ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΛΙΣΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ 7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ 2016-2023

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εισηγητής: Δημήτρης Μαραυγονικολάκης ΔΕ20334

Επιβλέπων: Ιωάννης Φανουργιάκης, Επίκουρος Καθηγητής

©

2025

HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY

SCHOOL OF MANAGEMENT AND ECONOMICS SCIENCE

DEPARTMENT OF MANAGMENENT SCIENCE AND TECHNOLOGY

EVALUATION OF THE OPERATION OF THE SURGERY LIST IN THE HOSPITALS OF THE 7TH HEALTH REGION OF CRETA 2016-2023

DIPLOMA THESIS

Student : Dimitris Maravgonikolakis , de20334

Supervisor : John Fanourgiakis, Assistant Professor

©

2025

Υπεύθυνη Δήλωση *: Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτιμά τη λειτουργία της λίστας χειρουργείου στα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠε) Κρήτης κατά την περίοδο 2016-2023, μετά τη θεσμοθέτηση του νέου νομοθετικού πλαισίου (ΦΕΚ 4316/30.12.2016). Μέσω της συλλογής δεδομένων από τις επίσημες ηλεκτρονικές λίστες χειρουργείου των οκτώ νοσοκομείων της περιφέρειας, διερευνήθηκε η κατανομή των χειρουργικών περιστατικών ανά κλινική ειδικότητα, κατηγορία προτεραιότητας και απαίτηση αναισθησιολογικής κάλυψης. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν έντονη ανομοιογένεια στην κατανομή των περιστατικών, με συγκεκριμένες ειδικότητες να παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένο φόρτο και υψηλό ποσοστό περιστατικών Κατηγορίας 52. Επίσης, διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση στον αριθμό των περιστατικών που απαιτούν αναισθησιολογική κάλυψη (95,3%) έναντι αυτών που δεν την απαιτούν (4,7%), υποδεικνύοντας την κρισιμότητα της επάρκειας αναισθησιολογικού προσωπικού για την εύρυθμη λειτουργία των χειρουργείων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη στοχευμένων παρεμβάσεων για βελτιστοποίηση της κατανομής των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία της Κρήτης.

Λέξεις-κλειδιά: Λίστα Χειρουργείου, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Χρόνοι Αναμονής, Αναισθησιολογική Κάλυψη, Νοσοκομεία Κρήτης

ABSTRACT

This study evaluates the operation of the operating room waiting lists in the hospitals of the 7th Health Region of Crete during the period 2016-2023, after the enactment of the new legislative framework (Government Gazette 4316/30.12.2016). Through data collection from the official electronic waiting lists of the eight hospitals of the region, the distribution of surgical cases by clinical specialty, priority category and anaesthesia coverage requirement was investigated. The results highlight marked heterogeneity in the distribution of cases, with certain specialties having particularly high caseloads and a high proportion of Category 52 cases. Also, a significant variation was found in the number of cases requiring anaesthetic coverage (95.3%) versus those not requiring it (4.7%), indicating the criticality of anaesthetic staffing adequacy for the proper functioning of the operating theatres. The findings highlight the need for targeted interventions to optimize the allocation of available resources in hospitals in Crete.

Keywords: Operating Room List, National Health System, Waiting times, Anaesthesia coverage, Crete Hospitals

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. 111.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας

1.2 121.3 Γενικές Πληροφορίες για την Κρήτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ (ΚΛΙΝΕΣ) ΚΑΙ ΕΔΡΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

2.1 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

2.2 Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο - Πανάνειο

2.3 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

2.4 Γενικό Νοσοκομείο Χανιών

2.5 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

2.6 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

2.7 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

2.8 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΕΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΛΙΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Λίστες Χειρουργείου ΠΑΓΝΗ

4.1.1 Θωρακοχειρουργική Κλινική

4.1.2 Αγγειοχειρουργική Κλινική

4.1.3 Νευροχειρουργική Κλινική

4.1.4 Γενική Χειρουργική Κλινική

4.1.5 Χειρουργική Παίδων

4.1.6 Χειρουργική Ογκολογία

4.1.7 Άλλες Χειρουργικές Ειδικότητες

4.1.7.2 Ορθοπαιδική Τραυματιολογία και Μικροχειρουργική Σπονδυλικής Στήριξης

4.1.7.3 Μαιευτική-Γυναικολογία

4.1.7.4 Ουρολογική Κλινική

4.1.7.5 Ωτορινολαρυγγολογία

4.1.7.7 Οδοντιατρική

4.1.7.8 Πλαστική Χειρουργική

4.1.7.9 Καρδιολογία

4.2 Λίστες Χειρουργείου Ηρακλείου – Βενιζέλειου Πανάνειου

4.2.1 Νευροχειρουργική Κλινική

4.2.3 Γναθοπροσωπική Κλινική

4.2.4 Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική

4.2.5 Χειρουργική Κλινική

4.2.6 Ουρολογική Κλινική

4.2.7 Ωτορινολαρυγγολογική (ΩΡΛ) Κλινική

4.2.8 Ορθοπεδική Κλινική

4.3 Λίστες Χειρουργείου Ρεθύμνου

4.3.1 Λίστα χειρουργείου Ορθοπεδικής Κλινικής

4.3.2 Λίστα χειρουργείου Χειρουργικής Κλινικής

4.3.3 Λίστα χειρουργείου ΩΡΛ Κλινικής

4.3.4 Λίστα χειρουργείου Οφθαλμολογικής Κλινικής

4.3.5 Λίστα χειρουργείου Ουρολογικής Κλινικής

4.3.6 Λίστα χειρουργείου Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΣΥ :	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΥΠΕ :	Υγειονομική Περιφέρεια
ΠΑΓΝΗ :	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΓΝΒΠ :	Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο-Πανάνειο
ΓΝΧ :	Γενικό Νοσοκομείο Χανίων
ΓΝΡ :	Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου
ΓΝΑΝ :	Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου
ΓΝΙ :	Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας
ΓΝΣ :	Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Σητείας
ΓΝΝ :	Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως
ΚΥ :	Κέντρο Υγείας
ΩΡΛ :	Ωτορινολαρυγγολογική (Κλινική)
ΤΕΠ :	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Μ.Μ.Α.Φ. :	Μονάδα Μεταναισθητικής Αυξημένης Φροντίδας
ΕΝΥ :	Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό
TURIS :	Transurethral Resection in Saline (Διουρηθρική Εκτομή σε Φυσιολογικό Ορό)
TAVI :	Transcatheter Aortic Valve Implantation (Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικής Βαλβίδας)
EVAR :	Endovascular Aneurysm Repair (Ενδαγγειακή Αποκατάσταση Ανευρύσματος)
URS :	Ureteroscopy (Ουρητηροσκόπηση)
ΝΠΔΔ :	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ :	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΔΕΠΑΝΟΜ :	Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων
ΦΕΚ :	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
GDPR :	General Data Protection Regulation (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους όσους με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαχείριση των χειρουργικών περιστατικών μέσω των λιστών αναμονής αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις μηχανισμούς λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και συνιστά ζήτημα καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ιδιαίτερα μετά τη θεσμοθέτηση του νέου νομοθετικού πλαισίου (ΦΕΚ 4316/30.12.2016), η λειτουργία της Λίστας Χειρουργείου οργανώθηκε με αντικειμενικά κλινικά κριτήρια που καθορίζουν την κατηγοριοποίηση των περιστατικών βάσει του επείγοντος χαρακτήρα τους, εντός ενός αυστηρού πλαισίου διαφάνειας και λογοδοσίας. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να αποτιμήσει τη λειτουργία αυτού του συστήματος στα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, διερευνώντας την κατανομή των χειρουργικών επεμβάσεων ανά κλινική ειδικότητα, κατηγορία προτεραιότητας και απαίτηση αναισθησιολογικής κάλυψης. Η δομή της εργασίας περιλαμβάνει στο γενικό μέρος ανασκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, της έννοιας της υγείας ως κοινωνικό αγαθό, γενικές πληροφορίες για την Κρήτη, την παρουσίαση των νοσοκομείων της περιφέρειας και του νομικού πλαισίου για τη λίστα χειρουργείου, ενώ στο ειδικό μέρος αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας ανά νοσοκομειακή μονάδα. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση της εφαρμογής του νέου νομοθετικού πλαισίου και η ανίχνευση πιθανών αδυναμιών του συστήματος, ώστε να διατυπωθούν προτάσεις βελτίωσης. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που διερευνώνται είναι:

