οι ασθενείς που φιλοξενήθηκαν στη Πολυδύναμη ΜΕΘ του Σωτηρία και του ΚΑΤ, όπως μας παραχωρήθηκαν από τους Δ/ντές τους: 1367 νοσηλευόμενοι (19/10/2020-2^{ος}/2023) & 662 νοσηλευόμενοι (4/2/2021-2^{ος}/2023) αντίστοιχα. Το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στα υπό μελέτη νοσοκομεία παρουσιάζεται συγκεντρωτικά στο Παράρτημα της παρούσης (βλ. 7.7) με την απεικόνιση των δεσμευμένων απλών και ΜΕΘ κλινών Covid-19. Το βάρος που «σήκωσε» η Πολυδύναμη ΜΕΘ του ΣΩΤΗΡΙΑ συναρτήσει του αριθμού νοσηλευόμενων που μας παρέθεσε η Κ^α Ντάγανου, προβάλλουν την επιτακτική ανάγκη που υπήρχε για δωρεές στο σύστημα, οι οποίες εάν δεν είχαν λάβει χώρα τα αποτελέσματα θα ήταν δραματικά. Αυτό ακριβώς προσπάθησε να αναδείξει η παρούσα μελέτη, με τη προσέγγιση Νοσοκομείων τόσο με ελάχιστο αριθμό νέων κλινών ΜΕΘ (Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» – 8) όσο και με μείζονα (Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» - 50), τονίζοντας αυτό που όλοι οι εποπτεύοντες Διευθυντές συνομολογούν, ότι ακόμα και μια (1) νέα κλίνη να δημιουργηθεί στο ΕΣΥ αυξάνει την προστιθέμενη αξία του συστήματος, δίνοντας πνοή στον ασθενή, στον ιατρό/νοσηλευτή, στο Νοσοκομείο, στην κοινωνία. Άλλωστε, το γεγονός ότι σε κάθε κρεβάτι εντατικής νοσηλείας

νοσηλεύονται κατά μέσο όρο 28 ασθενείς ετησίως⁹⁰ είναι από μόνο του αρκετό για να αντιληφθεί κανείς τη σημασία εισόδου στο σύστημα των νέων κλινών ΜΕΘ.

Περαιτέρω, η σημερινή δύναμη κλινών ΜΕΘ, μετά δωρεών, στην 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής αγγίζει τις 366 εκ των οποίων οι 328 αφορούν σε ΜΕΘ ενηλίκων και οι 38 σε ΜΕΘ Παίδων (εξαιρούνται οι ΜΕΝΝ) (βλ. ενότητα 3.2.1) αριθμός που αντιστοιχεί στο 100% του ιδανικού αριθμού κλινών, εάν λάβουμε υπόψη ότι η 1^η Υ.ΠΕ. εξυπηρετεί περί τα 3εκ. πληθυσμού. Εάν ωστόσο, στο σύνολο των κλινών προστεθούν και εκείνες των στρατιωτικών και ιδιωτικών κλινικών που εισήλθαν στο σύστημα, οι οποίες κατά το μεγαλύτερο μέρος τους βρίσκονται στην Αττική, τότε φαίνεται ο προαναφερόμενος στόχος του ευρωπαϊκού μέσου όρου κλινών ότι επετεύχθη. Το ίδιο αποτυπώνεται και στην επικράτεια, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπου με όλες τις παρεμβάσεις που έλαβαν χώρα (ΜΑΦ->ΜΕΘ, Χειρουργικές κλίνες->ΜΕΘ) και πάλι ο στόχος φαίνεται να επετεύχθη (λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο του πληθυσμού της χώρας περί τα 10,433,000-απογραφή ΕΛΣΤΑΤ 2021).

Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην 1^η Υγειονομική Περιφέρεια και την επικράτεια, η εξέλιξη της δύναμης κλινών ΜΕΘ αποτυπώνεται ως εξής:



Εικόνα 39 Πραγματική δύναμη κλινών ΜΕΘ 7/2019-10/2022 (Πηγή Δεδομένων: BI Forms)

⁹⁰ Δήλωση του Προεδρείου Ένωσης Νοσοκομειακών Ιατρών Αττικής στην ηλεκτρονική εφημερίδα Newsonly.gr την 1-10-2014.

Σήμερα όλες οι ΜΕΘ έχουν πλέον αποχαρακτηριστεί και δεν υφίσταται πλέον ο διαχωρισμός (covid-non covid). Άλλωστε στις 5.5.2023 δόθηκε η επίσημη λήξη του συναγερμού από τον Π.Ο.Υ. και ο covid δεν συνιστά πλέον έκτακτη ανάγκη για την υγεία με αποτέλεσμα την αποκλιμάκωση των επιχειρησιακών σχεδίων των νοσοκομείων και την σταδιακή επιστροφή σε συνθήκες κανονικότητας.

Η Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού (ΔΑΔ) διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού. Αναφέρεται στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση πολιτικής που στοχεύει στην αποδοτική χρησιμοποίηση των ανθρωπίνων ικανοτήτων και δεξιοτήτων για να επιτυγχάνονται οι στόχοι του. Συγκεκριμένα οι βασικές πρακτικές περιλαμβάνουν: τον προσδιορισμό αναγκών σε ανθρώπινους πόρους, την προσέλκυση και την επιλογή εργαζομένων, την ανάλυση εργασίας, την εκπαίδευση και κατάρτιση σχετικά με τα καθήκοντά τους, την αξιολόγηση, τις αμοιβές, την ασφάλεια και υγιεινή⁹¹.

Στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (ν.1397/83) εδραιώνεται η έννοια του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας. Ιατροκεντρικός ο χώρος και κοινή παραδοχή από τη σύσταση του ΕΣΥ ως σήμερα, η δυσμενής κατάσταση στη στελέχωση των νοσοκομείων σε νοσηλευτικό προσωπικό με προβλήματα ποιοτικού χαρακτήρα. Ο αρνητικός αντίκτυπος της δεκαετούς οικονομικής κρίσης και των Μνημονίων επέβαλαν περικοπές σε όλα τα επίπεδα, πολλώ δε μάλλον στον περιορισμό νέων προσλήψεων (1:5 συνταξιοδοτήσεις ως το 2019). Το παραπάνω πρόβλημα έρχεται να «θεραπεύσει» εν μέρει η Πολιτεία με τις διατάξεις του ν.3329/05 ΦΕΚ Α' 81/04.04.2005 όπως ισχύουν, όπου στο άρθρο 10 παρ.2 προβλέπεται:

«Για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών των δημόσιων Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, καταρτίζονται, σε κάθε Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) της Χώρας, ηλεκτρονικοί κατάλογοι λοιπού, πλην ιατρών, επικουρικού προσωπικού, ανά κατηγορία και κλάδο, για όλους τους κλάδους προσωπικού, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων, στους οποίους εγγράφονται όσοι κατέχουν αντίστοιχο τίτλο σπουδών και άδεια άσκησης επαγγέλματος, όπου απαιτείται.

Το επικουρικό προσωπικό προσλαμβάνεται από τους φορείς με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, είναι προσωπικό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Σε κάθε

⁹¹ Κυριακίδου, 2010.σ.229

περίπτωση, το χρονικό διάστημα της απασχόλησης δεν μπορεί να είναι μικρότερο του ενός (1) έτους και μεγαλύτερο των δύο (2) ετών....».

Ωστόσο το άρθρο 103 του Συντάγματος (Κεφ.2º: Υπηρεσιακή κατάσταση των οργάνων της διοίκησης) αναφέρεται στην οργάνωση απασχόλησης στο δημόσιο, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται (παρ.8) το προσωπικό με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προκειμένου για την κάλυψη επείγουσών, πρόσκαιρων ή απρόβλεπτων αναγκών. Νόμος ορίζει τα καθήκοντα που μπορεί να ασκεί το προσωπικό αυτό καθώς και την απαγόρευση της μονιμοποίησής του⁹².

Τι σηματοδοτούν όμως τα παραπάνω για την ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία των Νοσοκομείων και εν προκειμένω των δωρισθεισών κλινών ΜΕΘ; Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων που αφορά στους ιατρούς και νοσηλευτές που παρέχουν εργασία στις νεοσύστατες ΜΕΘ καθώς και το εργασιακό τους καθεστώς. Ποιος είναι ο οδικός χάρτης για την κατανόηση των περιοχών του δυναμικού που είναι περισσότερο ή λιγότερο κρίσιμες για την επιτάχυνση και την ορθή λειτουργία των Μονάδων;

Σε ότι αφορά στην ποσοτική καταγραφή και την αριθμητική στελέχωση στις υπό μελέτη δωρισθείσες αναπτυγμένες κλίνες ΜΕΘ (50+8+30+5=93) και στον δείκτη ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη κρίνεται σταθερός και εν μέρει ικανοποιητικός. Αντίθετα, ο δείκτης νοσηλευτών ανά κλίνη καταγράφεται και κρίνεται ανεπαρκής. Ενδιαφέρον έχει η διαπίστωση ότι ο τίτλος ειδικότητας επείγουσας νοσηλευτικής που δίδεται βάσει των διατάξεων του ν. 4690/20, ο οποίος είναι ελκυστικός καθώς προσφέρει 18μηνη εργασία, προσθέτει εμπειρία και εξειδίκευση και φαίνεται να έχει μέλλον. Ευτυχώς το εκπαιδευτικό προφίλ του υπηρετούντος προσωπικού υπερτερεί στις κατηγορίες πανεπιστημιακής (ΠΕ) τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), διασπασμένο όμως σε ότι αφορά τη σχέση εργασίας που το διέπει. Αξιοσημείωτη είναι η υπεροχή των νοσηλευτών που υπηρετούν με σύμβαση ορισμένου χρόνου (επικουρικό προσωπικό) με κάλυψη 62% έναντι 32% του μόνιμου προσωπικού στο νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ». Αντίστοιχοι οι αριθμοί για το νοσοκομείο «ΚΑΤ» (κάλυψη 46% με έκτακτο προσωπικό έναντι 40 % των μόνιμων), ενώ στις περιπτώσεις των «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» και «Ιπποκράτειο» το μόνιμο προσωπικό υπερβαίνει το επικουρικό χωρίς δραματική υπεροχή, 33% και 36% αντίστοιχα.

⁹² Σύνταγμα της Ελλάδος/211/Α'/2019

Εμφανής λοιπόν, η καταστρατήγηση διαδικασιών πρόσληψης και ανανέωσης μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού. Συναφώς, δημιουργείται στο έκτακτο προσωπικό η προσδοκία μονιμοποίησης δημιουργώντας ένα κοινωνικό και ανθρωπιστικό πρόβλημα και αποδεικνύοντας τις διαχρονικές παθογένειες της Κεντρικής Διοίκησης καθώς οι συμβασιούχοι –δεν προσλαμβάνονται για να καλύψουν μόνο έκτακτες ανάγκες αλλά αποτελεί εξακολουθητική τακτική της Πολιτείας στο να καλύπτει πάγιες και διαρκείς ανάγκες. Όμως ο άνθρωπος και δη ο εργαζόμενος (σύμφωνα με την Ιεραρχία αναγκών κατά Maslow) έχει την ανάγκη της ασφάλειας και σιγουριάς. Επιθυμεί να είναι ασφαλής απέναντι σε κινδύνους, αβεβαιότητες και μεταβλητές του περιβάλλοντος που τον απασχολούν (π.χ. οικονομική ασφάλεια, ανεργία κ.λ.π.) και για τους λόγους αυτούς επιδιώκει τη μόνιμη απασχόληση⁹³. Εκτός τούτου, δεν προκύπτει από την κείμενη νομοθεσία η δυνατότητα του επικουρικού υπαλλήλου για τη βασική εισαγωγική εκπαίδευση, προκειμένου για την αναγνώριση του εργασιακού περιβάλλοντος και την ομαλή ένταξή του σ' αυτό. Αντίθετα, καλείται εκτάκτως σε όποιες συνθήκες και οφείλει να παρέχει υποστηρικτικό έργο στην εντατική θεραπεία αμερόληπτα και αποτελεσματικά.

Αναδεικνύεται επομένως η ανάγκη ενίσχυσης των Νοσοκομείων του ΕΣΥ με προσλήψεις μόνιμου εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού που υπάγονται στη δικαιοδοσία του ΑΣΕΠ (ν.2190/94) με πιο γρήγορες αλλά αξιοκρατικές διαδικασίες, με τα απαραίτητα τυπικά ή ειδικά προσόντα που προτάσσει το νέο πλέον Προεδρικό Διάταγμα 85/2022. Απολύτως αναγκαία συνθήκη αποτελεί ο σχεδιασμός προσλήψεων (υπαρκτές και μελλοντικές ανάγκες λόγω αποχωρήσεων, γηράσκον υπηρετούν προσωπικό, βαρύτητα περιστατικών και τμημάτων, έκτακτες καταστάσεις). Ομοίως να αξιολογηθεί το λειτουργικό κόστος, δοθέντος ότι οι πόροι δεν είναι απεριόριστοι. Για σαφή προσδιορισμό των παραπάνω καλούνται οι υπεύθυνοι να εξετάσουν το κυβερνητικό σχέδιο για επένδυση στο προσωπικό, πλήρωση των κενών θέσεων στις δωρισθείσες ΜΕΘ, ανάδειξη ενός οδικού χάρτη για τις στρατηγικές που θα πρέπει να αναπτυχθούν, ώστε το ανθρώπινο δυναμικό και το σύστημα υγείας να θωρακιστούν καλύτερα στο μέλλον για καταστάσεις κρίσης.

⁹³ ό.π. Μπουραντάς, 2015 σ.310

5.2. Συμπεράσματα - Η επόμενη ημέρα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας – Προτάσεις

Αδιαμφισβήτητα, η νόσος Covid-19 αιφνιδίασε και έπληξε τον πλανήτη με ποικίλη ένταση, προκάλεσε ανακατατάξεις σε όλους τους τομείς, επαναπροσδιόρισε προτεραιότητες και αποτέλεσε μια άνευ προηγουμένου πρόκληση για τις περισσότερες κυβερνήσεις. Οι πρώτες 67 αξιολογήσεις του ΟΟΣΑ καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα για όλες τις χώρες που έλαβαν μέρος στην αξιολόγηση ως προς το βαθμό ετοιμότητας, επιτρέποντας τον εντοπισμό σημαντικών γνώσεων που θα τροφοδοτήσουν τη μελλοντική ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα, οι αξιολογήσεις συγκλίνουν και υπογραμμίζουν ότι: Η ετοιμότητα για την πανδημία ήταν γενικά ανεπαρκής, ιδίως υπό το πρίσμα του μείζονος ανθρώπινου και οικονομικού κόστους που συνδέεται με παγκόσμιες κρίσεις στον τομέα της υγείας⁹⁴. Η νόσος Covid-19 υπογράμμισε την ανάγκη ενίσχυσης της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας, υποστηρίζει ο ΟΟΣΑ.

Στην Ελλάδα και στην εκπονή μιας μεγάλης οικονομικής ύφεσης, η υγειονομική κρίση ανέδειξε αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας κυρίως σε επίπεδο υποδομών, διαθεσιμότητας κλινών εντατικής θεραπείας, οργάνωσης & λειτουργίας, χρόνιας ανεπάρκειας ανθρώπινων πόρων, έφερε αναταράξεις, αλλά και προκλήσεις καθώς και ευκαιρίες. Η πανδημία επισήμανε τις συνέπειες των χρόνιων υποεπενδύσεων στο εθνικό σύστημα υγείας. Υπόθεση δωρητών η αποδοτική του λειτουργία οι οποίοι εν μέσω Covid-19 επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν τις χρόνιες ανεπάρκειές του, να το ενισχύσουν, να το ενδυναμώσουν αντιλαμβανόμενοι ότι το δημόσιο σύστημα υγείας πρέπει να λειτουργεί. Παραμένοντας εναρμονισμένοι με τον σκοπό για καλύτερη και άμεση ανταπόκριση στις τρέχουσες υγειονομικές ανάγκες, οι δωρητές υλοποίησαν μία σειρά έκτακτων δωρεών με στόχο την αναβάθμιση των υποδομών του.