1. Πώς κατανέμονται τα χειρουργικά περιστατικά ανά κατηγορία προτεραιότητας στις διάφορες κλινικές ειδικότητες και ποιες παράμετροι επηρεάζουν αυτή την κατανομή;
2. Ποια είναι η αναλογία περιστατικών που απαιτούν αναισθησιολογική κάλυψη έναντι αυτών που δεν την απαιτούν και πώς επηρεάζεται η διαχείριση των χειρουργικών λιστών από αυτή την παράμετρο;
3. Σε ποιο βαθμό εμφανίζονται περιστατικά με "ειδικές απαιτήσεις" και πώς επηρεάζουν τη συνολική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία της 7ης ΥΠΕ Κρήτης;

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας, θεσμοθετημένο στις 7 Οκτωβρίου 1983 με τον Νόμο 1397/1983 αποτελεί τον θεμελιώδη θεσμό παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Η διοικητική του διάρθρωση εκτείνεται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε), των Αττικής, Πειραιώς και Αιγαίου, Μακεδονίας, Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου-Δυτικής Ελλάδος, και Κρήτης. Η οργανωτική δομή του συστήματος διαρθρώνεται σε τρεις βαθμίδες φροντίδας υγείας, με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να αποτελεί το θεμέλιο της υγειονομικής περίθαλψης. Το εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνει 322 Κέντρα Υγείας, 239 Τοπικές Μονάδες Υγείας, και ένα εκτενές σύστημα περιφερειακών και τοπικών ιατρείων. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται μέσω ενός δικτύου 124 θεραπευτηρίων ΝΠΔΔ και 4 ΝΠΙΔ, με 73 νοσοκομεία να εξειδικεύονται στην παροχή προηγμένης ιατρικής φροντίδας.

Το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ, σύμφωνα με την απογραφή του Δεκεμβρίου 2022, ανέρχεται σε 89.710 εργαζομένους, παρουσιάζοντας ωστόσο μείωση 12,96% συγκριτικά με το 2019. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η στελέχωση περιλαμβάνει 3.388 ιατρούς, 5.098 νοσηλευτές, και 3.348 λοιπό προσωπικό, διασφαλίζοντας την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική υποστήριξη του συστήματος αντανακλάται στον προϋπολογισμό του 2023, ο οποίος ανήλθε σε 4,26 δισεκατομμύρια ευρώ. Η διεθνής αναγνώριση της αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ επιβεβαιώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος το 2000 κατέταξε το ελληνικό σύστημα στη δέκατη τέταρτη θέση παγκοσμίως στη μετρική "γενική επίδοση συστήματος υγείας".

Τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ καταδεικνύουν την εκτεταμένη κάλυψη του συστήματος, με 6,2 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 1,2 μονάδες ΝΠΔΔ ανά 100.000 κατοίκους. Το 47,8% του ελληνικού πληθυσμού αναφέρει πολύ καλή κατάσταση υγείας, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας από αποτρέψιμες αιτίες για το 2021 ανήλθε σε 128 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Σημαντική εξέλιξη στην πορεία του συστήματος αποτέλεσε η

ψήφιση νομοσχεδίου στις 2 Δεκεμβρίου 2022, το οποίο εισήγαγε στοιχεία μερικής ιδιωτικοποίησης και τροποποίησε το καθεστώς ασυμβίβαστου των υγειονομικών, προκαλώντας αντιδράσεις από επαγγελματικούς φορείς. Παρά τις προκλήσεις σε επίπεδο στελέχωσης και χρηματοδότησης, το ΕΣΥ συνεχίζει να αποτελεί τον κεντρικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, διασφαλίζοντας την καθολική πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας, 2024).

1.2 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό

Σύμφωνα με τον θεμελιώδη ορισμό ο οποίος διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1946, η έννοια της υγείας υπερβαίνει την απλή απουσία νοσημάτων ή σωματικών δυσλειτουργιών, και προσδιορίζεται ως μία ολιστική κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει την κοινωνική, την ψυχική-πνευματική και τη σωματική διάσταση του ατόμου. Αυτή η πολυδιάστατη προσέγγιση έχει καταλυτική επίδραση στη διαμόρφωση των σύγχρονων πολιτικών υγείας. Στο πλαίσιο του δημοκρατικού πολιτεύματος, η υγεία συνιστά θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα και δημόσιο αγαθό, το οποίο δεν εμπίπτει στους μηχανισμούς του ανταγωνιστικού συστήματος της αγοράς. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζεται από καθολικότητα και ισοτιμία, ανεξαρτήτως εισοδήματος, ασφαλιστικού φορέα, εκπαιδευτικού επιπέδου, επαγγέλματος, ηλικίας, έθνους, φυλής, φύλου ή κοινωνικής τάξης (Leonardi, 2018).

Η κοινωνική διάσταση του δικαιώματος στην υγεία κατοχυρώθηκε νομικά για πρώτη φορά στο άρθρο 21, παράγραφος 3 του Ελληνικού Συντάγματος, όπου προσδιορίζεται η ευθύνη του κράτους πρόνοιας για τη μέριμνα της δημόσιας υγείας. Η κρατική υποχρέωση εστιάζει στην παροχή προληπτικών και αποκαταστατικών υπηρεσιών μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και στη θεσμοθέτηση μεταρρυθμίσεων που στοχεύουν στην προαγωγή της ποιότητας ζωής, της ευημερίας και της ψυχοσωματικής υγείας του πληθυσμού. Η πρόσφατη υγειονομική κρίση του COVID-19 ανέδειξε εμφατικά τη συλλογική διάσταση της υγείας ως δημόσιου αγαθού, επαναπροσδιορίζοντας τη σημασία της προστασίας της για το κοινωνικό σύνολο. Αυτή η συλλογική προσέγγιση αποτυπώνεται και στις ερμηνευτικές διατάξεις του άρθρου 5

του Συντάγματος, καθώς και στα άρθρα 18 (παρ.3) και 22 (παρ.4), όπως αυτά κωδικοποιήθηκαν στο ΦΕΚ τ.Α' 211/24-12-2019 (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ τ.Α΄ 211/24-12-2019).

Το θεμελιώδες δικαίωμα στην υγεία εδράζεται σε πέντε κεντρικούς πυλώνες: την ποιότητα, τη διαθεσιμότητα, την καθολική προσβασιμότητα, την αποδοχή και το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Leary, 1994). Η εννοιολογική προσέγγιση της διαθεσιμότητας ενσωματώνει την επιτακτική ανάγκη για επαρκείς υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες χαρακτηρίζονται από άρτια λειτουργικότητα, σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και στελέχωση από επιστημονικό προσωπικό το οποίο να έχει τον ανάλογο βαθμό υψηλής εξειδίκευσης. Η έννοια της καθολικής προσβασιμότητας διαρθρώνεται σε τέσσερις αλληλένδετες διαστάσεις: την απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις με ιδιαίτερη μέριμνα για τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, τη γεωγραφική προσβασιμότητα που συμπεριλαμβάνει τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών, την οικονομική προσβασιμότητα με έμφαση στους οικονομικά ασθενέστερους, και την πληροφοριακή προσβασιμότητα υπό το πρίσμα της διασφάλισης του ιατρικού απορρήτου. Επίσης, η διάσταση της αποδοχής και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προϋποθέτει την ενσωμάτωση πολιτισμικών παραμέτρων, την ισότητα των φύλων και την τήρηση των αρχών της ιατρικής δεοντολογίας. Η ποιοτική διάσταση, όταν εξετάζεται υπό το πρίσμα της επιστημονικής και ιατρικής τεκμηρίωσης, περιλαμβάνει τρεις βασικούς παράγοντες: τον προηγμένο νοσοκομειακό εξοπλισμό, το υψηλό επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας και την εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων και φαρμακευτικών σκευασμάτων (Donders, 2015).

Παρά τη θεσμική αναγνώριση της υγείας ως θεμελιώδους κοινωνικού αγαθού, παρατηρείται μια εγγενής αντίφαση στο σύγχρονο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς αυτές υπόκεινται στους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς. Η εντεινόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος λειτουργεί παράλληλα και συμπληρωματικά προς τις δημόσιες δομές υγείας, έχει συμβάλει στην εμπορευματοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών, δημιουργώντας ένα σύστημα διαστρωματωμένης πρόσβασης βάσει οικονομικής επιφάνειας. Η διαμορφωθείσα κατάσταση οδηγεί σε μια διχοτόμηση του πληθυσμού, όπου η πρόσβαση σε ποιοτικές

υπηρεσίες υγείας καθορίζεται πρωτίστως από την οικονομική δυνατότητα των πολιτών και όχι από πρωταρχικό τους δικαίωμα στην υγεία. Αυτό το φαινόμενο έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός συστήματος δύο ταχυτήτων, όπου οι οικονομικά ασθενέστεροι πολίτες είτε στερούνται της δυνατότητας πρόσβασης σε βέλτιστες θεραπευτικές επιλογές, είτε οδηγούνται σε μεγάλη οικονομική αιμορραγία, προκειμένου να εξασφαλίσουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη. Στο πλαίσιο της ελληνικής πραγματικότητας, η θεωρητική θεμελίωση της υγείας ως δημόσιου αγαθού αντιπαρατίθεται με την πρακτική εφαρμογή της. Η αυξανόμενη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, σε συνδυασμό με τη συστημική υπερφόρτωση των δημόσιων δομών υγείας και τις συνεπαγόμενες καθυστερήσεις στην παροχή περίθαλψης, ωθεί τους πολίτες στην αναζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Αυτή η τάση, η οποία συνεπάγεται σημαντικές δαπάνες οι οποίες γίνονται από ιδιώτες, υπονομεύει το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην καθολική και δωρεάν πρόσβαση στην υγεία, μετατρέποντάς την de facto σε προνόμιο των οικονομικά ευκατάστατων κοινωνικών στρωμάτων (Παπαδοπούλου, 2019, Νιάκας, 2014).

1.3 Γενικές Πληροφορίες για την Κρήτη

Ο ελληνικός τουρισμός αναδεικνύεται ως καταλυτικός πυλώνας της εθνικής οικονομίας, με τα στοιχεία του 2023 να καταδεικνύουν τη σημαντική συμβολή του στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Σύμφωνα με τα δεδομένα του World Travel & Tourism Council (WTTC), η συνολική συνεισφορά του τουριστικού τομέα στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ανέρχεται σε 19,2%, ενώ παράλληλα απασχολεί 810.000 εργαζομένους, αντιπροσωπεύοντας το 19,4% της συνολικής απασχόλησης. Η ποσοτική ανάλυση των οικονομικών μεγεθών καταδεικνύει έσοδα 19,7 δισεκατομμυρίων ευρώ από τον εισερχόμενο τουρισμό, μη συμπεριλαμβανομένων των εσόδων από την κρουαζιέρα. Οι διεθνείς αφίξεις ανήλθαν σε 32,7 εκατομμύρια επισκέπτες, με τη μέση κατά κεφαλή δαπάνη να διαμορφώνεται στα 603 ευρώ, στοιχείο που υποδηλώνει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της προστιθέμενης αξίας του τουριστικού προϊόντος. Η χωρική και χρονική κατανομή της τουριστικής δραστηριότητας παρουσιάζει έντονη συγκέντρωση. Συγκεκριμένα, το 71% της ξενοδοχειακής δυναμικότητας συγκεντρώνεται σε τέσσερις περιφέρειες: Νότιο Αιγαίο (27%), Κρήτη (22%), Ιόνια Νησιά (12%) και Κεντρική Μακεδονία (10%). Παράλληλα, η έντονη εποχικότητα

αποτυπώνεται στη συγκέντρωση του 54,2% των διεθνών αφίξεων στο τρίμηνο Ιουλίου-Σεπτεμβρίου. Η ξενοδοχειακή υποδομή της χώρας περιλαμβάνει 10.047 μονάδες με συνολική δυναμικότητα 887.748 κλινών, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ξενοδοχειακού Επιμελητηρίου Ελλάδος. Αναφορικά με την αεροπορική κίνηση, τα πέντε κυριότερα αεροδρόμια σε αφίξεις αλλοδαπών διαμορφώνουν την εξής ιεραρχία: Αθήνα (7.072.820), Ηράκλειο (3.567.958), Ρόδος (2.625.029), Θεσσαλονίκη (2.359.090) και Κέρκυρα (1.832.651), αναδεικνύοντας τη σημασία των νησιωτικών προορισμών στην τουριστική ανάπτυξη της χώρας (Σύνδεσμος Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων, 2024).

Η Κρήτη, το μεγαλύτερο και πολυπληθέστερο νησί της Ελλάδας, παρουσιάζει ιδιαίτερο γεωγραφικό, δημογραφικό και οικονομικό ενδιαφέρον. Με έκταση 8.336 τετραγωνικών χιλιομέτρων, κατέχει τη θέση του πέμπτου μεγαλύτερου νησιού της Μεσογείου, ακολουθώντας τη Σικελία, τη Σαρδηνία, την Κύπρο και την Κορσική. Η γεωγραφική του θέση, περίπου 160 χιλιόμετρα νότια της ηπειρωτικής Ελλάδας, το καθιστά στρατηγικό σημείο μεταξύ του Κρητικού και του Λιβυκού Πελάγους. Διοικητικά, η Κρήτη διαιρείται σε τέσσερις Περιφερειακές Ενότητες, με πληθυσμιακά δεδομένα που καταγράφηκαν στην απογραφή του 2021. Συγκεκριμένα, η Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου συγκεντρώνει 302.450 κατοίκους, αποτελώντας το μεγαλύτερο πληθυσμιακό κέντρο του νησιού. Ακολουθούν η Περιφερειακή Ενότητα Χανίων με 155.443 κατοίκους, η Περιφερειακή Ενότητα Ρεθύμνου με 83.567 κατοίκους, και η Περιφερειακή Ενότητα Λασιθίου με 75.900 κατοίκους. Ο συνολικός πληθυσμός του νησιού ανέρχεται σε 617.360 κατοίκους, σημειώνοντας ελαφρά μείωση 0,9% σε σύγκριση με την απογραφή του 2011 (Περιφέρεια Κρήτης, 2025).

Το αστικό δίκτυο της Κρήτης διαρθρώνεται γύρω από πέντε κύρια αστικά κέντρα. Το Ηράκλειο, πρωτεύουσα του νησιού και της Περιφέρειας Κρήτης, αποτελεί το μεγαλύτερο αστικό κέντρο με πληθυσμό 177.064 κατοίκους. Ακολουθούν τα Χανιά με 53.910 κατοίκους, το Ρέθυμνο με 32.468 κατοίκους, η Ιεράπετρα με 17.710 κατοίκους και ο Άγιος Νικόλαος με 12.638 κατοίκους. Ο τουριστικός τομέας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην οικονομική ανάπτυξη του νησιού. Το 2023 αποτέλεσε έτος-ορόσημο για τον κρητικό τουρισμό, με τις συνολικές αφίξεις να υπερβαίνουν τα 5 εκατομμύρια επισκέπτες.