Ο πρόεδρος του ΙΣΝ, Ανδρέας Δρακόπουλος, δήλωσε «Η πανδημία μάς υπενθύμισε με τον πιο επιτακτικό τρόπο την αναγκαιότητα στήριξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και κυρίως των ανθρώπων που βρίσκονται πίσω από αυτό. Είτε πρόκειται για τους ασθενείς και την πρόσβαση τους σε άρτιες υπηρεσίες υγείας. Είτε πρόκειται για το ιατρικό, νοσηλευτικό και υποστηρικτικό προσωπικό καθώς και τις υποδομές και τον εξοπλισμό, που οφείλουν να έχουν στη διάθεσή τους, ώστε να μπορούν να επιτελούν απρόσκοπτα το λειτούργημά τους. Σε συνεργασία με τον δημόσιο

⁹⁴ <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-covid-19-responses-a-synthesis-483507d6/>

τομέα, είμαστε εδώ, και στο βαθμό των δυνατοτήτων μας στηρίζουμε, το αναφαίρετο δικαίωμα όλων στην Υγεία»⁹⁵.

Οι 93 νέες κλίνες ΜΕΘ, στις οποίες επικεντρώθηκε η παρούσα μελέτη, αντιμετώπισαν προβλήματα που ενδεχομένως θα προέκυπταν στη νοσηλεία βαρέως πασχόντων υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Προφανώς η διάθεση και η επάρκεια των υλικών πόρων (σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, κλίνες, αναπνευστήρες, monitor παρακολούθησης ζωτικών σημείων, αντλίες έγχυσης φαρμάκων, κ. ά) συνδυάστηκε με παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Η γενναιόδωρη συνεισφορά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος στην περίπτωση του «ΚΑΤ»/«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»/ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» και της Βουλής των Ελλήνων στη δωρεά ΜΕΘ του «ΣΩΤΗΡΙΑ», καθώς και λοιπών δωρεών ως αναφέρθηκαν ανωτέρω αποτελούν περιουσιακά στοιχεία για το αύριο του ΕΣΥ κατά ομόφωνη ομολογία και ουσιαστική παρακαταθήκη για τους χρήστες και για τους επαγγελματίες υγείας του μέλλοντος.

«Πάντων χρημάτων μέτρον ἐστὶν ἄνθρωπος»...

Η ρήση του Πρωταγόρα θέτει ερώτημα στην Πολιτεία ως προς το βαθμό ενδυνάμωσης του συστήματος με ανθρώπινους πόρους. Άλλωστε χωρίς το απαραίτητο ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, δεν μπορεί να λειτουργήσουν μεγάλα σχέδια ακόμα και αν σε αυτά συμπεριλαμβάνονται σύγχρονες εγκαταστάσεις με άρτιο εξοπλισμό. Την διαμορφωθείσα ποσοτική ανεπάρκεια προσωπικού και την πλήρη εικόνα στελέχωσης στις περιπτώσεις μελέτης, αποτύπωσαν τα αριθμητικά δεδομένα αποδεικνύοντας το «αδύνατο σημείο» του συστήματος. Όμως το ανθρώπινο δυναμικό είναι η κινητήρια δύναμη και η κύρια επένδυση. Στην επένδυση αυτή αφορά και η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Workforce 2030)⁹⁶ «*παγκόσμια στρατηγική για τους ανθρώπινους πόρους για την υγεία*» η οποία αναφέρει ότι σύμφωνα με τα ευρήματα των βασικών δεικτών υγείας ΠΟΥ/Ευρώπης, οι ελλείψεις στο εργατικό υγειονομικό δυναμικό θα ανέβουν παγκοσμίως μέχρι το 2030 έως και 9,9 εκατομμύρια γιατρούς, νοσηλευτές και μαίες. Αυτό σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ενδέχεται να μην επαρκούν για την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών υγείας ενός γηράσκοντος πληθυσμού⁹⁷.

⁹⁵ <https://www.snf.org/el/grafeio-typou/lista-neon/2021/04/to-isn-oloklirose-ti-diamorfosi-horon-gia-tin-prosthiki-145-neon-klinon-meth-kai-maf/>

⁹⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>

⁹⁷ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/data-and-statistics>

Η περιορισμένη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα, ανισότιμη και μη αποδοτική κατανομή ανθρώπινων υλικών και οικονομικών πόρων, ανεπάρκειες του παρελθόντος, συνέβαλαν στη χαμηλή εκτίμηση του συστήματος από πλευράς των πολιτών. Υπό το πρίσμα αυτό και προς αποφυγή οπισθοδρομήσεων, η Πολιτεία οφείλει να δει την παρούσα υγειονομική κρίση ως κινητήριο μοχλό για να προβεί σε θεσμικές μεταρρυθμίσεις προς τη σωστή κατεύθυνση, σε εφαρμόσιμα νομοθετήματα και σχέδια, πρόβλεψη χρηματοδότησης, ενίσχυσης, αξιοποίησης, παρακίνησης, ανταμοιβής, εκπαίδευσης του ήδη υπάρχοντος ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με γνώμονα την εξυπηρέτηση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Αναμόρφωση και σύνδεση παραγωγής γνώσης (προγράμματα σπουδών ιατρικής και νοσηλευτικής) με το παραγωγικό σχέδιο του συστήματος υγείας και με γνώμονα ότι η απασχόληση οδηγεί σε ευρύτερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.

Ως εκ τούτου, καίρια προτεραιότητα και ευθύνη της ελληνικής πολιτείας είναι η ορθή διαχείριση των υποδομών που παρέλαβε αλλά και η ανάπτυξη και η ποιοτική αναβάθμιση του υπηρετούντος ανθρώπινου δυναμικού και η περαιτέρω ενίσχυσή του. Γεμάτο επαίνους το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την προσπάθειά του, ωστόσο κανένας λόγος, ούτε ως υπόσχεση για επαναξιολόγηση των αμοιβών του, σημαντικός παράγοντας που αποτρέπει τους νέους επιστήμονες να εργαστούν στο ΕΣΥ και άλλους να επιθυμούν την απομάκρυνσή τους από τον υγειονομικό χώρο της χώρας, στρεφόμενοι σε πιο ελκυστικά περιβάλλοντα. Οι εργαζόμενοι από την άλλη, συγχρόνως με την εκτέλεση των καθηκόντων τους πρέπει να επιζητούν το θεσμικό πλαίσιο για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στον προγραμματισμό, την οργάνωση, την εξέλιξη, τη διαμόρφωση καθηκοντολογίου, ώστε να αισθάνονται υπεύθυνοι, να αναπτύσσονται, να παρακινούνται. Σε εναρμόνιση και το προσωπικό που στην πλειοψηφία του εργάζεται με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, του οποίου η πρόσληψη είχε στόχο την αντιμετώπιση, κατά τις ισχύουσες διατάξεις, κατεπειγουσών αναγκών, λόγω απουσίας μονίμων. Ενδέχεται όμως να αποχωρήσει με τη λήξη της θητείας του αποκαλύπτοντας διαχρονικές παθογένειες. Ωστόσο δεν διαφεύγει το γεγονός πως παρέχει εργασία στις νέες ΜΕΘ από την έναρξη λειτουργίας τους, με τις ίδιες πραγματικές συνθήκες, ιδιαίτερα καθήκοντα, ενιαία εργασιακή κουλτούρα αποκτώντας εμπειρία και εξειδίκευση. Εδώ έχει αξία η θεωρία της Δικαιοσύνης (Equity theory) που αρχικά αναπτύχθηκε από τον John Stacey Adams, όπου το

άτομο επιθυμεί ίση ή δίκαια μεταχείριση για ίση συνεισφορά στην εργασία⁹⁸ καθώς και η αρχή της ίσης μεταχείρισης του Συντάγματος.

Στρέφοντας το βλέμμα στις ευκαιρίες και την ανάπτυξη του ΕΣΥ και εξαιρώντας τις εν γένει τραγικές συνέπειες της πανδημίας, μένει στο δημόσιο σύστημα υγείας ένα απόθεμα εξοπλισμού, (εν προκειμένω οι νέες κλίνες ΜΕΘ) οι οποίες δωρίσθηκαν και κατασκευάστηκαν σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα, κάλυψαν τις έκτακτες και μεταβαλλόμενες υγειονομικές ανάγκες, έχουν αποφέρει οφέλη σε τόσους ανθρώπους, ενίσχυσαν τον βαθμό ανθεκτικότητας. Συνεπώς, η συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα δημιούργησε το κατάλληλο υλικοτεχνικό περιβάλλον, συνέβαλε με τον σύγχρονο ιατροτεχνολογικό και μηχανολογικό εξοπλισμό στη βελτίωση της νοσηλείας του ασθενούς. Δεν ήταν όμως μόνο οι δωρεές που εισέρευσαν στα Νοσοκομεία, οι οποίες ούτως ή άλλως δεν θα μπορούσαν να υποκαταστήσουν σε απόλυτο βαθμό την απαίτηση για ορθολογικό και σε βάθος χρόνου σχεδιασμό του συστήματος υγείας ώστε να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ιδιαιτερότητες. Παράλληλα υπάρχουν δίπλα οι άνθρωποι, το υγειονομικό προσωπικό που αποκτήθηκε και εκπαιδεύτηκε υπό αντίξοες συνθήκες, συνεχίζει να υποστηρίζει τις προσπάθειες και το όραμα της Πολιτείας, ωστόσο συνιστάται η αξιοποίησή του για τον σκοπό της επαύξησης, σε μόνιμη βάση του αριθμού των κλινών εντατικής θεραπείας, η ανανέωση και η αναβάθμιση των δεξιοτήτων του, η εξειδίκευση, η επαγγελματική κατάρτιση.

Η δημιουργία νέων κλινών ΜΕΘ δεν αποτελεί απλώς μια βραχυπρόθεσμη λύση για την αντιμετώπιση του κορονοϊού. Είναι υποσχόμενο βήμα, ευκαιρία για επαγρύπνηση και καλύτερη προετοιμασία στην αντιμετώπιση μελλοντικών προκλήσεων στον τομέα της υγείας, ευκαιρία για εγγυήσεις ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος για τους επαγγελματίες υγείας. Σε μια εποχή μεγάλης αβεβαιότητας, η στήριξη των Δωρητών συνέβαλε στον έλεγχο της νόσου, προσέδωσε αισιοδοξία στον Έλληνα πολίτη-ασθενή, έδωσε το μήνυμα επαναπροσδιορισμού αναγκών και καλύτερων τεχνικών πρόβλεψης του ΕΣΥ.

Συμπερασματικά, η κρισιμότητα της εποχής και ο αντίκτυπος της πανδημίας αφενός ανέδειξαν την αδυναμία του Κράτους να ενεργήσει από μόνου και να δρομολογήσει διαδικασίες κατασκευής νέων εγκαταστάσεων και προμήθειας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στην πλειονότητά του, αφετέρου δημιούργησαν αξία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μακροπρόθεσμα,

⁹⁸ ό. π. Μπουραντάς , σ.330

διατηρεί την αξία καθώς είναι περισσότερο φερέγγυο, ενισχυμένο αλλά και πιο συνειδητοποιημένο να θωρακιστεί περαιτέρω με υλικούς και ανθρώπινους πόρους καλά εκπαιδευμένους. Στο σημείο αυτό, κατόπιν προσωπικής εκτίμησης ακολουθούμενης της προσωπικής αυτοψίας των υπό μελέτη μονάδων, μπορούμε να καταθέσουμε προτάσεις προς περαιτέρω εμβάθυνση και μελέτη:

- I. Στρατηγικός σχεδιασμός και αποφάσεις από την Πολιτική Ηγεσία και από τις Διοικήσεις των φορέων, επαναξιολόγηση αναγκών προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας λαμβάνοντας υπόψη το προοδευτικά γηράσκον προσωπικό και της κοινωνίας γενικότερα, αλλά και τις μεταβαλλόμενες μορφές ασθενειών. Δημιουργία επιχειρησιακών σχεδίων με άμεση εφαρμογή βασιζόμενη σε έναν ενιαίο, αξιόπιστο και διαφανή μηχανισμό συλλογής δεδομένων – που επί του παρόντος φαίνεται ελλιπής - για το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος υγείας, το οποίο τη τρέχουσα περίοδο ελλείπει και αντιστοίχισή του με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού (συνεχής και συνεπής καταγραφή της σύνθεσης και της κινητικότητας του σώματος των εργαζομένων).
- II. Καθορισμός των προτεραιοτήτων αναφορικά με την εντατική ιατρική, την ανάπτυξη σε αριθμό κλινών επαρκή για τις ανάγκες ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, την ενίσχυση των ΜΕΘ, την ανάληψη πρωτοβουλιών για εξάντληση κάθε περιθωρίου για τη συγκέντρωση ιδιωτικών δωρεών για ταχύτερη επίτευξη αποτελεσμάτων, τις υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας στα οποία θα πρέπει να δοθεί έμφαση για αλλαγές, μείζονα ανησυχία για τις ελλείψεις του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, βέλτιστη διαχείριση διαθέσιμων πόρων (ανθρώπινων και υλικών) επ' ωφελεία των πολιτών.
- III. Δημιουργία ενός ισχυρού νομοθετικού πλαισίου που θα διέπει τα ανακύπτοντα ζητήματα στις ΜΕΘ καθώς η Απόφαση του ΚΕΣΥ δεν αποτελεί ούτε καν νομοθέτημα δημοσιευμένο ή κανονιστικό κείμενο υποχρεωτικό προς εφαρμογή, σύμφωνα με το Προϊστάμενο Υπουργείο. Εισαγωγή πρωτόκολλου που θα συγχρονίζεται με τα αντίστοιχα των ευρωπαϊκών κρατών, και θα έχει οριζόντια εφαρμογή αμβλύνοντας την ευθύνη των ιατρών ως προς τη διεξαγωγή διαλογής ασθενών. Η εφαρμογή σαφών οδηγιών που απελευθερώνει και εκπαιδεύει τον ιατρό, αποτελεί το θεμέλιο για την ισότιμη και ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης πρόσβαση των ασθενών στη περίθαλψη.
- IV. Ο επαναπροσδιορισμός και η ανακατανομή των πόρων, λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν είναι ατέρμονοι, πιθανές συνέργειες ή συγχωνεύσεις νοσοκομειακών ιδρυμάτων της

χώρας θα μπορούσαν να δημιουργήσουν οικονομίες κλίμακας και αξιοποίηση των ήδη υπαρχόντων ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας. Προώθηση της ενοποίησης των Υπηρεσιών και όχι μόνο των κτιριακών εγκαταστάσεων, ώστε να υπάρξει μελλοντική αξιοποίηση των νέων υποδομών που εισήλθαν στο σύστημα διαμέσου των δωρεών (λ.χ. Οι 50 κλίνες της Πολυδύναμης ΜΕΘ «Η Σωτηρία» να μην μείνουν ανενεργές για μια επόμενη αναπνευστικού τύπου πανδημία, αλλά να εξυπηρετούν χειρουργικά περιστατικά ή περιστατικά βαρέως πασχόντων έτερων νοσοκομείων που δεν έχουν την αναγκαία υποδομή).