Το αεροδρόμιο Ηρακλείου κατέγραψε 3,6 εκατομμύρια διεθνείς αφίξεις, σημειώνοντας αύξηση 5% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος, ενώ το αεροδρόμιο Χανίων υποδέχθηκε 1,4 εκατομμύρια διεθνείς επισκέπτες, παρουσιάζοντας αύξηση 8,6%. Η ανάλυση των τουριστικών ροών αναδεικνύει τη Γερμανία ως την κυριότερη αγορά προέλευσης με 1,15 εκατομμύρια επισκέπτες, ακολουθούμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο με 780.000 επισκέπτες και τη Γαλλία με 440.000 επισκέπτες. Σημαντική παρουσία καταγράφουν επίσης η Ολλανδία με 220.000 επισκέπτες, ενώ αξιοσημείωτη αύξηση παρουσίασαν οι αφίξεις από την Πολωνία και τη Ρουμανία, με την τελευταία να ξεπερνά τους 95.000 επισκέπτες (Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού, 2025).

Η Κρήτη έχει εδραιωθεί ως ο σημαντικότερος καλοκαιρινός προορισμός της Ελλάδας και ο δεύτερος σημαντικότερος προορισμός σε ετήσια βάση μετά την Αθήνα. Η συνεχής ανάπτυξη των τουριστικών υποδομών, σε συνδυασμό με την πλούσια πολιτιστική κληρονομιά και το φυσικό περιβάλλον, συμβάλλει στην περαιτέρω ενίσχυση του τουρισμού στο μεγαλύτερο νησί της Ελλάδας (Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού, 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ (ΚΛΙΝΕΣ) ΚΑΙ ΕΔΡΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

2.1 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) αποτελεί ένα εμβληματικό παράδειγμα υλοποίησης των στρατηγικών στόχων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως αυτοί διατυπώθηκαν στο θεμελιώδη Νόμο 1397/1983. Η ανέγερσή του εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο εκσυγχρονισμού των υγειονομικών υποδομών και άμβλυνσης των περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η κατασκευή του νοσοκομειακού συγκροτήματος, η οποία θεσμοθετήθηκε με τον Νόμο 1398/1983, ανατέθηκε στη γερμανική εταιρεία Philipp Holzmann AG, υπό την επίβλεψη της Δημόσιας Επιχείρησης Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ). Το έργο, συνολικού προϋπολογισμού 3,44 δισεκατομμυρίων δραχμών, αναπτύχθηκε σε γηπεδική έκταση 84.000 τ.μ., εκ των οποίων 65.475 τ.μ. παραχωρήθηκαν από το Πανεπιστήμιο Κρήτης (Παγνη, 2025).

Η αρχιτεκτονική σύλληψη του ΠΑΓΝΗ υλοποιήθηκε σε συνολική επιφάνεια 60.837 τ.μ., με προβλεπόμενη δυναμικότητα 672 κλινών. Τα επίσημα εγκαίνια πραγματοποιήθηκαν στις 21 Μαΐου 1989 ενώ η σταδιακή λειτουργική ενεργοποίηση του νοσοκομείου είχε ξεκινήσει με τα Εξωτερικά Ιατρεία στις 17 Μαΐου 1989, ακολουθούμενη από τα εργαστηριακά τμήματα τον Ιούνιο και τα νοσηλευτικά τμήματα τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Η σύγχρονη οργανωτική δομή του ΠΑΓΝΗ διαρθρώνεται σε τέσσερις θεμελιώδεις τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό και Εργαστηριακό. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών μέσω πολυάριθμων εξειδικευμένων μονάδων, συμπεριλαμβανομένου του Παιδιατρικού Τμήματος με δέκα υποειδικότητες και προηγμένων διαγνωστικών εργαστηρίων εξοπλισμένων με σύγχρονη τεχνολογία απεικόνισης (ΠΑΓΝΗ, 2025).

Αξιοσημείωτη καινοτομία αποτελεί η λειτουργία του Ξενώνα "Σταύρος Νιάρχος", ο οποίος διαθέτει 58 κλίνες κατανεμημένες σε 29 δίκλινα δωμάτια, εξυπηρετώντας τις ανάγκες φιλοξενίας ασθενών και συνοδών. Το ΠΑΓΝΗ συνεχίζει να εξελίσσεται, ενσωματώνοντας σύγχρονες τεχνολογικές καινοτομίες και βέλτιστες πρακτικές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Το νοσοκομείο έχει αναπτύξει εκτενές δίκτυο

ψηφιακών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής πρόσβασης σε εργαστηριακά αποτελέσματα και της συμμετοχής σε ευρωπαϊκά προγράμματα έρευνας και ανάπτυξης. Παράλληλα, η λειτουργία του διέπεται από αυστηρά πρωτόκολλα προστασίας προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR), ενώ διατηρεί πιστοποιήσεις ISO που επιβεβαιώνουν την τήρηση διεθνών προτύπων ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ΠΑΓΝΗ, 2025).

2.2 Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο - Πανάνειο

Το Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο-Πανάνειο (ΓΝΒΠ) συνιστά έναν θεμελιώδη υγειονομικό οργανισμό της Κρήτης, με μακρά ιστορική διαδρομή που εκτείνεται από τη δεκαετία του 1950. Η θεσμική του υπόσταση ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας επαναπροσδιορίστηκε στις 9 Μαρτίου 2019 (ΦΕΚ 43/τΑ/9.3.19), όταν αποκαταστάθηκε η διοικητική του αυτοτέλεια από το ΠΑΓΝΗ. Η ιστορική εξέλιξη του ιδρύματος αποτυπώνει τη διαχρονική προσαρμοστικότητά του στις μεταβαλλόμενες υγειονομικές ανάγκες. Από την αρχική του σύλληψη το 1936 ως πρωτοβουλία της Παγκρήτιας Ένωσης των Κρητών Αμερικής, μέχρι την εγκαινίασή του το 1953 ως Παγκρήτιο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Φυματιώντων, και την μετεξέλιξή του σε Γενικό Νοσοκομείο το 1967, το ίδρυμα έχει επιδείξει αξιοσημείωτη προσαρμοστικότητα στις εξελισσόμενες υγειονομικές απαιτήσεις (Βενιζέλειο, 2025).

Η σύγχρονη υποδομή του νοσοκομείου, με δυναμικότητα 440 οργανικών κλινών (412 ανεπτυγμένες), εκτείνεται σε συνολική επιφάνεια 33.000 τ.μ. Το κεντρικό συγκρότημα, χωροθετημένο στρατηγικά στη Λεωφόρο Κνωσού, περιλαμβάνει εκτεταμένες εγκαταστάσεις όπως το κεντρικό κτίριο, τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, και εξειδικευμένες μονάδες όπως τον Ξενώνα Αριάδνη. Η ανάλυση των επιχειρησιακών δεδομένων της πενταετίας 2019-2023 καταδεικνύει αξιοσημείωτες τάσεις στη λειτουργική δυναμική του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, ο Παθολογικός Τομέας παρουσιάζει σχετική σταθερότητα στον αριθμό νοσηλευομένων (17.262 το 2023 έναντι 19.715 το 2019), ενώ οι Ειδικές Μονάδες εμφανίζουν αξιοσημείωτη αύξηση (από 6.613 το 2019 σε 10.069 το 2023). Η μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζει πτωτική τάση, υποδηλώνοντας βελτιστοποίηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Το ανθρώπινο δυναμικό, περίπου 1.000 εργαζόμενοι, περιλαμβάνει εξειδικευμένο ιατρικό,

νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Το νοσοκομείο διακρίνεται για τους χαμηλούς δείκτες νοσοκομειακών λοιμώξεων και το βελτιστοποιημένο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, ενώ η υψηλή πληρότητα και η χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας υποδηλώνουν αποτελεσματική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Το Βενιζέλειο-Πανάνειο, ως το δεύτερο μεγαλύτερο νοσοκομείο της Κρήτης, εξυπηρετεί επείγοντα περιστατικά από ολόκληρη την Κρήτη και το νότιο Αιγαίο, ενώ η εποπτεία του επεκτείνεται σε σημαντικές αποκεντρωμένες μονάδες όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το ΚΟΙΚΕΨΥΠΕ, τον ξενώνα Αλκυωνίδα και τη Σχολή Νοσηλευτικής (ΔΙΕΚ) (Βενιζέλειο, 2025).

2.3 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, με έναρξη λειτουργίας το 1946, αποτελεί κομβικό σημείο παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στην Περιφερειακή Ενότητα Ρεθύμνου. Η συνολική υποδομή του νοσοκομείου, έχει δυναμικότητα 180 κλίνες, κατανεμημένες σε διάφορες κλινικές και μονάδες. Το ίδρυμα έχει αναπτύξει μια πολυδιάστατη οργανωτική δομή που διαρθρώνεται σε τέσσερις θεμελιώδεις τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό και Εργαστηριακό. Η ανάλυση των επιχειρησιακών δεδομένων τη στιγμή της μελέτης δείχνει αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στους δείκτες πληρότητας ανά κλινική μονάδα. Συγκεκριμένα, η Πνευμονολογική Κλινική εμφανίζει τον υψηλότερο δείκτη πληρότητας (125%), υποδηλώνοντας σημαντική υπερκάλυψη της διαθέσιμης δυναμικότητας. Αντιθέτως, κλινικές όπως η Οφθαλμολογική και η Μονάδα Χημειοθεραπείας παρουσιάζουν μηδενική πληρότητα κατά την περίοδο αναφοράς (ΓΝΡ, 2025).

Ο Παθολογικός Τομέας περιλαμβάνει εννέα εξειδικευμένες μονάδες, συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων Παθολογικού, Καρδιολογικού, Νευρολογικού και Παιδιατρικού, με την Παθολογική Κλινική να διαθέτει 28 κλίνες και πληρότητα 35,71%. Ο Χειρουργικός Τομέας, με έξι διακριτές μονάδες, παρουσιάζει διακύμανση στην πληρότητα, με την Ορθοπεδική Κλινική να καταγράφει 71,43% και τη Χειρουργική Κλινική 35,71%. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μέσω ενός εκτεταμένου δικτύου τακτικών ιατρείων. Το πρόγραμμα λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων χαρακτηρίζεται από διαφοροποιημένη χρονική κατανομή, με το Παθολογικό και Καρδιολογικό να

λειτουργούν πέντε ημέρες εβδομαδιαίως, ενώ εξειδικευμένες μονάδες όπως το Γαστρεντερολογικό και Ορθοπεδικό παρέχουν υπηρεσίες δύο ημέρες την εβδομάδα (ΓΝΡ, 2025).

Ο Εργαστηριακός Τομέας ενσωματώνει σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, συμπεριλαμβανομένου Αξονικού Τομογράφου και εξειδικευμένων μονάδων όπως το Ανοσολογικό και Βιοχημικό εργαστήριο. Η παρουσία Μονάδας Εντατικής Θεραπείας με πληρότητα 71,43% υποδηλώνει την ικανότητα του ιδρύματος να ανταποκρίνεται σε περιστατικά υψηλής κρισιμότητας. Η λειτουργική αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου ενισχύεται περαιτέρω από την παρουσία εξειδικευμένων μονάδων όπως το Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, και τη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, οι οποίες συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού αναφοράς (ΓΝΡ, 2025).

2.4 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων "Ο Άγιος Γεώργιος" παρουσιάζει μια αξιοσημείωτη εξελικτική πορεία στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης, με ιστορική διαδρομή που εκτείνεται από τα τέλη του 19ου αιώνα. Η θεσμική του μετεξέλιξη χαρακτηρίζεται από διαδοχικές φάσεις ανάπτυξης, με ορόσημο την κρατικοποίησή του το 1948 και τη μετονομασία του σε "Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Χανίων 'Ο Άγιος Γεώργιος'" (ΦΕΚ 900/22-12-86). Η σύγχρονη υποδομή του ιδρύματος, που εγκαινιάστηκε την 1η Σεπτεμβρίου 2000, αναπτύσσεται σε έκταση 187.000 τ.μ. στην περιοχή Μουρνιές του Δήμου Ελευθερίου Βενιζέλου, με συνολική επιφάνεια κτιριακών εγκαταστάσεων 54.500 τ.μ. Η στρατηγική του χωροθέτηση, σε απόσταση 4 χιλιομέτρων από το αστικό κέντρο των Χανίων και 600 μέτρων από τον κόμβο Μουρνιών του Εθνικού Οδικού Δικτύου, διασφαλίζει την απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (ΓΝΧ, 2025).

Η αρχιτεκτονική διάρθρωση του συγκροτήματος χαρακτηρίζεται από κατακόρυφη ανάπτυξη σε επτά επίπεδα, από το υπόγειο δίκτυο καναλιών (-2) έως τις νοσηλευτικές μονάδες (επίπεδα 3,4,5). Η λειτουργική οργάνωση περιλαμβάνει 139 θαλάμους νοσηλείας, με διαφοροποιημένη δυναμικότητα (21 μονόκλινοι, 35 δίκλινοι, 82 τρίκλινοι-τετράκλινοι), όλοι εξοπλισμένοι με σύγχρονα συστήματα κλιματισμού και

τηλεπικοινωνιακή υποδομή. Το χειρουργικό τμήμα διαθέτει οκτώ άσηπτες και επτά σηπτικές αίθουσες, συμπληρωμένες από δύο μονάδες ενδοσκοπήσεων, ενώ η διαγνωστική υποδομή περιλαμβάνει 24 εξωτερικά ιατρεία. Η διοικητική λειτουργία υποστηρίζεται από 262 γραφειακούς χώρους, ενώ ο περιβάλλων χώρος ενσωματώνει ελικοδρόμιο, χώρο στάθμευσης 850 οχημάτων και συμπληρωματικές εγκαταστάσεις. Το νοσοκομείο διαρθρώνεται σε 43 λειτουργικά τμήματα, συμπεριλαμβανομένων εξειδικευμένων μονάδων όπως η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η Μονάδα Εμφραγμάτων, και το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής. Η τρέχουσα δυναμικότητα των 580 κλινών υποστηρίζεται από ένα ολοκληρωμένο σύστημα υποστηρικτικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων κεντρικών εγκαταστάσεων αποστείρωσης, διαχείρισης ιατρικών αποβλήτων και ηλεκτρομηχανολογικής υποστήριξης. Η νομική υπόσταση του ιδρύματος διέπεται από τις διατάξεις του Ν.2889/2-3-2001 περί εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, αναδεικνύοντας τον καίριο ρόλο του στην παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης στη δυτική Κρήτη (ΓΝΧ, 2025).

2.5 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

Το Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, ιδρυθέν το 1940, συνιστά έναν καίριο υγειονομικό οργανισμό της ανατολικής Κρήτης, με τρέχουσα δυναμικότητα 147 ανεπτυγμένων κλινών. Η οργανωτική του διάρθρωση αποτελείται από την παρουσία τεσσάρων τομέων: Παθολογικού, Χειρουργικού, Ψυχιατρικού και Εργαστηριακού. Ο Παθολογικός Τομέας ενσωματώνει εξειδικευμένες μονάδες όπως το Καρδιολογικό, Παιδιατρικό, και Γαστρεντερολογικό Τμήμα, συμπληρωμένες από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων. Ο Χειρουργικός Τομέας διακρίνεται για την πολυδιάστατη λειτουργική του οργάνωση, περιλαμβάνοντας εξειδικευμένα τμήματα όπως το Νευροχειρουργικό και τη Μονάδα Μεταναισθητικής Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Μ.Α.Φ.) (ΓΝΑΝ, 2025).