- V. Ισόρροπη κατανομή των κλινών μεταξύ κέντρου και περιφέρειας και εν γένει εντός της Αττικής που αναμφισβήτητα διαβιεί το ½ του ελληνικού πληθυσμού (πχ. ενίσχυση νοτίων προαστίων).
- VI. Μεγαλύτερες επενδύσεις τα επόμενα χρόνια στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της πρόληψης ασθενειών και στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της ετοιμότητας των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ, οι δαπάνες για την υγεία συνεχίζουν να επικεντρώνονται κυρίως στη θεραπευτική περίθαλψη παρά στην πρόληψη ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας, και πολύ περισσότερα δαπανώνται στα νοσοκομεία παρά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Πριν από την πανδημία, οι δαπάνες για την υγεία ανέρχονταν σε πάνω από 4.000 USD ανά άτομο κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, φτάνοντας σχεδόν τα 11.000 USD στις Ηνωμένες Πολιτείες.
- VII. Στρατηγικές αποφάσεις για ενδυνάμωση του υγειονομικού προσωπικού (οικονομικά κίνητρα, μόνιμες και σταθερές σχέσεις εργασίας, επιστημονική αναγνώριση, εργασιακή ικανοποίηση) με την αξιοποίηση και εκπαίδευση του υπάρχοντος υπηρετούντος προσωπικού που απέκτησε εμπειρία κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης εντός του ΕΣΥ με σκοπό την κινητοποίησή του και την έκλειψη της πλημμελούς στήριξής του.
- VIII. Περισσότερη έρευνα και αποτίμηση των στρατηγικών που ακολούθησε η χώρα, για να κατανοηθεί πώς ο αριθμός αναπτυγμένων κρεβατιών εντατικής θεραπείας επηρέασαν τα αποτελέσματα των ασθενών κατά την περίοδο της νόσου Covid-19 και αν θα συνεχίσουν να τα επηρεάζουν στην περίπτωση εμφάνισης πιθανών παρόμοιων μελλοντικών υγειονομικών κρίσεων.

Εάν λοιπόν η ανάγκη για κλίνες ΜΕΘ εμφανίζεται αύξουσα στο δημόσιο σύστημα υγείας, τότε μάλλον απαιτεί από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών υγείας, μια νέα πιο αποτελεσματική

προσέγγιση και οικονομικά αποδοτική χρήση αυτού του επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης. Είδαμε ότι η Γερμανία υπερτερεί έναντι όλων των ευρωπαϊκών κρατών σε διαθεσιμότητα τέτοιων κλινών και παρέχει υπερβολικά εντατική θεραπεία στον πληθυσμό της. Εδώ γεννάται το εύλογο ερώτημα εάν οι ασθενείς στην Ελλάδα χρειάζονται τέτοια θεραπεία – εντατική φροντίδα και δεν μπορούν να τη λάβουν γιατί δεν επαρκούν οι κλίνες;

Η απάντηση απαιτεί περαιτέρω ανάλυση δημογραφικών στοιχείων όπως μέγεθος και ηλικία του πληθυσμού νοσολογικού περιβάλλοντος, συννοσηρότητες πληθυσμού, γεωγραφική κατανομή, οικονομική θέση της χώρας, το ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος ΑΕΠ που δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη, αναλογία ασθενή/νοσηλευτή και ασθενή/ιατρού, επίπεδα αμοιβών και εργασιακές σχέσεις. Επί του παρόντος, η κατανόηση του ζητήματος διευκολύνει τη σκέψη για βέλτιστο σχεδιασμό, οργάνωση και ανάπτυξη της εντατικής θεραπείας στο μέλλον. Άλλωστε αυτός ήταν και ο σκοπός της έρευνάς μας...η αύξηση της γνώσης σχετικά με το θέμα, με τη χρήση επικαιροποιημένων δεδομένων και στη συνέχεια η μελλοντική του βελτίωση.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλιογραφία, αρθρογραφία και μελέτες στην ελληνική γλώσσα

1. Ασκητοπούλου, Ε. Κ., Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα; 1991.
2. Γερασίμου, Σ., Δείκτες ποιότητας νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας και συσχετίσή τους με την έκβαση των νοσηλευομένων, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα; 2013.
3. Γρηγοράκος Λ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αναπνευστική Ανεπάρκεια & Μηχανική Αναπνοή. Πριν-Κατά-Μετά, Αθήνα; 2014.
4. Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. και Χλέτσος, Μ., Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα; 1999.
5. Ιατρικός Σύλλογος Αθήνας, Ιατρικός πληθωρισμός: ένα κοινωνικό πρόβλημα, Αθήνα; 1997.
6. Καραμπάτσου Δ., Το μεταβαλλόμενο κόστος νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Σπάρτη; 2013.
7. Κονδύλης Η., Δασκαλάκη Α., Παλάντζα Α., Μισαηλίδου Ε., Τσάπα Κ., Τερζάκης Μ., Μπένος Α., Η εξέλιξη του υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας, Policy Report 2023.1, ΚΕΠΥ – Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Θεσσαλονίκη; 2023.
8. Κονδύλης Η., Παντουλάρης Ι., Μακρίδου Ε., Rotulo Α., Σερέτης Σ., Μπένος Α., Κριτική αποτίμηση της ετοιμότητας και των πολιτικών αντιμετώπισης της πανδημίας του νέου κορωνοϊού (SARSCoV2): διεθνής και ελληνική εμπειρία, Policy Report 2020.2, ΚΕΠΥ - Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Θεσσαλονίκη; 2020.
9. Κούμη Α. και Μιχαήλ Ν., Ο ρόλος των νοσηλευτών στη πρόληψη των κατακλίσεων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Το βήμα του Ασκληπιού; 2011 (10(2), σ. 221-239).
10. Κουτσούκου, Α., Βασιλειάδης, Ι., Ροβίνα, Ν., Ποντίκης, Κ., Ντάγανου, Μ., Αυγεροπούλου, Σ., Κυριακοπούλου, Μ., & Ρωμανού, Β., Βασικές αρχές εντατικής θεραπείας [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις; 2015. Διαθέσιμο στο: <https://hdl.handle.net/11419/5941>
11. Κρανιδιώτης Γ., Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Επιστημονικά Χρονικά – Τόμος 25 399, Τεύχος 3; 2020. Διαθέσιμο στο: http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p20-3-1.pdf
12. Κυριόπουλος Γ., Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Ε.Σ.Δ.Δ; 2011 .
13. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Π. Μ., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Τ. και ομάδα εργασίας, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; 2000 (12, 4: 169-188).
14. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία ελληνικής ιατρικής; 2010 (σελ.834-84).
15. Κώστογλου Α., Κοτανίδου Α., Μαρβάκη Χ., Ορφανός Σ., Θνησιμότητα σε ασθενείς ΜΕΘ με βάση το apache II & Saps II Score, Health & Research Centre; 2018. Διαθέσιμο στο: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/HealthResJ/article/view/19297/16951>

- 16.Λάζος Γ., Αργυρίου Γ., Νοσηλευτικές διαδικασίες στη μονάδα εντατικής θεραπείας, University Studio Press, Αθήνα; 2022.
- 17.Μίχου Κ., Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πειραιάς; 2017.
- 18.Μόσιαλος Η., Allin S., Ομάδες συμφερόντων και οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, Πολιτική στην Ελλάδα-Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού, Εκδόσεις Οκτώ, Αθήνα; 2007.
- 19.Μπατάκης Δ., Σύγκριση Πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Παιπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πειραιάς; 2016.
- 20.Μπιλάλης, Δ., «Επείγουσα Και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα; 1983.
- 21.Μπουραντάς Δ., Μάνατζμεντ, Αθήνα; 2015.
- 22.Νακός Γ., Εντατική Θεραπεία-Αρχές και Εξελίξεις, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα; 2015. Διαθέσιμο στο: <https://www.calameo.com/read/00309402290eaa7c2ae13>
- 23.Οικονόμου Χ., Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, ΙΝΕ; 2012.
- 24.Παπακωνσταντίνου Κ., Καραμπίνης Α., Μπαλτόπουλος Γ., Η νοσηλευτική στη μονάδα εντατικής θεραπείας, Κατσάτοις Ι., Αθήνα; 2006.
- 25.Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., Η κρατική ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία των ΜΕΘ, Εισήγηση στο 13^ο Συμπόσιο Εντατικής Ιατρικής, Αθήνα, 2015; Διαθέσιμο στο: <https://www.academia.edu>
- 26.Πλατή, Δ. Χ., Η Νοσηλευτική Στις Σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική; 1993 (32 (2), σ. 95 – 96).
- 27.Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Γ., Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα; 2000 (17:627–39).
- 28.Ρούσσος Χ., Εντατική Θεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης; 2009.
- 29.Σακελλαρόπουλος Θ, Οικονόμου Χ., Σκαμνάκης Χ., Αγγελάκη Μ., Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Διόνικος; 2018 (σ. 232).
- 30.Σαλαβού Ε., Κυριακίδου Ο., Μάνατζμεντ Εταιρικές Λειτουργίες, Α΄ Έκδοση Εκδόσεις Rosili; 2010.
- 31.Τούντας Ι., Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας, ΔιαΝέοσις, Νοέμβριος; 2021. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeesis.org/wp-content/uploads/2021/11/PP_to-neo-ESY_final.pdf
- 32.Χατζηνικολάου, Κ., Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ιπποκράτεια; 1999 (3,(4), 148 -159).
- 33.PriceWaterhouseCoopers, Οι προκλήσεις μιας δεκαετίας, οι ευκαιρίες της επόμενης, 24η Παγκόσμια Έρευνα για τους CEOs. Βασικά ευρήματα για την Κύπρο; 2021. Διαθέσιμο στο: <https://www.pwc.com.cy/en/ceosurvey/assets/ceo-survey-2021gr.pdf>

Βιβλιογραφία, αρθογραφία και μελέτες στην αγγλική γλώσσα

1. Adams, J. G., & Walls, R. M., Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic, JAMA; 2020 (323(15)).

2. Akhtar R., Coronavirus (COVID-19) Outbreaks, Vaccination, Politics and Society, The Continuing Challenge, Springer Link; 2022. Available at: [Coronavirus \(COVID-19\) Outbreaks, Vaccination, Politics and Society: The Continuing Challenge | SpringerLink](#)
3. Arabi M.Y., Myatra N.S., Lobo M.S., Surging ICU during COVID-19 pandemic: an overview, PubMed; 2022. Available at: [Surging ICU during COVID-19 pandemic: an overview - PubMed \(nih.gov\)](#)
4. Bakker A.B., Killmer C.H., Siegriest J. & Schaufeli W.B., Effort-reward imbalance and burnout among nurses, Journal of Advanced Nursing; 2000 (31:884-891). Available at: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/132.pdf>
5. DR Thompson, DK Hamilton, CD Cadenhead, et al., Guidelines for intensive care unit design, Crit Care Med; 2012 (40:1586-1600).
6. Economou C., Katelidou D., Karanikolos M., Maresso A., Greece: Health System Review, Health Syst Transit, 2017; (19:1–166).
7. Huang et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China; 2020. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>
8. Hunter A., Johnson L., Coustasse A., Reduction of Intensive Care Unit Length of Stay:The Case of Early Mobilization; 2014. Available at: https://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1120&context=mgmt_faculty
9. Kaier K., Heister T., Wolff J., Wolkewitz M., Mechanical ventilation and the daily cost of ICU care; 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7106643/>
10. Kara, M. A., Barnett, L. M., Hill, L., Hopley, N., Jones, J. and Van Schalkwyk, M. (Επιμέλεια: Γεωργόπουλος, Δ., Νάκος, Γ. και Πνευματικός, Ι.), Εντατική Θεραπεία, Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα; 2011.
11. Louise Reisner-Sénélar, The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records, National Library of Medicine; 2011. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21611906/>
12. Luce J.M., A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States, Crit Care Med; 2010 (Vol. 38, No. 8). Available at: https://sps.columbia.edu/sites/default/files/2021-05/a_history_of_resolving_conflicts_over_end_of_life.1.pdf
13. Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., et al, What is an intensive care unit; A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Journal of Critical Care; 2017. (37, 270–276).
14. Jensen F. J. et al., Erratum to: Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis, Intensive Care Medicine; 2015 (vol 41, p. 1391). Available at: [Erratum to: Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis | SpringerLink](#)
15. Jean-Louis Vincent, John C Marshall, Silvio A Namendys-Silva, Bruno François, Ignacio Martin-Loeches, Jeff rey Lipman, Konrad Reinhart, Massimo Antonelli, Peter Pickkers, Hassane Njimi, Edgar Jimenez, Yasser Sakr, on behalf of the ICON investigators , Assessment of the worldwide burden of critical illness: the Intensive Care Over Nations (ICON) audit; 2014. Available at: <https://iris.unimore.it/retrieve/handle/11380/1064360/104822/2014%20ICON%20Lancet%20Respir%20Med%202014%20Vincent>
16. McConachie, I. (Μετάφραση-Επιμέλεια: Μπούρος, Δ.), Εγχειρίδιο Θεραπείας στη ΜΕΘ, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα; 2001.

- 17.Moradi Y., Baghaei R., Hosseingholipour K., Mollazadeh F., Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study, PubMed; 2021. Available at: [Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study - PubMed \(nih.gov\)](#)
- 18.OECD, Health at a Glance: Europe 2020, State of health in the EU Cycle;2020. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en
- 19.OECD, State of Health in the EU Greece 2021, European Commission;2021. Available at: <https://www.oecd.org/health/greece-country-health-profile-2021-4ab8ea73-en.htm>
- 20.Pastores S., Dakwar J., Halpern N., Costs of Critical Care Medicine, Crit Care Clin; 2012 (28:1–10). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123095/>
- 21.Rhodes A. et al., The variability of critical care bed numbers in Europe, Intensive Care Medicine; 2012 (vol 38, p. 1647–1653). Available at: The variability of critical care bed numbers in Europe | SpringerLink
- 22.Russo G., Silva T.J., Gassasse Z., Filippou J., Rotulo A., Kondilis E., The impact of economic recessions on health workers: a systematic review and best-fit framework synthesis of the evidence from the last 50 years, Health Policy Plan; 2021 (36:542–51).
- 23.Siok Swan Tan et al, Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: applying a standardized costing methodology; 2012. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22264975/>
- 24.Shankar N. et al, Planning a Modular Intensive Care Unit for Patients of the COVID-19 Pandemic, Journal of Marine Medical Society; 2020 (p.S51-S56). Available at: https://journals.lww.com/jmsc/Fulltext/2020/22001/Planning_a_Modular_Intensive_Care_Unit_for_10.aspx
- 25.Sumner S., Impact of the COVID-19 pandemic on the work environment and mental health of intensive care unit nurses: Reflections from the United States, Wiley Online Library;2022 (Nursing in Critical Care Vol 28, Issue 2 p. 155-158). Available at: [Impact of the COVID-19 pandemic on the work environment and mental health of intensive care unit nurses: Reflections from the United States - Sumner - 2023 - Nursing in Critical Care - Wiley Online Library](#)
- 26.Tucker K., COVID-19 Hospitalization Costs, Outcomes In 2020 Improved Over Time; 2022. Available at: <https://today.tamu.edu/2022/01/03/study-Covid-19-hospitalization-costs-outcomes-in-2020-improved-over-time/>
27. Yaseen M. Arabi et al., How the covid-19 pandemic will change the future of critical care. Intensive Care Medicine 47; 2021 (p.282-291).