Η διαγνωστική υποδομή του ιδρύματος υποστηρίζεται από έναν εκτενή Εργαστηριακό Τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει το Μικτό Μικροβιολογικό-Βιοχημικό Εργαστήριο, καθώς και εξειδικευμένα τμήματα Παθολογοανατομικό, Κυτταρολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό. Η παρουσία Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και τμήματος Διαιτολογίας-Διατροφής υποδηλώνει την έμφαση στην ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Το πρόγραμμα λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων χαρακτηρίζεται από

συστηματική οργάνωση, με καθημερινή λειτουργία (8:30-14:00) για τα περισσότερα τμήματα. Συγκεκριμένα τμήματα, όπως το Χειρουργικό, Ορθοπεδικό και ΩΡΛ, παρέχουν επιπρόσθετα απογευματινές υπηρεσίες, διευρύνοντας την προσβασιμότητα στην εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα (ΓΝΑΝ, 2025).

Το ιατρικό δυναμικό του νοσοκομείου περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, από Πνευμονολόγους και Καρδιολόγους έως Νευροχειρουργούς και Παθολογοανατόμους, διασφαλίζοντας την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας. Η συνεχής εφημερία του νοσοκομείου υπογραμμίζει τον κρίσιμο ρόλο του στην κάλυψη των επειγόντων υγειονομικών αναγκών της ευρύτερης περιοχής του Αγίου Νικολάου και της ανατολικής Κρήτης. λειτουργική ολοκλήρωση του ιδρύματος ενισχύεται περαιτέρω από την παρουσία υποστηρικτικών τμημάτων όπως η Κοινωνική Εργασία και το τμήμα Παραϊατρικού Προσωπικού, υποδηλώνοντας μια πολυπαραγοντική προσέγγιση στην παροχή υγειονομικής φροντίδας που υπερβαίνει την απλή ιατρική περίθαλψη και ενσωματώνει ψυχοκοινωνικές παραμέτρους στη θεραπευτική διαδικασία (ΓΝΑΝ, 2025).

2.6 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

Το Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας αποτελεί παράδειγμα της εξελικτικής διαδρομής των περιφερειακών υγειονομικών δομών στην μεταπολεμική Ελλάδα. Η θεσμική του γένεση ανάγεται στο 1944, όταν λειτούργησε για πρώτη φορά ως αυτοοργανωμένη Μονάδα Περίθαλψης, στηριζόμενη στην εθελοντική προσφορά της τοπικής κοινωνίας τόσο σε επίπεδο υποδομών όσο και ανθρώπινου δυναμικού. Η μετάβαση από την άτυπη κοινοτική πρωτοβουλία στη θεσμοθετημένη κρατική υγειονομική μονάδα σηματοδοτήθηκε το 1945 με την αναγνώρισή του ως προσωρινό Κρατικό Νοσοκομείο δυναμικότητας 20 κλινών. Η συνέργεια μεταξύ της τοπικής κοινωνίας και της Ελληνικής Πολεμικής Περίθαλψης Αμερικής το 1948 οδήγησε στην απόκτηση ιδιόκτητων εγκαταστάσεων και τη λειτουργία Υγειονομικού Σταθμού (ΓΝΙ, 2025).

Καθοριστικό ορόσημο στην ιστορική διαδρομή του ιδρύματος αποτέλεσε η θεσμοθέτησή του ως "Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας" με Βασιλικό Διάταγμα (ΦΕΚ 35/1955), ενώ η επέκταση της νοσηλευτικής δυναμικότητας σε 70 κλίνες το 1957

κατέστη εφικτή χάρη στη συλλογική συνεισφορά της τοπικής κοινωνίας. Η ένταξή του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1983 σηματοδότησε την πλήρη ενσωμάτωσή του στο εθνικό υγειονομικό σχεδιασμό. Στη σύγχρονη εποχή, το ίδρυμα λειτουργεί ως ολοκληρωμένη υγειονομική μονάδα διττού χαρακτήρα, συνδυάζοντας τις λειτουργίες Γενικού Νοσοκομείου και Κέντρου Υγείας. Η χωρική του αρμοδιότητα εκτείνεται στο Δήμο Ιεράπετρας, εξυπηρετώντας πληθυσμό 16.121 κατοίκων (απογραφή 2001), ενώ το δίκτυο των εξαρτώμενων Περιφερειακών Ιατρείων (Πρίνας, Κάτω Χωριού, Μαλλών, Μύρτους, Σχινοκαψάλων, Γρα Λυγιάς) διασφαλίζει την πρωτοβάθμια κάλυψη απομακρυσμένων οικισμών. Ιδιαίτερη μνεία αξίζει στην παρουσία του μοναδικού Οφθαλμολογικού Χειρουργικού Τμήματος στο Νομό Λασιθίου, ενώ η ενσωματωμένη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, με τέσσερις κλίνες ισομερώς κατανεμημένες μεταξύ Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα, υποδηλώνει την προσαρμογή στις σύγχρονες τάσεις της βραχείας νοσηλείας. Η διαχρονική εξέλιξη του Γενικού Νοσοκομείου-Κέντρου Υγείας Ιεράπετρας αντανακλά την πορεία μετασχηματισμού των περιφερειακών υγειονομικών δομών από αυτοοργανωμένες κοινοτικές πρωτοβουλίες σε θεσμοθετημένους φορείς του εθνικού συστήματος υγείας, διατηρώντας παράλληλα τον ισχυρό δεσμό με την τοπική κοινωνία (ΓΝΙ, 2025).

2.7 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας συνιστά παράδειγμα μεταπολεμικής θεσμικής εξέλιξης στον τομέα της περιφερειακής υγειονομικής περίθαλψης. Η θεσμοθέτησή του, μέσω του Βασιλικού Διατάγματος της 9ης Απριλίου 1947, σηματοδότησε την αναγνώριση των επιτακτικών υγειονομικών αναγκών της μεταπολεμικής περιόδου στην Επαρχία Σητείας, με αρχική δυναμικότητα 30 κλινών. Η πρώιμη λειτουργική περίοδος του ιδρύματος χαρακτηρίζεται από την καίρια συμβολή διεθνών ανθρωπιστικών παραγόντων, όπως καταδεικνύεται από τη στελέχωσή του από προσωπικό του Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού. Η χωρική του εγκατάσταση διήλθε διαδοχικές φάσεις προσαρμογής: από την αρχική στέγαση σε ιδιωτικές κατοικίες, στην απόκτηση ιδιόκτητων εγκαταστάσεων μέσω δωρεάς (έως το 1982), και ακολούθως στη μεταστέγαση σε μετασκευασμένη ξενοδοχειακή μονάδα (1983) (ΓΝΣ, 2025).

Το φθινόπωρο του 1994 σηματοδότησε την έναρξη μιας νέας εποχής για το ίδρυμα, με τη μετεγκατάστασή του σε σύγχρονες ιδιόκτητες εγκαταστάσεις στην περιοχή Ξεροκαμάρες Σητείας. Το νέο συγκρότημα, συνολικής επιφάνειας 7.500 τ.μ.,

υλοποιήθηκε μέσω χρηματοδότησης από το Μεσογειακό Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Κρήτης της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, με προϋπολογισμό 2 δισεκατομμυρίων δραχμών. Η σύγχρονη θεσμική υπόσταση του νοσοκομείου, όπως προσδιορίζεται από το ΦΕΚ Β/1679/16-05-2012, προβλέπει δυναμικότητα 75 οργανικών και ανεπτυγμένων κλινών. Η διοικητική του διάρθρωση χαρακτηρίζεται από την ένταξή του ως Αποκεντρωμένης Οργανικής Μονάδας στο ευρύτερο σχήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λασιθίου-Γ.Ν.-Κ.Υ. Νεαπόλεως "Διαλυνάκειο", αντανακλώντας τις σύγχρονες τάσεις συγκέντρωσης και ορθολογικής διαχείρισης των υγειονομικών πόρων. Ο εκσυγχρονισμός των υποδομών του ιδρύματος, με την ενσωμάτωση προηγμένου επιστημονικού, μηχανολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, υποδηλώνει τη μετάβαση από την πρωταρχική του λειτουργία ως μονάδας επείγουσας μεταπολεμικής περίθαλψης σε σύγχρονο περιφερειακό κέντρο παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας (ΓΝΣ, 2025).

2.8 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης "Διαλυνάκειο" παρουσιάζει μια ιδιαίτερη θεσμική εξέλιξη που αντικατοπτρίζει τις κοινωνικοπολιτικές μεταβολές της μεταπολεμικής περιόδου στην Ελλάδα. Η ίδρυσή του τον Οκτώβριο του 1944 ως Δημοτικό Νοσοκομείο, με πρωταρχικό σκοπό την περίθαλψη των οικονομικά αδύναμων πληθυσμών, σηματοδότησε την έναρξη μιας διαχρονικής πορείας θεσμικού μετασχηματισμού. Η αρχική εγκατάσταση του ιδρύματος σε υποδομές που είχαν ανεγερθεί από τις δυνάμεις κατοχής για καταναγκαστική εργασία υποδηλώνει την πρακτική αξιοποίησης προϋφιστάμενων δομών για την κάλυψη επειγουσών υγειονομικών αναγκών. Η διοικητική του συγκρότηση χαρακτηρίστηκε από την εφαρμογή ενός πρωτοποριακού μοντέλου συλλογικής διοίκησης, με τη σύσταση Εφορείας Νοσοκομείου που ενσωμάτωνε εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, του ιατρικού σώματος και της δικαστικής εξουσίας (ΓΝΝ, 2025).

Η μετονομασία του σε "Διαλυνάκειο Δημοτικό Νοσοκομείο Νεαπόλεως" (Β.Δ. 131/ΦΕΚ33/Α/27-2-1965) αντανακλά τη σημασία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην ανάπτυξη των περιφερειακών υγειονομικών δομών, τιμώντας τη συνεισφορά του Γεωργίου Διαλυνά. Η μετέπειτα υπαγωγή του στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 (Β.Δ. 481 ΦΕΚ 152/Α/4-9-1967) και η μετατροπή του σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου

Δικαίου σηματοδότησε τη μετάβαση από την τοπική στην κεντρική διοικητική εποπτεία. Η σύγχρονη οργανωτική δομή του ιδρύματος, με δυναμικότητα 25 οργανικών κλινών, διαρθρώνεται σε δύο κύριους τομείς: τον Παθολογικό, που περιλαμβάνει το Παθολογικό Τμήμα και το Τμήμα Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, και τον Εργαστηριακό, με Βιοπαθολογικό, Ακτινοδιαγνωστικό και Φαρμακευτικό Τμήμα. Η ενσωμάτωση της Κλινικής Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Υ.Α. Υ4α/οικ. 48335 ΦΕΚ 1682/Β/16-5-2012) υποδηλώνει την προσαρμογή στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής περίθαλψης. Το ενσωματωμένο Κέντρο Υγείας, με εκτεταμένο δίκτυο Περιφερειακών Ιατρείων (Βραχάσι, Ελούντα, Κριτσά, Λούμα, Φουρνή, Φυλακές και Χουμεριάκο), διασφαλίζει την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ευρύτερη περιοχή, συνδυάζοντας υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής (ΤΕΠ) με εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία (Γενικής Ιατρικής, Παθολογικό, Παιδιατρικό, Οδοντιατρικό) (ΓΝΝ, 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΛΙΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ,Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 4316/30.12.2016, συνιστά μια σημαντική θεσμική παρέμβαση στο πεδίο της διαχείρισης των χειρουργικών επεμβάσεων στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η εν λόγω ρύθμιση εδράζεται νομικά στο άρθρο 58 του ν.4368/2016 "Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 21/Α/2016) και στο άρθρο 7 του ν.3329/2005 "Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις" (ΦΕΚ 81/Α/2005). Η έκδοσή της πραγματοποιήθηκε κατόπιν γνωμοδότησης της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (08/2016 Γνωμοδότηση, Γ/ΕΞ/7073-1/22-11-2016), διασφαλίζοντας έτσι τη συμβατότητα των διατάξεών της με τις αρχές προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Η απόφαση ορίζει με σαφήνεια την έννοια της "Λίστας Χειρουργείου" ως τον κατάλογο στον οποίο απεικονίζεται η σειρά προτεραιότητας των προς εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων, εισάγοντας έτσι ένα τυποποιημένο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διαχείριση των χειρουργικών περιστατικών.

Από οργανωτικής πλευράς, η απόφαση θεσπίζει ένα ιεραρχικό διοικητικό σχήμα επίβλεψης και διαχείρισης της Λίστας Χειρουργείου με τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Ορίζεται ως υπεύθυνος παρακολούθησης και ελέγχου της διαδικασίας διαμόρφωσης της Λίστας ο Αναπληρωτής Διοικητής του νοσοκομείου ή, εν απουσία του, ο Διοικητής.
2. Προβλέπεται ο διορισμός τουλάχιστον ενός υπαλλήλου, κατά προτίμηση από το Τμήμα/Γραφείο Κίνησης ασθενών, ως υπευθύνου για τη σύνταξη της Λίστας.
3. Η Επιτροπή Χειρουργείου επιφορτίζεται με την ευθύνη τήρησης της Λίστας.

Αυτή η διοικητική διάρθρωση στοχεύει στην εγκαθίδρυση ενός συστήματος ελέγχου πολλαπλών επιπέδων, διασφαλίζοντας τη διαφάνεια και την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας προγραμματισμού των χειρουργικών επεμβάσεων (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Η απόφαση περιγράφει λεπτομερώς τη διαδικασία κατάρτισης της Λίστας Χειρουργείου, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

1. **Κλινική αξιολόγηση και κατηγοριοποίηση:** Ο χειρουργός, αξιολογώντας την κλινική κατάσταση του ασθενούς, κατατάσσει το περιστατικό σε μία από τις πέντε προκαθορισμένες κατηγορίες ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και συντάσσει τεκμηριωμένο σημείωμα, ανεξαρτήτως του πλαισίου (πρωινή ή ολοήμερη λειτουργία) στο οποίο πραγματοποιήθηκε η εξέταση.
2. **Επαναξιολόγηση περιστατικών:** Προβλέπεται η δυνατότητα επαναξιολόγησης και αναπροσαρμογής της κατάταξης ενός περιστατικού σε περίπτωση επιπλοκών που επιτάσσουν την επίσπευση ή την αναβολή της επέμβασης.
3. **Προγραμματισμός και ενημέρωση:** Ο υπεύθυνος υπάλληλος, λαμβάνοντας υπόψη την κατηγοριοποίηση του περιστατικού, την κατανομή των χειρουργικών τραπεζών και το πρόγραμμα των χειρουργών, ενημερώνει τον ασθενή για τις διαθέσιμες ημερομηνίες εντός του ενδεικνυόμενου χρονικού πλαισίου.
4. **Σύνταξη και ανάρτηση της Λίστας:** Η Λίστα συντάσσεται ξεχωριστά για κάθε κλινική ή τμήμα, εγκρίνεται από τον αρμόδιο διοικητικό παράγοντα και αναρτάται στον ιστότοπο του νοσοκομείου με εβδομαδιαία ανανέωση (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η κατηγοριοποίηση των χειρουργικών περιστατικών βάσει κλινικών κριτηρίων, η οποία καθορίζει και τον μέγιστο αποδεκτό χρόνο αναμονής για κάθε κατηγορία. Το σύστημα ταξινόμησης που εισάγεται περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες, οι οποίες διαμορφώνονται σύμφωνα με το σύστημα το οποίο απεικονίζεται στον Πίνακα 1. Αυτό το σύστημα χαρακτηρισμού της κλινικής προτεραιότητας των περιστατικών, αποτελεί τον πυρήνα της απόφασης, καθώς εισάγει αντικειμενικά κριτήρια για τον καθορισμό της σειράς προτεραιότητας των χειρουργικών επεμβάσεων, περιορίζοντας έτσι την πιθανότητα αυθαιρεσίας και ευνοϊκής μεταχείρισης των ασθενών (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Πίνακας 1: Σύστημα Ταξινόμησης Χειρουργικών Περιστατικών