Κύριες βάσεις δεδομένων

ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/>

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, WHO, <https://www.who.int/>

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, OECD, <https://www.oecd.org/greece/>

World Population, <https://worldpopulationreview.com/>

National Library of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>

Springer Link, <https://link.springer.com/>

Υπουργείο Υγείας, www.moh.gov.gr (BI Forms - <https://bi.moh.gov.gr/login>)

Υπουργείο Οικονομικών, www.minfin.gr

Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, www.icu.gr

Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, <https://www.snf.org/el/ergo/dorees/>

ΕΟΔΥ, Ημερήσιες Εκθέσεις, <https://eody.gov.gr/>

1^η Υ.ΠΕ. Αττικής, Ομάδα Στατιστικής

1^η Υ.ΠΕ. Αττικής, Δ/ση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού

Διαδικτυακές αναφορές

- www.latsis-foundation.org
- <https://thedailyhealth.gr/30-nees-klines-meth-sto-kat-me-dorea-toy-isn>
- <https://www.sotiria.gr/meth/nea-polydynami-meth/>
- <https://www.sotiria.gr/meth/meth-pp/>
- <https://www.sotiria.gr/meth/meth-kaa/>
- <https://www.evangelismos-hosp.gr/>
- Συνέντευξη Προέδρου ΙΣΝ Ανδρέα Δρακόπουλου (LIFO 13.2.20)
https://www.snf.org/media/14308528/Andreas-Dracopoulos-Interview-in-Lifo_13022020.pdf
- <https://www.snf.org/el/grafeio-typou/lista-neon/2021/04/to-isn-oloklirose-ti-diamorfosi-horon-gia-tin-prosthiki-145-neon-klinon-meth-kai-maf/>
- <https://www.kat-hosp.gr/nosokomeio-kat/istoriko/>
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%BF_%CE%9A%CE%91%CE%A4
- <https://www.icu.gr/el/>
- <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/6648-oristhkan-apo-ton-yпойrgo-ygeias-ta-nosokomeia-anaforas-gia-ton-koronaio-se-olh-th-xwra>
- www.1dype.gr
- https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe/recovery-coronavirus-success-stories/health/eu-support-intensive-care_el
- <https://www.futurelearn.com/courses/airway-matters>
- <https://www.futurelearn.com/subjects/healthcare-medicine-courses>
- https://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/public_health.html
- <https://www.snf.org/el/grafeio-typou/lista-neon/2021/04/to-isn-oloklirose-ti-diamorfosi-horon-gia-tin-prosthiki-145-neon-klinon-meth-kai-maf/>
- <https://www.capital.gr/health/3601223/i-apantisi-tis-ellinikis-etairias-entatikis-therapeias-gia-tis-klines-meth>
- <https://www.thetoc.gr/politiki/article/kouloglou-uparxei-problepsi-tis-kubernisis-gia-epitaxi-ton-idiotikon-klinikon/>
- <https://www.snf.org/el/protoboulies/stirizontas-tin-ygeia-stin-ellada/>
- Δελτίο Τύπου 7.5.20 (Ομιλία Υπουργού Υγείας) <https://eody.gov.gr/category/deltia-typoy/sis-gia-epitaxi-ton-idiotikon-klinikon/>
- Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας Κα Κοτανίδου σε πρόσφατη συνέντευξη της στα ΜΜΕ (10.12.2021).

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=intensive+care+beds>
- www.et.gr
- <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-covid-19-responses-a-synthesis-483507d6/>
- <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/data-and-statistics>
- https://www-esicm-org.translate.goog/journals/icmjournals/?member=false&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=el&_x_tr_hl=el&_x_tr_pto=sc
- <https://www.thetoc.gr/politiki/article/kouologlou-uparxei-problepsi-tis-kubernisis-gia-epitaxi-ton-idiotikon-klinikon/>
- www.laiko.gr
- www.kat-hosp.gr
- <https://lab.imedd.org/ypostelexosi-meth-covid-thnitotita-plirotita-esy/>
- <https://www.protothema.gr/koronoios-live/article/1289222/meleti-lutra-upsili-thnitotita-stous-ektos-Covid-meth-kai-stous-astheneis-sta-nosokomeia-tis-eparhias-other/>
- https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%BF%CE%BD%CE%AC%CE%B4%CE%B1_%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82#cite_note-20
- <https://virus.com.gr/i-alitheia-gia-tis-klines-entatikis-stis-idiotikes-klinikes/>
- <https://www.pio.gov.cy/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CF%84%CE%B1-%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF.html?id=17260#flat>
- <https://www.volunteer.vic.gov.au/sites/default/files/documents/202005/Victorian%20Volunteers%20factsheet%20-%20Greek%20-%20FINAL%20-%2020200515.pdf>
- <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/covid-gr-daily-report-20201203.pdf>
- <https://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf>
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-covid-19-responses-a-synthesis-483507d6/>
- <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/6648-oristhkan-apo-ton-ypoyrgo-ygeias-ta-nosokomeia-anaforas-gia-ton-koronaio-se-olh-th-xwra>

Νόμοι/Διατάγματα/Αποφάσεις

- I.N.4557/18 (ΦΕΚ Α' 139/30.07.2018)
- II.N. 4622/2019 (ΦΕΚ Α' 133/07-08-2019)
- III.N.4690/2020 (ΦΕΚ 104/Α'/2020).
- IV.N. 4702/2020 (ΦΕΚ Α' 130/03-07-2020)
- V.N. 1397/83 ΦΕΚ Α'143/7.10.1983)

VI.N.3329/05 ΦΕΚ Α΄ 81/04.04.2005

VII.ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ/211/Α΄ /2019

VIII.N.2190/94

IX.Π.Δ.50/2001

X.Απόφαση 2 ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) της 256ης Ολομέλειας /24.6.2016.

XI.N. 1278/1982 (Α΄105)

XII.Έκθεση Ελέγχου 4/2022, Ελεγκτικό Συνέδριο

XIII.Υπουργική Απόφαση Δ2β/5094/17-3-88 «Γνωστικό αντικείμενο της Εντατικής Θεραπείας».

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

7.1. Μέση Πληρότητα ΜΕΘ non Covid-19 Νοσοκομείων 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής (2020-2021-2022) (πηγή: 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής – Ομάδα Στατιστικής)

2020: ΜΕΘ Non Covid-19	Μαρ-20	Απρ-20	Μαϊ-20	Ιουν-20	Ιουλ-20	Αυγ-20	Σεπ-20	Οκτ-20	Νοε-20	Δεκ-20
Νοσοκομεία	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιοι Ανάργυροι	94%	91%	92%	100%	95%	99%	96%	92%	100%	100%
Άγιος Σάββας	100%	80%	100%	88%	94%	86%	87%	91%	89%	100%
Αλεξάνδρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αμαλία Φλέμινγκ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανδρέας Συγγρός	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γ. Γεννηματάς	95%	92%	96%	100%	100%	85%	91%	0%	0%	0%
ΕΚΑ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Έλενα Βενιζέλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευαγγελισμός	84%	97%	99%	99%	100%	95%	101%	100%	100%	100%
Η Ελπίς	100%	88%	92%	77%	79%	57%	59%	0%	0%	0%
Ιπποκράτειο	100%	88%	96%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%
ΚΑΤ	93%	90%	94%	95%	95%	93%	91%	96%	95%	95%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	100%	100%	100%	100%	100%	95%	92%	100%	100%	100%

Κωνσταντοπούλειο	84%	79%	96%	100%	81%	101%	93%	89%	94%	89%
Λαϊκό	85%	89%	92%	100%	90%	100%	100%	97%	94%	100%
Οφθαλμιατρείο Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παιδών Αγία Σοφία	39%	67%	62%	61%	60%	47%	53%	64%	73%	67%
Παιδών Πεντέλης	64%	59%	80%	79%	72%	77%	98%	65%	76%	79%
Παρμακάριστος	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού	21%	48%	34%	73%	56%	22%	51%	59%	67%	48%
Πολυκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σισμανόγλειο	88%	96%	88%	100%	93%	92%	82%	88%	84%	0%
Σωτηρία	0%	0%	0%	63%	81%	100%	85%	0%	0%	0%
NIMTS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
251 Γ.Ν.Α	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan General Μεσογείων	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan Hospital Φαλήρου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ερ. Ντυνάν	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευρωκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιασώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κεντρική Κλινική Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λητώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μητέρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Υγεία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γενικό Άθροισμα	85%	87%	89%	90%	89%	87%	87%	88%	92%	92%

2021: ΜΕΘ Non Covid-19	Ιαν-21	Φεβ-21	Μαρ-21	Απρ-21	Μαϊ-21	Ιουν-21	Ιουλ-21	Αυγ-21	Σεπ-21	Οκτ-21	Νοε-21	Δεκ-21
Νοσοκομεία	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιοι Ανάργυροι	100%	103%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	61%	100%	92%	100%
Άγιος Σάββας	86%	90%	100%	100%	100%	85%	88%	86%	81%	88%	100%	86%
Αλεξάνδρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αμαλία Φλέμινγκ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανδρέας Συγγρός	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γ. Γεννηματάς	0%	0%	0%	0%	95%	100%	84%	100%	92%	100%	100%	100%
ΕΚΑ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Έλενα Βενιζέλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευαγγελισμός	100%	100%	95%	100%	100%	99%	95%	95%	95%	95%	95%	100%
Η Ελπίς	0%	0%	0%	0%	0%	65%	76%	67%	67%	84%	81%	0%
Ιπποκράτειο	95%	92%	107%	100%	100%	91%	98%	94%	100%	100%	100%	88%
ΚΑΤ	95%	85%	79%	100%	93%	91%	68%	88%	96%	95%	86%	100%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	100%	100%	0%	0%	0%	84%	71%	96%	100%	100%	93%	88%
Κωνσταντοπούλειο	89%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λαϊκό	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	100%
Οφθαλμιατρείο Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Παίδων Αγία Σοφία	63%	71%	60%	60%	66%	79%	72%	59%	79%	63%	66%	60%
Παίδων Πεντέλης	68%	36%	49%	41%	57%	63%	61%	74%	29%	22%	44%	35%
Παρμακάριστος	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού	37%	51%	41%	69%	70%	84%	61%	51%	59%	40%	57%	75%
Πολυκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σισμανόγλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	71%	86%	89%	81%	100%	0%
Σωτηρία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	60%	68%	0%
NIMTS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
251 Γ.Ν.Α	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan General Μεσογείων	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan Hospital Φαλήρου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ερ. Ντυνάν	0%	0%	100%	100%	80%	28%	68%	89%	73%	57%	64%	66%
Ευρωκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιασώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κεντρική Κλινική Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λητώ	0%	0%	0%	63%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μητέρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Υγεία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γενικό Άθροισμα	89%	88%	86%	89%	88%	85%	81%	89%	85%	87%	87%	88%

2022: ΜΕΘ Non Covid-19	Ιαν-22	Φεβ-22	Μαρ-22	Απρ-22	Μαϊ-22	Ιουν-22	Ιουλ-22	Αυγ-22	Σεπ-22	Οκτ-22	Νοε-22	Δεκ-22
------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	--------	--------	--------	--------	--------

Νοσοκομεία	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιοι Ανάργυροι	100%	100%	100%	100%	90%	79%	46%	82%	75%	80%	78%	83%
Άγιος Σάββας	86%	100%	86%	88%	100%	76%	41%	100%	100%	84%	100%	90%
Αλεξάνδρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αμαλία Φλέμγκ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανδρέας Συγγρός	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γ. Γεννηματάς	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	35%	100%	100%	100%	100%
ΕΚΑ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Έλενα Βενιζέλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευαγγελισμός	95%	95%	93%	96%	95%	96%	76%	61%	94%	94%	94%	94%
Η Ελπίς	0%	0%	0%	0%	21%	68%	78%	49%	37%	73%	59%	86%
Ιπποκράτειο	100%	82%	77%	98%	89%	63%	40%	80%	85%	72%	43%	81%
ΚΑΤ	100%	100%	89%	95%	100%	95%	95%	64%	86%	100%	100%	100%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	100%	100%	100%	100%	100%	77%	45%	95%	100%	100%	100%	95%
Κωνσταντοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	59%	65%	61%	87%	86%	82%	100%
Λαϊκό	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	0%	96%	100%	100%
Οφθαλμιατρείο Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παιδων Αγία Σοφία	66%	50%	44%	59%	57%	47%	36%	49%	47%	64%	73%	55%
Παιδων Πεντέλης	21%	39%	44%	23%	20%	29%	13%	57%	18%	22%	37%	63%
Παμμακάριστος	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού	56%	42%	41%	42%	60%	60%	56%	72%	41%	65%	71%	70%
Πολυκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σισμανόγλειο	0%	0%	40%	93%	75%	59%	16%	67%	57%	75%	65%	44%
Σωτηρία	0%	0%	60%	92%	82%	97%	85%	57%	68%	61%	74%	97%
NIMTS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
251 Γ.Ν.Α	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan General Μεσογείων	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan Hospital Φαλήρου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ερ. Ντυνάν	61%	66%	77%	45%	76%	66%	87%	85%	31%	52%	100%	100%
Ευρωκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιασώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κεντρική Κλινική Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λητώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μητέρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Υγεία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γενικό Άθροισμα	88%	87%	82%	88%	86%	81%	69%	68%	71%	80%	83%	89%

7.2. Μέση Πληρότητα ΜΕΘ Covid-19 Νοσοκομείων 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής (2020-2021-2022) (πηγή: 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής – Ομάδα Στατιστικής)

2020: ΜΕΘ Covid-19	Μαρ-20	Απρ-20	Μαϊ-20	Ιουν-20	Ιουλ-20	Αυγ-20	Σεπ-20	Οκτ-20	Νοε-20	Δεκ-20
--------------------	--------	--------	--------	---------	---------	--------	--------	--------	--------	--------

Νοσοκομεία	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιοι Ανάργυροι	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιος Σάββας	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αλεξάνδρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αμαλία Φλέμινγκ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανδρέας Συγγρός	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γ. Γεννηματάς	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8,3%	81,8%	100,0%	100,0%
ΕΚΑ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Έλενα Βενιζέλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευαγγελισμός	63,2%	53,1%	46,9%	25%	27,8%	50%	82,1%	85,7%	77,5%	90,6%
Η Ελπίς	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	66,7%	100%	100%
Ιπποκράτειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΚΑΤ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	85,7%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κωνσταντοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λαϊκό	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Οφθαλμιατρείο Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παιδών Αγία Σοφία	0%	33,3%	33,3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παιδών Πεντέλης	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παμμακάριστος	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού	0%	100%	0%	100%	33,3%	33,3%	66,7%	33,3%	66,7%	66,7%
Πολυκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σισμανόγλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%
Σωτηρία	100%	71,4%	39,3%	50%	50%	37,5%	100%	68,8%	88,6%	82,1%
NIMTS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
251 Γ.Ν.Α	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan General Μεσογείων	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan Hospital Φαλήρου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ερ. Ντυνάν	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευρωκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιασώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κεντρική Κλινική Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λητώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μητέρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Υγεία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γενικό Άθροισμα	52%	48%	32%	26%	25%	23%	67%	66%	77%	78%

2021: ΜΕΘ Covid-19	Ιαν-21	Φεβ-21	Μαρ-21	Απρ-21	Μαϊ-21	Ιουν-21	Ιουλ-21	Αυγ-21	Σεπ-21	Οκτ-21	Νοε-21	Δεκ-21
Νοσοκομεία	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα

Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιοι Ανάργυροι	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιος Σάββας	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αλεξάνδρα	0%	0%	0%	76%	17%	2%	1%	9%	1%	1%	27%	86%
Αμαλία Φλέμγκ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανδρέας Συγγρός	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γ. Γεννηματάς	65%	100%	100%	90%	78%	45%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΕΚΑ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Έλενα Βενιζέλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευαγγελισμός	78%	94%	95%	94%	82%	68%	57%	74%	68%	53%	81%	91%
Η Ελπίς	58%	100%	100%	100%	100%	67%	0%	0%	0%	0%	94%	100%
Ιπποκράτειο	0%	0%	92%	100%	92%	68%	46%	83%	68%	43%	65%	87%
ΚΑΤ	35%	76%	92%	88%	61%	35%	10%	31%	54%	31%	77%	88%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	0%	21%	97%	100%	92%	70%	27%	25%	77%	70%	100%	92%
Κωνσταντοπούλειο	0%	48%	100%	90%	86%	74%	52%	94%	87%	86%	100%	100%
Λαϊκό	0%	0%	0%	100%	100%	28%	0%	0%	70%	0%	0%	0%
Οφθαλμιατρείο Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παίδων Αγία Σοφία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παίδων Πεντέλης	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παμμακάριστος	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού	0%	13%	12%	11%	0%	0%	10%	14%	12%	3%	1%	17%
Πολυκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σισμανόγλειο	75%	100%	100%	99%	93%	69%	47%	57%	84%	75%	94%	97%
Σωτηρία	62%	88%	96%	98%	93%	77%	68%	86%	86%	86%	97%	96%

NIMΤΣ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
251 Γ.Ν.Α	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan General Μεσογείων	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan Hospital Φαλήρου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ερ. Ντονάν	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευρωκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιασώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κεντρική Κλινική Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λητώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μητέρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Υγεία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γενικό Αθροισμα	64%	89%	95%	94%	82%	63%	52%	71%	74%	65%	86%	92%

2022: ΜΕΘ Covid-19	Ιαν-22	Φεβ-22	Μαρ-22	Απρ-22	Μαϊ-22	Ιουν-22	Ιουλ-22	Αυγ-22	Σεπ-22	Οκτ-22	Νοε-22	Δεκ-22
Νοσοκομεία	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα	Μέση Πληρότητα
Αγία Ελένη - Σπηλιοπούλειο	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιοι Ανάργυροι	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Άγιος Σάββας	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Αλεξάνδρα	75%	57%	74%	38%	23%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Αμαλία Φλέμιγκ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανδρέας Συγγρός	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γ. Γεννηματάς	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΕΚΑ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Έλενα Βενιζέλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευαγγελισμός	93%	79%	82%	69%	59%	66%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Η Ελπίς	81%	72%	65%	73%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιπποκράτειο	76%	73%	76%	72%	43%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΚΑΤ	85%	66%	60%	63%	26%	33%	58%	62%	52%	48%	57%	58%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	100%	89%	88%	100%	75%	42%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κωνσταντοπούλειο	100%	85%	100%	100%	76%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λαϊκό	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Οφθαλμιατρείο Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παίδων Αγία Σοφία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παίδων Πεντέλης	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παρμακάριστος	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Παναγιώτης & Αглаΐα Κυριακού	21%	19%	15%	15%	1%	10%	6%	3%	5%	2%	0%	1%
Πολυκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σισμανόγλειο	100%	94%	84%	100%	47%	70%	64%	93%	38%	17%	87%	27%
Σωτηρία	92%	89%	86%	83%	60%	53%	56%	80%	67%	67%	81%	89%
NIMTS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
251 Γ.Ν.Α	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan General Μεσογείων	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitan Hospital Φαλήρου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Ερ. Ντονάν	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ευρωκλινική	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ιασώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Κεντρική Κλινική Αθηνών	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Λητώ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μητέρα	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Υγεία	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Γενικό Άθροισμα	90%	80%	78%	76%	50%	46%	54%	72%	54%	53%	68%	68%

7.3.α. Συνέντευξη – Κ^{ος} Αλαμάνος Ι., Διευθυντής Β' Χειρουργικού Τομέα και Διευθυντής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Β' Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Μέλος Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» (15-2-2022)

«1. Κ^ε Διευθυντά, θα σας απασχολήσω σήμερα στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας που έχει θέμα τις δωρεές στο ΕΣΥ για τις ΜΕΘ, μεταξύ των οποίων αυτής που Προϊσταστε, δηλαδή για τις 30 κλίνες που έγιναν από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος.

-Έχουμε και τη δωρεά της ΜΑΦ που είναι από το ίδρυμα Λάτση.

2. Το γνωρίζουμε, ωστόσο η έρευνα επικεντρώνεται στις ΜΕΘ και για αυτές θα σας ρωτήσουμε σχετικά. Εσείς πριν αναλάβετε την Δ/ση αυτής της νέας ΜΕΘ στο ΚΑΤ ήσασταν σε κάποια άλλη ΜΕΘ;

-Ναι. Το ΚΑΤ έχει δυο μονάδες. Την Α' ΜΕΘ και τη Β' ΜΕΘ. Ο Νόμος όριζε κάτι άλλο όμως, όριζε 1 ΜΕΘ τότε. Όταν έγινε αυτή η νέα μονάδα αυτή της Νέας ΜΕΘ, που την έκανε ο Νιάρχος με δωρεά, βρέθηκε ένας χώρος που ικανοποιούσε το σχεδιασμό και έτσι δημιουργήθηκε η Νέα ΜΕΘ. Και τότε με Απόφαση του Κου Στάθη διορίστηκα Δ/ντής της Νέας ΜΕΘ.

3. Πριν γίνει η Νέα ΜΕΘ, πόσες κλίνες είχε το ΚΑΤ;

-Το ΚΑΤ είχε στην Α' ΜΕΘ 8 κλίνες και στη Β' ΜΕΘ 13 κλίνες, δηλ. 21 κρεβάτια. Εγώ άνοιξα και τη ΜΑΦ (7 κλίνες), οπότε σύνολο 28 κρεβάτια. Κατόπιν προστέθηκαν τα 30 από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, συνολικά 58 κλίνες. Αυτές οι 30 κλίνες ξεκίνησαν τη λειτουργία τους 14-2-2020 και σήμερα κλείνουν ακριβώς 2 έτη λειτουργίας.

4. Πόσα περίπου περιστατικά νοσηλεύθηκαν εκεί στη μονάδα; Έχετε εικόνα/αριθμό;

-Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Νέα ΜΕΘ ανήλθαν στους 662 αυτά τα 2 χρόνια λειτουργίας. Το ποσοστό που εξήλθε από τις ΜΕΘ, προέκυψε από τη βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύτηκαν με τον δείκτη APACHE που χρησιμοποιούσαμε στο νοσοκομείο και ο οποίος ισοδυναμούσε με ένα ποσοστό περίπου 65-70%.

5. Εάν δεν υπήρχε αυτή η Νέα ΜΕΘ με τις 30 κλίνες και με την εμφάνιση της πανδημίας, θα μπορούσε το Νοσοκομείο και κατ' επέκταση το Σύστημα Υγείας της Ελλάδος να ανταπεξέλθει, δεδομένου πάντα ότι και σε άλλα νοσοκομεία δημιουργήθηκαν και άλλες ΜΕΘ, τη γνώμη σας θα ήθελα.

-Ούτε το Νοσοκομείο ούτε το σύστημα υγείας της χώρας δεν θα μπορούσε να ανταποκριθεί στην πανδημία. Διότι δεν είναι μόνο η πανδημία που δημιούργησε πίεση μεγάλη αλλά και τα υπόλοιπα περιστατικά, φαίνεται ότι ο διπλασιασμός αυτός των κλινών, γιατί περίπου

διπλασιάστηκαν οι κλίνες κατά την πανδημία, βοήθησε το σύστημα υγείας και έτσι τα καταφέραμε. Διαφορετικά θα υπήρχε τεράστιο πρόβλημα.

6.Εσείς δυσκολευτήκατε να διαχειριστείτε τα περιστατικά που ήρθαν στο Νοσοκομείο; Υπήρξε περίπτωση που κάποιος ασθενής έχριζε εισαγωγής σε ΜΕΘ αλλά δεν υπήρχε διαθέσιμη κλίνη και δεν τα κατάφερε ή δεν υπήρξε τέτοιο πρόβλημα; Δηλαδή βρεθήκατε αντιμέτωπος με τέτοια διλλήματα;

-Όσον αφορά το νοσοκομείο μας όχι. Για το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν ξέρω, ίσως το ΕΚΑΒ να έχει την πληροφορία.

7. Εσείς, με τη διαθέσιμη επάρκεια κλινών ΜΕΘ του Νοσοκομείου, είστε σε θέση να ανταποκριθείτε σε κάτι νέο, μια νέα πανδημία; Μια αντίστοιχη κρίση; Δηλαδή οι δωρεές αυτές σε κλίνες ΜΕΘ είναι ένα περιουσιακό στοιχείο για το μέλλον;

-Και βέβαια είναι και όχι μικρή περιουσία αλλά τεράστια! Και να σας πάω λίγο πιο πίσω, πάντα υπήρχαν άρρωστοι που προσπαθούσαν να βρουν κρεβάτια οπότε αυτά σιγά σιγά και χωρίς την πανδημία, τα κρεβάτια θα περισσεύουν.

8.Πιο ήταν το πιο μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίσατε και πως τα καταφέρατε;

-Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε και αντιμετωπίζουμε είναι η στελέχωσή μας. Και σε ιατρικό προσωπικό και σε λοιπό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σκεφτείτε μας λείπουν τραυματιοφορείς....

9. Σήμερα είστε καλά από προσωπικό;

-Όχι.

10. Τι θα χρειαζόσασταν παραπάνω ώστε να λειτουργεί η ΜΕΘ με ασφάλεια και για το προσωπικό και για τον ασθενή.

-Η ΜΕΘ ούτως ή άλλως λειτουργεί με ασφάλεια είτε είμαστε πολλοί είτε είμαστε λίγοι. Οι λίγοι υπερβαίνουν εαυτόν. Δεν θα σας πω το ιδανικό που είναι ένας νοσηλευτής ανά έναν ασθενή, αλλά ένας νοσηλευτής ανά δυο ασθενείς είναι καλό, ικανοποιητικό και αξιοπρεπές, λαμβάνοντας υπόψη και τις 5 εφημερίες τον μήνα. Σκεφτείτε ότι έκανα 7-8 εφημερίες ανά μήνα. Εμάς οι εφημερίες είναι 36ωρες και έκαναν σχεδόν 2 εφημερίες την εβδομάδα το οποίο είναι εξαντλητικό. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα τα δώσει όλα για να τα βγάλει πέρα αλλά θα πρέπει και το κράτος και το σύστημα να λειτουργεί πιο ανθρώπινα.

11. Ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για το μέλλον, αυτό που δεν έγινε και θα θέλατε να γίνει;

-Εγώ έχω προτείνει και εσάς και στο Υπουργείο αύξηση προσλήψεων εάν είναι οικονομικά εφικτό, εάν δεν είναι οικονομικά εφικτό τότε θα πρέπει να συνενώσουμε νοσοκομεία και κέντρα

υγείας προκειμένου να εξοικονομήσουμε τουλάχιστον τους ανθρώπινους πόρους. Υπάρχει κέντρο υγείας που ακούω ότι έχει 60 νοσηλευτές, δεν το έχω επιβεβαιώσει ωστόσο, όπου εάν ισχύει αυτό είναι τραγικό. Από πλευράς μηχανημάτων, γιατί μια μονάδα έχει και τα μηχανήματά της - πρέπει να είναι σύγχρονη, εμείς εξοπλιζόμαστε συνεχώς και αυτό πρέπει να είναι διαρκές, τώρα για παράδειγμα και με την υποστήριξη της ΔΥΠΕ εξοπλιστήκαμε με μηχανήματα για τις ενεργές αιμορραγίες στομάχου αλλά από τότε που εγώ είμαι στο ΚΑΤ δεν έχουμε γαστρεντερολόγο, εύχομαι να καταφέρουμε να πάρουμε και ιδιώτη γαστρεντερολόγο και να δώσουμε λύση στο πρόβλημα. Δηλαδή, η μονάδα του ΚΑΤ λειτουργεί, είμαστε πολύ αξιοπρεπείς.

12. Τι άλλο θα προτείνατε εκτός από τις προσλήψεις για το προσωπικό;

-Εμείς είχαμε προσωπικό που χάθηκε, δεν ξέρω που πήγαν, αυτό το προσωπικό ήταν εκπαιδευμένο και καλό θα ήταν να μονιμοποιηθεί και να αξιοποιηθεί.

13. Με την πολύχρονη εμπειρία σας, πως βλέπετε την πορεία του ΕΣΥ;

-Εγώ προτείνω και λέω πάντα ότι πετυχημένος Υπουργός Υγείας είναι αυτός που θα ασχοληθεί με την καθημερινότητα της χώρας. Υπάρχουν χιλιάδες προβλήματα που δεν έχουν δοθεί λύσεις και οι λύσεις μπορούν να δοθούν κεντρικά. Π.χ. δεν έχουμε οφθαλμολογικό- μεταφέρουμε τους αρρώστους στο γενικό κρατικό, άντε πάλι ΕΚΑΒ, άντε πάλι 2 γιατροί....

14. Δηλαδή η διακομιδή είναι το πρόβλημα;

- Είναι απαράδεκτο να μεταφέρεται ένας βαρέως πάσχοντας ασθενής-τραυματίας σε άλλο νοσοκομείο για μια επέμβαση. Πρέπει το νοσοκομείο να έχει όλες τις ειδικότητες. Δεν μπορεί το ΚΑΤ να είναι κέντρο τραύματος και να μην έχει τέτοιες ειδικότητες όπως ουρολογικό, ωρλ, γαστρεντερολογικό....Το νοσοκομείο αφορά πολυτραυματίες. Καταλαβαίνετε σε τι επικινδυνότητα βρισκόμαστε όλοι;

15. Τι αφήνει τελικά η πανδημία στο ΕΣΥ;

-Όσον αφορά τις ΜΕΘ, αφήνει μια αύξηση των κλινών που αποτελούσε ουσιαστική ανάγκη του συστήματος, ίσως και παραπάνω να είχε ανάγκη αλλά αυτό ήδη αποτελεί ένα μεγάλο βήμα για τη χώρα. Ως ανθρώπους μας κάνει πιο ετοιμοπόλεμους, καταλάβαμε ότι ένας ιός μπορεί να μας σκοτώσει χρόνο dt...Τώρα σκεφτείτε έχουμε 20 διασωληνωμένους...Μας προσέφερε νέα γνώση και εμπειρία, γιατί ήταν κάτι πρωτόγνωρο και μας προετοίμασε να μην εφησυχάζομαστε ... Γενικά, θα πω ότι τα καταφέραμε όλοι μαζί επάξια .

16. Τι θα λέγατε στον επόμενο και μελλοντικό αντικαταστάτη σας;

-Θα του πω να είναι δίκαιος με όλους και αυτό να το καταλαβαίνει το προσωπικό. Δεν πρέπει να δείχνει την συμπάθεια ακόμα και εάν την αισθάνεται για κάποιους...υπάρχουν γιατροί που είναι εξαιρετικοί αλλά αυτό δεν πρέπει να το δείχνει και να μοιράζει την «πίτα» στα ίσια δηλαδή να υπάρχει ισοκατανομή καθηκόντων, εργασιών και αρμοδιοτήτων.

17. Τι κίνητρο θα προτείνατε για έναν γιατρό και νοσηλευτή που σπουδάζει προκειμένου να έρθει να εργαστεί σε ΜΕΘ;

-Να αναγνωριστεί η ποιότητα της δουλειάς μας και αυτό να είναι ένα μόνους. Η συγκεκριμένη μονάδα, προφανώς και άλλες έχει ποιότητα. Δηλαδή μπαίνεις και εκπαιδεύεσαι και αποκτάς εξειδίκευση και αυτό αποτελεί μόνους.

18. Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο που μας διαθέσατε.

-Εγώ σας ευχαριστώ. Καλή συνέχεια»

7.3.β. Συνέντευξη – Κ^{ος} Μπούκας Π., Προϊστάμενος Νοσηλευτικού Προσωπικού Πολυδύναμης ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» (10^{ος}-2022)

«1.Πέτρο ποια είναι η θέση σου στη νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ;

-Είμαι Προϊστάμενος του νοσηλευτικού προσωπικού.

2.Πως διαχειρίζεσαι την κατάσταση λόγω και της ιδιαιτερότητας της πανδημίας;

-Από την έναρξη λειτουργίας της Μονάδας (4.2.21) ήταν όλα καινούρια για μας. Τα μηχανήματα, οι ασθενείς, το νεοεισερχόμενο προσωπικό.

3.Εκπαιδευτήκατε για το σκοπό;

-Υπήρξαν επιδείξεις στα μηχανήματα από όμως εταιρείες. Στα monitors μια –δυο φορές την εβδομάδα , όμως αναπνευστήρες και στα μηχανήματα νεφρού μια φορά την εβδομάδα. Όμως έγιναν επιδείξεις και όμως κλίνες.

Εγώ ο όμως οργάνωσα μια ομάδα ανθρώπων από ιατρούς και νοσηλευτές σε 2 κύκλους εκπαιδεύσεων. Κάθε Πέμπτη (σε μια αίθουσα συνεδριάσεων) γίνονταν ένα μάθημα για ένα θέμα. (π.χ. φάρμακα, ΜΑΠ, κατακλίσεις, αέρια αίματος κ.ά.). Τα μαθήματα ήταν ενδονοσοκομειακά –ενδοκλινικά. Δεν υπήρχε δυνατότητα λόγω πανδημίας να αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα, ή να τρέξουν άλλα προγράμματα. Όλο το προσωπικό είχε απορροφηθεί σε ότι σχετίζονταν με Covid. Την άνοιξη είχαν μειωθεί τα χειρουργεία και ήρθαν στη Μονάδα και άλλοι συνάδελφοι. Με την αποκλιμάκωση όμως πανδημίας επέστρεψαν στα τμήματά όμως. Όλη η κατάσταση πήγαινε- έλα είναι κουραστική. Συνεχώς νέο προσωπικό. Όμως το προσωπικό σαν

αριθμός δεν λέει και πάλι κάτι. Η μονάδα λόγω των εξειδικευμένων περιστατικών απαιτεί επάρκεια γνώσεων, αυξημένες, ειδικές δεξιότητες.

4. Όλοι μιλάμε για εξειδίκευση. Που θα το βρούμε αυτό το προσωπικό;

-Οι ειδικευόμενοι νοσηλευτές στην επείγουσα νοσηλευτική πιστεύω ότι θα αποτελέσουν μια δεξαμενή εξειδικευμένου προσωπικού. Αν τους προσλάβουν βέβαια ποτέ σε μόνιμες θέσεις. Το επικουρικό προσωπικό που εργάζεται όλο αυτό το διάστημα στη ΜΕΘ έχει αποκτήσει εμπειρία, δεν πρέπει να το αξιοποιήσουμε; Επίσης θεωρώ πως το rotation στην εργασία μέσα στο νοσοκομείο θα έχει αποτελέσματα, θα αποτελέσει μια εσωτερική δεξαμενή. Όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται τώρα στο νοσοκομείο θα πρέπει να εκπαιδεύονται τουλάχιστον για ένα τρίμηνο σε μονάδες εντατικής θεραπείας να αποκτήσουν την εμπειρία του ιδιαίτερου χώρου έτσι ώστε αν απαιτηθεί να είναι έτοιμοι να βοηθήσουν.

5. Ο ρόλος της ΕΝΕ στο πεδίο της εκπαίδευσης;

-Δεν νομίζω ότι έχει ρόλο εκπαιδευτικό. Η ΕΝΕ είναι το επιμελητήριο, η επικοινωνία με την εκάστοτε Κυβέρνηση. Δεν έχει αναπτυχθεί, δεν έχει συνδέσμους στα δημόσια νοσοκομεία, δεν μπορεί να λειτουργήσει ως εκπαιδευτικός φορέας. Ο νόμος που τη διέπει εμποδίζει τέτοιου είδους δραστηριότητες και απαιτεί αναθεωρήσεις. Τα συνέδρια της ΕΝΕ είναι θεωρητικά, δεν εκπαιδεύουν στην πράξη.

6. Στο νόμο 4702/2020 που αφορά στη δωρεά της ΜΕΘ στο ΚΑΤ το Άρθρο 1 μιλά για 5ετή εκπαίδευση του προσωπικού από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος. Τι αφορά το Πρόγραμμα, ξεκίνησε;

-Πρώτη φορά το ακούω. Δεν είπε τίποτα κανείς. Στείλε μου το νόμο να το δω. Αν δεν το κινήσει κάποιος δεν γίνεται τίποτα.

7. Μίλησέ μας για το εργασιακό περιβάλλον... πως το βιώνεις εσύ και οι συνάδελφοί σου; Ανταποκρίνεστε στις απαιτήσεις του;

-Το περιβάλλον είναι μόνο αγχωτικό, στρεσογόνο. Δεν επιτρέπει ικανοποίηση. Είναι δύσκολα. Οι ασθενείς που περιθάλπουμε (Covid-19) είναι εξ' ορισμού βαρέως πάσχοντες με πολυοργανικές ανεπάρκειες. Η θνητότητα είναι ένας παράγοντας που αγχώνει, στενοχωρεί το προσωπικό. Δεν υπάρχει ικανοποίηση αφού οι προσπάθειές του σπάνια τελεσφορούν, δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι εργασιακές απαιτήσεις είναι μεγάλες, ορθοστασία πολλές ώρες, αλλεπάλληλες βάρδιες. Πολλές φορές σκέφτεσαι να τα παρατήσεις και πάλι αναθεωρείς και το παίρνεις από την αρχή. Ο συνδυασμός της σωματικής με την ψυχική κόπωση αποδυναμώνουν,

απογοητεύουν το προσωπικό, το οποίο επίσης πρέπει να έχει τον έλεγχο και της προσωπικής του υγείας.

8.Τι προτείνεις;

-Καλή προετοιμασία, βελτίωση συνθηκών εργασίας, επαρκή στελέχωση όχι μόνο σε αριθμούς, εξειδίκευση, εκπαίδευση, επένδυση στις ικανότητες, κίνητρα οικονομικά, αναγνώριση ηθική, θεσμικές παρεμβάσεις για καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας, ώστε όλοι οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά σε ομαλές καταστάσεις , πολύ περισσότερο σε συνθήκες όμοιες με αυτές που ζούμε σήμερα.

9.Ευχαριστώ πολύ συνάδελφε και καλό κουράγιο».

7.4 Συνέντευξη – Κα Ντάγανου Μ., Δ/ντρια ΕΣΥ Πνευμονολογίας-Εντατικολογίας, Υπεύθυνη Πολυδύναμης ΜΕΘ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» (13-2-2023)

«1.Σας επισκέφτηκα σήμερα, προκειμένου για το ερευνητικό μου πόνημα αναφορικά με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και το ανθρώπινο δυναμικό τους ως περιουσιακά στοιχεία που αφήνει η πανδημία για το αύριο. Ξεκινώντας, εσείς κα. Ντάγανου πόσα χρόνια είστε Δ/ντρια σε ΜΕΘ;

-Από τις 26 Οκτωβρίου 2020 είμαι Δ/ντρια της Πολυδύναμης ΜΕΘ του Σωτηρία, δηλαδή δύο και κάτι χρόνια. Τότε πήραμε και τον πρώτο μας ασθενή.

2.Πόσες κλίνες ΜΕΘ διαθέτει το Νοσοκομείο;

-Συνολικά διαθέτει 84 κλίνες εκ των οποίων οι 50 είναι η νέα πολυδύναμη ΜΕΘ, οι 17 κλίνες είναι η ΜΕΘ ΠΠ (Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική) και οι 15 είναι ΜΕΘ ΚΑΑ (Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας) και δύο ακόμα μονάδες του χειρουργείου και των εμφραγμάτων.

3. Άρα δηλαδή το ΣΩΤΗΡΙΑ κατά τη διάρκεια της πανδημίας ανέπτυξε μια δυναμική. Από τα νοσοκομεία του λεκανοπεδίου έχει τις περισσότερες κλίνες.

-Βέβαια έχει. Βέβαια η κάθε μονάδα έχει και άλλες ανάγκες. Δηλαδή αυτή κάθε αυτή η μονάδα στελεχώθηκε και όλα καλά. Η μονάδα δημιουργεί πολύ μεγάλη πίεση στο υπόλοιπο νοσοκομείο γιατί θέλει πολύ καλή υποστήριξη από το μικροβιολογικό εργαστήριο, από το ακτινολογικό εργαστήριο....

4. Η πληρότητα στις κλίνες είναι συνεχιζόμενη;

-Είναι σχεδόν 100%. Δύο εβδομάδες ζήτημα να ήταν πέρυσι το καλοκαίρι που φτάσαμε το 90%. Και βέβαια υπάρχουν κάποια διαστήματα κλείνουν οι μονάδες κυκλικά για να γίνουν απολυμάνσεις και κάποιες εργασίες.

5. Αυτή η πληρότητα η συνεχιζόμενη, δημιουργεί πιέσεις στο προσωπικό, στα κόστη;

-Το να έχει πληρότητα μια μονάδα είναι καλό εφόσον είναι επαρκώς στελεχωμένη. Εμείς έχουμε πρόβλημα με το νοσηλευτικό προσωπικό και το ιατρικό προσωπικό είναι στα όρια. Κυρίως αυτό δεν συμβαίνει για την καθημερινή δουλειά αλλά στις εφημερίες, εκεί είναι το πρόβλημα γιατί κάνουν οι γιατροί 7-8 εφημερίες το μήνα, που είναι πάρα πολλές, δεδομένου ότι είναι και κάποιας ηλικίας, έχουν τελειώσει ειδικότητα, έχουν κάνει εξειδίκευση είναι όλοι πάνω από 40.

6. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε αυτή μονάδα, από πού προήλθε;

-Ένα μέρος του υπήρχε στο νοσοκομείο από ΜΕΘ ή από κλινικές. Ένα άλλο μέρος ήταν επικουρικοί που δεν είχαν ξαναεργαστεί σε ΜΕΘ. Ο βασικός πυρήνας ήταν από άλλες ΜΕΘ ή που είχαν κάποια σχετική εμπειρία. Αρχικά οι μετακινήσεις έγιναν εσωτερικά μετά βέβαια ήρθαν και από άλλα νοσοκομεία.

7. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας τι συνέβη; Πως το βιώσατε και σε σχέση με το προσωπικό.

-Το δύσκολο ήταν στην αρχή, που δεν γνωρίζαμε...πως μεταδίδεται ο ιός, που παίρναμε πάρα πολλά μέτρα ατομικής προστασίας, βάζαμε-βγάζαμε ειδικό ρουχισμό εάν σκεφτείς ότι για την διεκπεραίωση των εργασιών σίγουρα θα ήσουν στη ΜΕΘ 2-3 ώρες συνεχιζόμενες με όλο αυτό τον εξοπλισμό. Η ΜΕΘ είναι χωρισμένη σε 4 τμήματα (ξεχωριστοί χώροι): ΜΕΘ1, ΜΕΘ2, ΜΕΘ3, ΜΕΘ4 και κάθε τμήμα έχει δική της ομάδα γιατρών και ένα δ/ντή. Οι εργασίες γίνονται παράλληλα στα τμήματα αυτά δηλαδή το πρωί ενημέρωση από τους εφημερεύοντες όπου παρουσιάζονται τα προβλήματα και βάζουμε ένα πλάνο για τον κάθε ασθενή και τι θα κάνουμε μέσα στη μέρα, μετά μπαίνουμε και τα κάνουμε και το μεσημέρι γίνεται επίσκεψη από τις δ/ντριες μέσα στις μονάδες. Εγώ πηγαίνω κάθε μέρα εκ περιτροπής στις μονάδες ή και σε παραπάνω από μια ένα υπάρχει κάποιο θέμα.

8. Άρα εκεί που είναι 12 κρεβάτια εσείς πόσους γιατρούς θα πρέπει να έχετε; Γιατί υπάρχει η απόφαση του ΚΕΣΥ που λέει για τα πρώτα έξι κρεβάτια είναι τόσοι γιατροί και μετά για κάθε τρία κρεβάτια ένας επιπλέον. Είναι αλήθεια αυτά;

- Έτσι είναι αλλά αυτό δεν το ανάγεις στα 50 κρεβάτια αλλά στο κάθε κομμάτι/τμήμα. Οπότε για τα 12 κρεβάτια θέλεις 8-9 ιατρούς και για τα 13 θες 9-10. Επίσης χρειάζονται 2 εφημερεύοντες σε κάθε κομμάτι (οι νόμιμες εφημερίες που αποζημιώνονται είναι 7) άρα 8 εφημερεύοντες την ημέρα είναι εδώ μέσα. Εγώ θα ήθελα ιδανικά άλλους τέσσερις ιατρούς να έχω, άλλον ένα σε κάθε μονάδα για να έχω και μια ασφάλεια ότι εάν αρρωστήσει κάποιος ή υπάρχει γονική άδεια να μην υπάρχει αυτή η πίεση στους υπόλοιπους.

9. Από την αρχή της πανδημίας έχετε καταγράψει πόσοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν εδώ; Πόσοι εξήλθαν από τους νοσηλευθέντες στη μονάδα;

-Φυσικά. 1225 Covid και 142 non-Covid μέχρι σήμερα. Από τους Covid είχαμε μια επιβίωση 55% περίπου και αυτό χάλασε τώρα τελευταία. Μέχρι τον Ιούνιο είμασταν ακόμα καλύτερα με τη θνητότητα να βρίσκεται περίπου στο 42% αλλά από τότε τα περιστατικά που εισήχθησαν ήταν άνω των 85 ετών, με πάρα πολλά προβλήματα εκ των οποίων οι πιο πολλοί νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο για κάτι άλλο και κολλάνε Covid εκεί και έτσι έρχονται ήδη διαλυμένοι και δεν τα καταφέρνουν οι πιο πολλοί από αυτούς. Έχει δηλαδή να κάνει με την ποιότητα των περιστατικών. Τότε με τη «δέλτα» που είχαμε νέους ανθρώπους είχαμε πάει πάρα πολύ καλά, το 70% έβγαινε. Τα non Covid περιστατικά (νευρολογικά, λοιμώξεις, πνευμονίες) είχαν καλύτερη έκβαση με 30-32% θνητότητα.

10. Επειδή πολύς λόγος γίνεται γενικώς με τις κλίνες ΜΕΘ, πόσα κρεβάτια χρειαζόμαστε σε αυτή τη χώρα για να είμαστε ασφαλείς; Και όχι απαραίτητα για μια μελλοντική πανδημία.

-Αυτό που λένε τα διεθνή πρότυπα, είναι το 8-10% των κλινών του κάθε νοσοκομείου να είναι ΜΕΘ. Το ΣΩΤΗΡΙΑ που έχει 700 περίπου κρεβάτια πρέπει να έχει αυτά που έχει πάνω κάτω. Βέβαια γίνεται κατάχρηση και αυτό θέλω να το πω γιατί οι ΜΕΘ δεν είναι για όλους τους αρρώστους, δηλαδή οι ΜΕΘ εν είναι ο χώρος που έρχεται ο άλλος για να πεθάνει, έτσι το βλέπουν πολλοί και ειδικά τώρα με τον Covid θεωρούμε ότι όλοι πρέπει να πεθαίνουν σε μια μονάδα, το οποίο είναι λάθος. Η μονάδα έχει να προσφέρει σε εκείνους τους αρρώστους που έχουν κάτι αναστρέψιμο. Οι άνθρωποι που είναι τελικού σταδίου, που έχουν ένα γενικευμένο καρκίνο για τον οποίο δεν υπάρχει άλλη θεραπεία που είναι 95 χρονών – είχαμε ασθενή 103 χρονών- , άνθρωποι κατάκοιτοι στο σπίτι με εγκεφαλικά δεν πρέπει να μπουν μέσα στη μονάδα, δεν είναι οι μονάδες για τέτοια περιστατικά.

11. Ποιος τα επιλέγει τα περιστατικά;

-Όταν έχεις κενό κρεβάτι δεν μπορείς να κάνεις επιλογή...δεν υπάρχει κάποιος νόμος να προστατέψει τον γιατρό που θα πει εγώ το τάδε περιστατικό που έχει αυτό και αυτό κι αυτό δεν το παίρνω. Γιατί εάν με μηνύσει ο συγγενής θα πάω φυλακή. Δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο σε αυτή τη χώρα που να εξασφαλίζει ότι δεν έχω να του προσφέρω κάτι καλύτερο. Τέτοια περιστατικά όπως αυτά που σας είπα δεν πρέπει να διασωληνώνονται, κάποτε πρέπει να αφήνουμε και τον Θεό να κάνει τη δουλειά του. Η διασωλήνωση δεν θεραπεύει κανένα νόσημα, επί της ουσίας χρόνο κερδίζεις για να αναστρέψεις το υποκείμενο νόσημα.

12. Για ποιο λόγο πρέπει να μπει στη ΜΕΘ κάποιος ασθενής;

-Οι λόγοι είναι οι ανεπάρκειες οργάνων που χρειάζονται μηχανική υποστήριξη ή βαριές καταστάσεις που χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση πχ βαρύ έμφραγμα που μπορεί να επιφέρει πνευμονικό οίδημα και θέλω να τον έχω στο monitor να βλέπω τι γίνεται. Τα μηχανήματα δεν θεραπεύουν από μόνα τους, προσφέρουν βοήθεια και κερδίζουν χρόνο για να αναστρέψεις το λόγο που προκάλεσε τις ανεπάρκειες. Η πνευμονία για παράδειγμα είναι αναστρέψιμη, θα πάρω τα αντιβιοτικά μου, θα με βάλουν στον αναπνευστήρα όσο οι πνεύμονές μου είναι παθολογικοί και κάποια στιγμή θα βελτιωθεί αυτή η κατάσταση και θα μπορέσω να βγω. Εάν όμως έχω μια χρόνια πνευμονοπάθεια μη αναστρέψιμη, θα μπω στον αναπνευστήρα και αφού μείνω τρεις μήνες εκεί δεν θα βγω ποτέ. Παρατείνουμε τον θάνατο δηλαδή, γεγονός που δεν είναι ηθικό και σωστό.

13. Συμπερασματικά το 10% των κλινών σε ΜΕΘ μας καλύπτει;

-Αυτό είναι το νούμερο, από 8-12% των κλινών του κάθε νοσοκομείου, οι οποίες πρέπει να εξυπηρετούν χειρουργικά περιστατικά, αρρώστους που δεν είναι ακόμα διασωληνωμένοι όπως είπα νωρίτερα να τον παρακολουθώ στο monitor...

14. Η Γερμανία που φαίνεται να έχει 30,000 κλίνες ΜΕΘ έχει πολλές; Εμείς φαίνεται να έχουμε περί τις 1200 μαζί με τα ιδιωτικά σε 10-11 εκατομμύρια πληθυσμού.

-Δεν ξέρω, γιατί δεν ξέρω πόσες κλίνες απλές έχει και σε τι πληθυσμό.

15. Υπήρξε κάποιο ζήτημα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, να απαιτείται ΜΕΘ και να μην έχουμε; Δηλαδή ειπώθηκε ότι πέθαναν πολλοί άρρωστοι σε απλή κλίνη...

-Νομίζω στην Αθήνα δεν υπήρξε τέτοιο πρόβλημα...απορροφήθηκαν όλα τα περιστατικά. Κάποια περιστατικά που μπορεί να πέθαναν σε απλή κλίνη ήταν τόσο βαριά που δεν μπορούσαν

να μεταφερθούν, αυτό σίγουρα υπάρχει. Κάποια από αυτά σταθεροποιήθηκαν και κατόπιν μεταφέρθηκαν. Εντός του νοσοκομείου απορροφήθηκαν όλα, δεν υπήρξε κανένα απολύτως θέμα.

16. Η πλατφόρμα του ΕΚΑΒ για τις εισαγωγές πως λειτουργεί;

-Εάν υπάρχει κάποιος ασθενής σε νοσοκομείο που χρήζει εισαγωγής σε ΜΕΘ σύμφωνα με την κρίση του θεράποντα ιατρού, το ανεβάζεις στη πλατφόρμα και δίνει κάποιες πληροφορίες και το αφήνεις εκεί. Μετά όσοι από τις ΜΕΘ έχουν κενό κρεβάτι μπαίνουν στην πλατφόρμα και βλέπουν τα περιστατικά και ανάλογα με το ποια μπορούν να υποστηρίξουν το επιλέγουν, εμείς λχ δεν έχουμε νευροχειρουργούς, οπότε τέτοια περιστατικά δεν μπορούμε να καλύψουμε.

17. Εάν δεν υπήρχαν οι δωρεές, η Βουλή των Ελλήνων, το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, εάν δεν ευαισθητοποιούνταν οι δωρητές πως θα τα βγάζαμε πέρα;

-Το νούμερο που σας έδωσα πριν τα λέει όλα. Δηλαδή εάν δεν υπήρχε η ΜΕΘ αυτοί οι 1400 ασθενείς δεν ξέρω που θα πήγαιναν και πως θα μπορούσαν οι άλλες ΜΕΘ να καλύψουν αυτό το φορτίο. Οπωσδήποτε καλύφθηκε ένα κενό μεγάλο που δεν θα μπορούσε το ΕΣΥ να τα καταφέρει διαφορετικά. Ο ιδιωτικός τομέας άλλωστε δεν κάλυψε Covid, καμία ιδιωτική μονάδα δεν πήρε τέτοια περιστατικά και ξαφνικά όλοι ανακάλυψαν ότι το δημόσιο σύστημα δουλεύει.

18. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και η κτιριακή κατασκευή ήταν όλα στη δωρεά;

-Ναι και έγινε σε δυο μήνες, ταχύτατα. Σε κρίσιμες συνθήκες μπορούν να λάβουν χώρα σημαντικά γεγονότα και να πάρουμε πρωτοβουλίες. Δεν ξέρω βέβαια να σας πω εάν μπορεί κάτι να επαναληφθεί με αυτή τη ταχύτητα, ήταν οι συνθήκες τέτοιες...

19. Θα θέλαμε να πείτε πως εσείς βιώσατε αυτή την πρωτόγνωρη εμπειρία.

-Ήταν πράγματι πρωτόγνωρη εμπειρία και όχι μόνο για εμάς που δουλέψαμε εδώ, πρωτόγνωρη γενικώς. Εγώ προσωπικά, ήταν και είναι ακόμα μια πολύ μεγάλη πρόκληση, ήταν πολύ δύσκολο και χρειάστηκε πάρα πολλή δουλειά και στρες μεγάλο μέχρι να στηθεί η μονάδα και να δω ότι δουλεύει σωστά. Τον Covid τον είχαμε δουλέψει ήδη από τη ΜΕΘ ΙΠΠ πολύ νωρίτερα από τα εγκαίνια της μονάδας στις 19/10/2020, όπου μια εβδομάδα αργότερα ήρθε και ο πρώτος ασθενής. Υπήρχε πολύ άγχος έως ότου οργανωθεί, οι ιατροί δούλευαν 13 εφημερίες, εγώ είχα μήνες να δω ημέρα έξω, νιώθαμε σαν στρατιώτες. Αυτό βέβαια από κάποιο σημείο και μετά

άρχισε να κουράζει πολύ, άρχισε το burnout, αλλά μετά διορίστηκε νέο προσωπικό (μεταξύ αυτών και 6-7 μετακινημένοι από άλλα νοσοκομεία) και πήραμε μια ανάσα.

20. Τελικά την πανδημία πως την αντιμετωπίσαμε; Και πως τη βλέπετε να εξελίσσεται;

-Νομίζω ότι γενικώς τη διαχειριστήκαμε αξιοπρεπέστατα τη κρίση, μπορεί να λέγονται διάφορα για πολιτικούς σκοπούς αλλά τη διαχειριστήκαμε αξιοπρεπώς. Τώρα για το μέλλον, νομίζω ότι θα γίνει κάποια στιγμή κάτι σαν τη γρίπη, δηλαδή θα μάθουμε να ζούμε με αυτό. Και ελπίζω να γίνει αυτό ώστε να βάζουμε από τη μια μεριά τα Covid και από την άλλη μεριά άλλα περιστατικά, ώστε να μην υπάρχει συνεχόμενα ένα νόσημα στη μονάδα.

21. Μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ, πόσο περίπου ήταν;

-Γύρω στο μήνα κατά μέσο όρο, υπάρχουν και ακραίες περιπτώσεις (πχ 5 μήνες).

22. Το κόστος νοσηλείας είναι υψηλότερο σε μια ΜΕΘ;

-Πολύ υψηλότερο. Ανάλογα με το τι χρειάζεται ο κάθε ασθενής, αν χρειάζεται τεχνητό νεφρό, καρδιολογική υποστήριξη μπορεί να φτάσει και € 3000 ανά ημέρα. Το κόστος αυτό περιλαμβάνει τα μισθολογικά του γιατρού και του νοσηλευτή, τα αναλώσιμα, τα φάρμακα, οι φθορές που προκαλούνται στα μηχανήματα και η συντήρησή τους, οι εξετάσεις. Το μέσο κόστος είναι περίπου στα € 1000 αλλά ανεβαίνει ανάλογα με τις ανάγκες. Γι' αυτό το λόγο χρειάζεται και ορθολογική χρήση των μονάδων διαφορετικά έχεις μεγάλη σπατάλη πόρων.

23. Πέρα από την απόφαση του ΚΕΣΥ που υπάρχουν κάποιες προβλέψεις αλλά δεν είναι νομοθετημένες ωστόσο, δεν υπάρχει ακριβές νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων.

-Κάποιες προδιαγραφές υπάρχουν. Η αναπληρώτρια υπουργός είχε πει ότι θα θεσμοθετήσει τις ελάχιστες προδιαγραφές λειτουργίας των ΜΕΘ σε συνεργασία με την ΕΕΕΘ. Νομίζω ότι είναι στα σχέδια του υπουργείου να το φτιάξει αυτό.

24. Πέρα από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, οι άλλες ειδικότητες είναι αρκετές, επαρκούν;

-Οι φυσικοθεραπευτές είναι που είναι και πολύ βασικοί. Καθαρισμός νομίζω ότι είμαστε καλά, εκεί που πάσχουμε λίγο νομίζω, είναι το μικροβιολογικό. 50 κρεβάτια ΜΕΘ σημαίνουν 150 καλλιέργειες εβδομαδιαίως επιπλέον. Το ακτινολογικό επίσης λείπει, δεδομένου ότι η μονάδα έχει την αίσθηση του επείγοντος, δεν μπορεί η ακτινογραφία να περιμένει την επόμενη ημέρα.

Ίσως δεν υπάρχει προσφορά στον κλάδο, δεν ξέρω. Χρειαζόμαστε δηλαδή υποστήριξη από τα εργαστήρια και από άλλες ειδικότητες πχ. χειρουργούς, υποστήριξη αιμοδοσίας, αξονικός σε 24ωρη βάση.

25. Πως κρίνετε με την πολύχρονη εμπειρία σας το ΕΣΥ που υπηρετούμε; Αξίζει κανείς να συνεχίσει να το υπηρετεί; Τι θα θέλατε για τη μονάδα, για το προσωπικό;

-Εγώ νομίζω ότι η πανδημία έδειξε καθαρά ότι χωρίς δημόσιο σύστημα υγείας μια χώρα δεν μπορεί να σταθεί. Είδατε, ο ιδιωτικός τομέας έχει άλλο προσανατολισμό και επομένως δεν μπορεί να υποστηρίξει τέτοιες καταστάσεις. Άρα πρέπει να ενδυναμωθεί το σύστημα υγείας με τέτοιο τρόπο ώστε να στελεχωθεί επαρκώς και να γίνει μια ανακατανομή των πόρων, δηλαδή οι πόροι πρέπει να κατανέμονται με περισσότερο ορθολογισμό, το σύστημα είναι σπάταλο. Εάν γινόταν μια καλύτερη κατανομή των εξόδων με τα ίδια χρήματα θα είχαμε καλύτερα αποτελέσματα. Οπωσδήποτε όμως χρήζει στελέχωσης, διότι έχει γεράσει το σύστημα, συνταξιούχοι που δεν αναπληρώνονται οι θέσεις του, κτιριακά και εξοπλισμός...Συνεργασίες νοσοκομείων επίσης. Σαφώς λοιπόν και η πανδημία αφήνει περιουσιακά στοιχεία για το μέλλον όπως αυτή τη πολυδύναμη μονάδα που είναι σπουδαίο έργο. Όσο για το εάν αξίζει να υπηρετεί κανείς το σύστημα, εγώ έχω φάει τη ζωή μου στο δημόσιο σύστημα υγείας, θα μπορούσα να πω το αντίθετο; Δεν μου επιτρέπεται....

26. Σας ευχαριστούμε πάρα πολύ για τον χρόνο σας και τη βοήθειά σας.

-Εγώ σας ευχαριστώ.»

7.5 Συνέντευξη – Κ^α Κοτανίδου Α., Αναπλ. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Δ/ντρια Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», πρώην Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας (27-2-2023)

«1.Κυρία Κοτανίδου, στη διπλωματική μου έρευνα ασχολούμαι με το θέμα των δωρεών ΜΕΘ που επήλθαν στο ΕΣΥ και το ανθρώπινο δυναμικό που τις στελέχωσε ως περιουσιακά στοιχεία του συστήματος για την επαύριο. Στο πλαίσιο αυτό ήθελα να σας ρωτήσω, οι κλίνες ΜΕΘ πριν την έναρξη της πανδημίας ήταν σε ιδανικό αριθμό για τη χώρα μας;

-Τα κρεβάτια ΜΕΘ στην Ελλάδα, πριν την πανδημία ήταν περίπου 6 κλίνες ανά 100,000 πληθυσμό. Ωστόσο, σε αυτή την αναλογία δεν δούλευαν όλα, πολλά ήταν ανενεργά δεδομένου

ότι δεν υπήρχε ο κατάλληλος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός. Με την Covid-19, η αναλογία γίνεται 12: 100,000 πληθυσμό που περίπου ανέρχεται στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Φυσικά η αναλογία αυτή επετεύχθη μαζί με τις κλίνες των ιδιωτικών και των στρατιωτικών νοσοκομείων. Πρέπει, ωστόσο να σημειωθεί ότι για την αντιμετώπιση της πανδημίας και την αντιμετώπιση των Covid περιστατικών τα νοσοκομεία μετέτρεψαν κλίνες ΜΑΦ σε ΜΕΘ ή ακόμη και αίθουσες χειρουργείων που δεν εκτελούνταν τακτικά χειρουργεία και με αυτό τον τρόπο κατάφεραν να ανταπεξέλθουν στην πανδημική κρίση. Τέλος του 2023 θα γίνει ο τελικός απολογισμός για τα κρεβάτια των ΜΕΘ σε απόλυτες τιμές και έτσι θα γνωρίζουμε τι είναι επακριβώς διαθέσιμο για πιθανή μελλοντική πανδημία. Οι δωρεές των ιδιωτών στο ΕΣΥ ανήλθαν σε 174 κλίνες από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και σε 12 από τον Ευάγγελο Μαρινάκη.

2. Πως τον κρίνετε τον αριθμό αυτό; Υπήρξαν ελλείψεις δηλαδή περιστατικά που έχρηζαν εισαγωγής σε ΜΕΘ και δεν υπήρχε διαθεσιμότητα;

-Στην Αττική δεν το πιστεύω ότι υπήρξε τέτοιο ζήτημα, βολεύτηκε η κατάσταση. Πρέπει να τονίσω ότι στις ΜΕΘ δεν μπαίνουν κύριο λόγο περιστατικά πασχόντων που πεθαίνουν. Ένα βασικό ζήτημα που αντιμετωπίζουμε είναι ότι λείπει η εκπαίδευση στους ιατρούς ώστε να είναι σε θέση να γνωρίζουν εάν ο ασθενής θα έχει ή δεν θα έχει αναστρέψιμη κατάσταση εάν εισαχθεί σε ΜΕΘ. Το θέμα της εκπαίδευσης των ιατρών είναι πολύ σημαντικό πρόβλημα. Ένα άλλο μείζον ζήτημα είναι ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει Νομοθετικό Πλαίσιο – Πρωτόκολλο για τον τρόπο χειρισμού των περιστατικών στις ΜΕΘ. Το ΚΕΣΥ είναι εν μέρει ένα «χειριστήριο». Αυτή τη στιγμή βρισκόμαστε εν αναμονή σχετικής εγκυκλίου από το Υπουργείο, σύμφωνη με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, ώστε να υπάρχει ασφάλεια και στους ιατρούς. Το βέβαιο είναι ότι πρέπει να υπάρξει επαναπροσδιορισμός του πλαισίου λειτουργίας των ΜΕΘ και σημαντική εκπαίδευση στο ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό.

3. Τι χρειάζεται για να κρατήσεις το προσωπικό που εργάστηκε κατά την πανδημία στις μονάδες (λχ. Επικουρικό);

-Πρέπει να δώσεις κίνητρα για τα κλειστά τμήματα και να υπάρχει και διάκριση του προσωπικού ως προς τα κίνητρα πχ. Μισθολογική υπεροχή. Πολλοί δεν παρέμειναν στις ΜΕΘ μετά την εξειδίκευση αφού δεν υπάρχουν κίνητρα. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει αξιολόγηση των ΜΕΘ, δηλαδή αποτύπωση των συνθηκών, του παραγόμενου έργου κλπ και ανάλογα με το έργο που παρέχεται να δίνονται και τα κίνητρα. Για παράδειγμα, οι ΜΕΘ των ΣΩΤΗΡΙΑ και ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ δεν μπορεί να έχουν τα ίδια κίνητρα με τις ΜΕΘ μικρότερων νοσοκομείων.

4. Στο Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» πόσες κλίνες ΜΕΘ υπάρχουν;

-Σήμερα υπάρχουν 31 κλίνες. Κατά την πανδημία (λόγω μετατροπής) ήταν 64 κλίνες. Είμαστε επίσης εν αναμονή επιπλέον κλινών λόγω δωρεάς από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος. Το νοσοκομείο δεν έχει καταφέρει να πετύχει το 10% των κλινών του σε ΜΕΘ και δεν ξέρουμε πότε θα καταφέρουμε να το πετύχουμε. Στη Θεσ/νίκη υπήρξε σοβαρό πρόβλημα με τις κλίνες λόγω ιδιορρυθμιών όπως η μεγάλη διασπορά τους σε μικρά νοσοκομεία. Στα μικρά νοσοκομεία υπάρχουν ΜΑΦ και οι ΜΕΘ ούτε ικανές είναι σε αριθμό και περιορίζονται μόνο στα μεγάλα νοσοκομεία. Το ΣΩΤΗΡΙΑ για παράδειγμα που είναι κατά σύσταση πνευμονολογικό νοσοκομείο κατάφερε να εξυπηρετήσει τα περιστατικά του Covid και να ανταπεξέλθει. Το μέλλον όμως είναι άγνωστο και άρα οι 50 κλίνες θα χρησιμοποιηθούν ή θα μείνουν στην αδράνεια; Δεν είναι όπως ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ που εξετάζει όλα τα περιστατικά....Εννοώ πως μια μελλοντική κρίση όπως ένας σεισμός ή τροχαίο που θα έχρηζε κλινών ΜΕΘ στον ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ θα ήταν σε έλλειψη σήμερα αφήνοντας στην εκεί μονάδα κενά κρεβάτια. Ένα άλλο σημαντικό θέμα που θα θίξω είναι και η συγκέντρωση των νοσοκομείων στο κέντρο των Αθηνών. Η Νοτιοανατολική Αττική έχει σημαντικότερο πρόβλημα αφού εκεί υπάρχει μόνο το Ασκληπιείο Βούλας και πάντα να λαμβάνουμε υπόψη την επικινδυνότητα της διακομιδής των ασθενών.

Πρέπει να καταλάβουμε όλοι ότι οι ΜΕΘ δεν είναι ο χώρος που πάει ο άνθρωπος για να πεθάνει αλλά για να επιβιώσει. Πρώτα όμως απαιτείται η εκπαίδευση του προσωπικού και μετά η κοινοποίηση του τι ακριβώς κάνουμε. Ας έχουμε κενά κρεβάτια, πρέπει για την εισαγωγή ενός ασθενούς να είμαστε απολύτως βέβαιοι ότι μπορούμε να του προσφέρουμε λαμβάνοντας υπόψη και το κόστος λειτουργίας των μονάδων αυτών. Άρα, κλείνοντας επαναπροσδιορισμός του πλαισίου λειτουργίας των ΜΕΘ, Εκπαίδευση του προσωπικού και κίνητρα για τους ανθρώπους που εργάζονται στα τμήματα αυτά με τις συνθήκες που επικρατούν εκεί. Τέλος, το νομοθετήματα που θα λύσουν πολλά προβλήματα διασφαλίζοντας και το πλαίσιο λειτουργίας των ιατρών.

5. Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας και τις πληροφορίες που μας παραθέσατε.

-Εγώ σας ευχαριστώ.»

7.6 Συνέντευξη – Κ^{ος} Κοφινάς Γ., Δ/ντής Καρδιολογίας-Εντατικολογίας, Αναπλ. Δ/ντής ΜΕΘ Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» (8-3-2023)

«1.Κύριε Κοφινά, στη διπλωματική μου έρευνα ασχολούμαι με το θέμα των δωρεών ΜΕΘ που επήλθαν στο ΕΣΥ και το ανθρώπινο δυναμικό που τις στελέχωσε. Τι μπορείτε να μας πείτε για τις πέντε κλίνες ΜΕΘ που έκανε δωρεά το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος στο Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο».

-Οι ΜΕΘ από τη δωρεά του ΙΣΝ προσέφεραν τα μέγιστα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ωστόσο η κατασκευή τους έγινε σε περιορισμένο χώρο ενώ το Νοσοκομείο θα έπρεπε να διαθέσει μεγαλύτερο χώρο τόσο για τη διευκόλυνση του προσωπικού όσο και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (κονσόλες, μηχανισμός των κλινών κλπ). Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να γίνει επαναπροσδιορισμός της ΜΕΘ ώστε να είναι καταλληλότερος.

2. Πόσες κλίνες ΜΕΘ υπάρχουν στο Ιπποκράτειο;

-Τώρα υπάρχουν 12 κλίνες ΜΕΘ. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας έφτασε να αναπτύξει 28 κλίνες ΜΕΘ, από την μετατροπή κλινών ΜΑΦ σε ΜΕΘ, καρδιοχειρουργικών αιθουσών που ήταν ανενεργές σε ΜΕΘ και με αυτό τον τρόπο ανταπεξήλθαμε. Σήμερα με τα τωρινά δεδομένα είναι αρκετές.

3. Τα ποσοστά επιτυχίας ή θνησιμότητας αυτών;

-Τα ποσοστά είναι κάτι σχετικό με την βαρύτητα των ασθενών. Στη περίπτωση των δικών μας κλινών εισήχθησαν περιστατικά ή διακομίστηκαν περιστατικά προκειμένου να μην πεθάνουν σε απλή κλίνη ή που ήταν προ-διαγεγνωσμένα σε θάνατο.

4. Τα κόστη νοσηλείας σε ΜΕΘ;

-Είναι σημαντικά υψηλά. Κυμαίνονται ανάλογα με τις ανάγκες εάν χρήζει το περιστατικό και αιμοδιήθησης τότε αυξάνεται κατά 1000€, για μύκητες συν 500€ κοκ. Η νοσηλεία σε ΜΕΘ είναι ακριβή.

5. Πως κρίνετε τις υπάρχουσες κλίνες ΜΕΘ στη χώρα;

-Πριν την πανδημική κρίση υπήρχε έλλειψη κλινών και προέκυπταν σοβαρά προβλήματα. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας με τις δωρεές και τις μετατροπές που έγιναν πιστεύω, κατά την κρίση μου, ότι με τα τρέχοντα δεδομένα-εκτός πανδημίας είμαστε καλά. Εάν υπάρξει νέα πανδημία με σοβαρές συνέπειες δεν είμαι σίγουρος ότι επαρκούν. Θα πρέπει να ασχοληθεί η ηγεσία με το θέμα, εξοικονομώντας πόρους και λαμβάνοντας προληπτικά μέτρα για μελλοντική χρήση...

6. Σας ευχαριστούμε πολύ.

-Και εγώ σας ευχαριστώ.»

7.7. Μηνιαία Παρακολούθηση των (4) Περιπτώσιολογικών Νοσοκομείων με του Επιβεβαιωμένους Νοσηλευόμενους Ασθενείς Covid-19⁹⁹.

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ COVID-19 ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ (ΜΗΝΙΑΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)						
	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΑΠΑΕΣ ΚΑΙΝΕΣ COVID)	ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΜΕΘ,ΜΕΦ,ΜΕΛ,ΑΡΝΗ ΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙΝΕΣ COVID)	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΑΘΘΟΣ ΚΑΙΝΩΝ COVID	% ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ*	100	35	135	205	57,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ*	33	25	58	177	24,60%
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	89	38	127	346	51,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	23	30	53	203	21,40%
ΜΑΪΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	33	19	52	346	40%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	21	18	39	203	30%
ΙΟΥΝΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	13	6	19	70	47,50%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	1	5	6	69	15%
ΙΟΥΛΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	18	5	23	70	60,50%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	9	4	13	69	34,20%
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	33	12	45	86	46,40%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	33	9	42	123	43,30%
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	100	47	147	170	36,30%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	85	23	108	154	26,70%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	15	0	15	30	3,70%
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	94	49	143	173	30,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	74	25	99	154	21,40%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	21	0	21	38	4,50%
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	107	87	194	303	29,40%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	82	32	114	166	17,30%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	43	0	43	58	6,50%
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2020	ΣΩΤΗΡΙΑ	171	95	266	317	42,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	64	31	95	158	15,30%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	27	0	27	58	4,40%
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	152	81	233	317	43%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	68	27	95	158	17,50%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	20	0	20	58	3,70%
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	214	105	319	333	32,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	144	44	188	215	19,40%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	67	0	67	73	6,90%

⁹⁹ Ομάδα Στατιστικής 1^{ης} ΥΠΕ, ΕΚΑΒ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	232	105	337	346	19,10%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	185	58	243	258	13,80%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	120	16	136	159	7,70%
	ΚΑΤ	32	51	83	111	4,70%
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	237	106	343	346	18,70%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	177	58	235	259	12,80%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	146	24	170	167	9,30%
	ΚΑΤ	34	48	82	110	4,50%
ΜΑΪΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	224	103	327	346	16,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	161	58	219	259	11,30%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	117	24	141	167	7,30%
	ΚΑΤ	26	45	71	110	3,70%
ΙΟΥΝΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	205	93	298	346	30,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	68	37	105	171	10,60%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	38	21	59	167	6%
	ΚΑΤ	7	21	28	96	2,80%
ΙΟΥΛΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	212	83	295	346	44,60%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	57	22	79	116	11,90%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	36	5	41	65	6,20%
	ΚΑΤ	6	5	11	89	1,70%
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	210	105	315	346	36,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	78	29	107	163	12,30%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	54	9	63	95	7,20%
	ΚΑΤ	12	16	28	60	3,20%
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	201	104	305	333	39,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	69	28	97	163	12,70%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	42	8	50	95	6,50%
	ΚΑΤ	9	21	30	60	3,90%
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	200	99	299	333	43,40%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	51	23	74	116	10,70%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	47	5	52	69	7,50%
	ΚΑΤ	5	19	24	60	3,50%
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	223	106	329	344	32,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	72	29	101	116	10,10%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	53	8	61	69	6,10%
	ΚΑΤ	13	33	46	74	4,60%
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021	ΣΩΤΗΡΙΑ	229	105	334	341	30%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	94	37	131	168	11,80%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	50	8	58	69	5,20%
	ΚΑΤ	16	43	59	77	5,30%
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	227	101	328	341	21,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	158	37	195	207	12,60%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	83	8	91	99	5,90%

	ΚΑΤ	29	41	70	83	4,50%
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	215	94	309	339	23,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	137	34	171	207	13,20%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	66	8	74	99	5,70%
	ΚΑΤ	27	34	61	77	4,70%
ΜΑΡΤΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	209	87	296	339	27,10%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	111	28	139	157	12,70%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	65	9	74	69	6,80%
	ΚΑΤ	26	23	49	77	4,50%
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	202	72	274	326	25,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	112	27	139	157	12,80%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	76	8	84	82	7,70%
	ΚΑΤ	27	26	53	63	4,90%
ΜΑΪΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	81	51	132	244	24,40%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	90	15	105	157	19,40%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	39	3	42	82	7,80%
	ΚΑΤ	10	11	21	63	3,90%
ΙΟΥΝΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	92	46	138	168	23,40%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	81	11	92	139	15,60%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	37	1	38	49	6,40%
	ΚΑΤ	27	11	38	57	6,40%
ΙΟΥΛΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	145	49	194	284	19,20%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	120	0	120	131	11,90%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	67	0	67	90	6,60%
	ΚΑΤ	28	21	49	85	4,90%
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	118	47	165	272	19,30%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	102	0	102	131	11,90%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	49	0	49	90	5,70%
	ΚΑΤ	16	20	36	85	4,20%
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	45	35	80	272	23,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	68	0	68	131	20,30%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	19	0	19	90	5,70%
	ΚΑΤ	7	19	26	85	7,80%
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	74	35	109	144	19,90%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	69	0	69	82	12,60%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	34	0	34	53	12,80%
	ΚΑΤ	21	16	37	65	6,70%
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	96	64	160	179	26,10%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	80	0	80	82	13%
	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	27	0	27	42	4,40%
	ΚΑΤ	27	19	46	50	7,50%
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2022	ΣΩΤΗΡΙΑ	90	67	157	179	27,10%
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	77	0	77	82	13,30%

	ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	26	0	26	42	4,50%
	ΚΑΤ	18	21	39	50	6,70%

* Αποτελούν τα νοσοκομεία αναφοράς κατά την έναρξη της πανδημίας στη χώρα, το Σεπτέμβριο 2020 εισάγεται το Ιπποκράτειο, ενώ τον Μάρτιο 2021 και το ΚΑΤ.