Κατηγορία	Κλινικά Χαρακτηριστικά	Μέγιστος Χρόνος Αναμονής
1	Περιστατικά με γρήγορη εξέλιξη όπου η καθυστέρηση επηρεάζει το αποτέλεσμα	Έως 2 εβδομάδες
2	Περιστατικά με δυνητικά γρήγορη εξέλιξη όπου η καθυστέρηση ενδέχεται να επηρεάσει το αποτέλεσμα	3-6 εβδομάδες
3	Περιστατικά με έντονα συμπτώματα ή δυσλειτουργία, χωρίς γρήγορη εξέλιξη	7-12 εβδομάδες
4	Περιστατικά με ήπια/μέτρια συμπτώματα ή δυσλειτουργία, χωρίς γρήγορη εξέλιξη	12-24 εβδομάδες
5	Περιστατικά χωρίς συμπτώματα ή δυσλειτουργία, χωρίς γρήγορη εξέλιξη	24 εβδομάδες και άνω

Επιπλέον, η απόφαση προσδιορίζει με ακρίβεια τα στοιχεία που πρέπει να καταχωρούνται στη Λίστα, τα οποία είναι ο μοναδικός αριθμός του ασθενούς, ο τύπος του χειρουργείου, η κατηγορία του περιστατικού, η ημερομηνία κλινικής εκτίμησης και η προγραμματισμένη ημερομηνία της επέμβασης. Ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνεται για τη διαχείριση των επειγόντων περιστατικών, τα οποία εξαιρούνται από τη διαδικασία της λίστας, αλλά υπόκεινται σε διαφορετικό καθεστώς ελέγχου και διαφάνειας. Συγκεκριμένα, προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα περιστατικό ως επείγον, πρέπει να έχει εκτιμηθεί από χειρουργό που εφημερεύει, είτε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είτε στην κλινική όπου νοσηλεύεται ο ασθενής. Επιπρόσθετα, η Επιτροπή Χειρουργείου υποχρεούται να υποβάλλει καθημερινή αναφορά στον Διοικητή ή τον Αναπληρωτή Διοικητή σχετικά με τα επείγοντα χειρουργεία της προηγούμενης ημέρας ενώ σημαντικό είναι επίσης και το γεγονός ότι κάθε δεκαπενθήμερο αναρτάται στον ιστότοπο του νοσοκομείου πίνακας με τα διενεργηθέντα επείγοντα χειρουργεία, ο οποίος περιλαμβάνει το είδος της επέμβασης και την ημερομηνία διεξαγωγής της (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Η προαναφερθείσα υπουργική απόφαση εισάγει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο μηχανισμών ελέγχου και διαφάνειας με σκοπό τη διασφάλιση της ορθής εφαρμογής της Λίστας Χειρουργείου. Ειδικότερα, η απόφαση προβλέπει την ανάρτηση τόσο της Λίστας όσο και του πίνακα επειγόντων χειρουργείων στον επίσημο ιστότοπο του εκάστοτε νοσοκομείου, παρέχοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα δημόσιου ελέγχου και ενισχύοντας τη διαφάνεια των διαδικασιών. Η δημοσιοποίηση των εν λόγω

στοιχείων συμβάλλει καθοριστικά στην ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς το σύστημα υγείας και στην αποτροπή φαινομένων διακριτικής μεταχείρισης ή αυθαιρεσίας. Περαιτέρω, η απόφαση θεσπίζει μια σαφή διαδικασία καταγγελιών, δυνάμει της οποίας οι ασθενείς που εκτιμούν ότι υφίσταται παραβίαση της σειράς προτεραιότητας δύνανται να απευθύνουν καταγγελία στο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου. Η πρόβλεψη αυτή αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο ενίσχυσης της θέσης των ασθενών έναντι του συστήματος υγείας και προάγει την προστασία των δικαιωμάτων τους (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Αξιοσημείωτη είναι, επίσης, η καθιέρωση ενός τριμερούς συστήματος ελέγχου της εφαρμογής της Λίστας Χειρουργείου, το οποίο περιλαμβάνει τον υπεύθυνο υπάλληλο, την Επιτροπή Χειρουργείου και τη διοικητική ιεραρχία του νοσοκομείου. Η συγκρότηση αυτού του πολυεπίπεδου μηχανισμού ελέγχου αποσκοπεί στην εξασφάλιση της ορθής τήρησης των διαδικασιών και στην έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν παρεκκλίσεων ή παρατυπιών. Η συνέργεια των διαφορετικών επιπέδων ελέγχου συμβάλλει στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και στην αποτροπή φαινομένων παρέκκλισης από τις προβλεπόμενες διαδικασίες (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Η υπουργική απόφαση λαμβάνει μέριμνα για την ομαλή μετάβαση στο νέο σύστημα διαχείρισης των χειρουργικών περιστατικών, περιλαμβάνοντας μεταβατικές διατάξεις για τη σταδιακή ενσωμάτωση των προγραμματισμένων επεμβάσεων που εκκρεμούν κατά τον χρόνο έναρξης εφαρμογής της. Η πρόνοια αυτή αποβλέπει στην αποφυγή διαταραχών στη λειτουργία των χειρουργικών τμημάτων και στη διασφάλιση της συνέχειας της παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, η απόφαση θέτει ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα τριών μηνών για την υλοποίηση των προβλεπόμενων διατάξεων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Ο καθορισμός αυτού του χρονικού πλαισίου αποσκοπεί στην επίσπευση της εφαρμογής του νέου συστήματος και στην αποτροπή καθυστερήσεων ή παρελκυστικών τακτικών από πλευράς των διοικήσεων των νοσοκομείων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η πρόβλεψη για συνεχή βελτίωση των διαδικασιών κατάρτισης της Λίστας Χειρουργείου, η οποία υποδηλώνει την υιοθέτηση μιας δυναμικής προσέγγισης που επιτρέπει την προσαρμογή του συστήματος στις αναδυόμενες ανάγκες και προκλήσεις. Η διάσταση αυτή της απόφασης αναγνωρίζει την αναγκαιότητα διαρκούς αξιολόγησης και επικαιροποίησης των διαδικασιών,

προκειμένου να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η λειτουργικότητα του συστήματος υπό το πρίσμα των εξελισσόμενων συνθηκών στον τομέα της δημόσιας υγείας (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Η θεσμοθέτηση της Λίστας Χειρουργείου με την παρούσα υπουργική απόφαση αναμένεται να επιφέρει ουσιώδεις αλλαγές στη διαχείριση των χειρουργικών περιστατικών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η εισαγωγή ενός ενιαίου συστήματος διαχείρισης των χειρουργικών περιστατικών σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ συμβάλλει στην τυποποίηση των διαδικασιών και στον περιορισμό των αποκλίσεων και των ιδιαιτεροτήτων που παρατηρούνταν στο παρελθόν. Η ομοιογένεια αυτών των διαδικασιών αναμένεται να οδηγήσει σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας των χειρουργικών τμημάτων και σε ενίσχυση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Περαιτέρω, η υιοθέτηση ενός συστήματος το οποίο προσδίδει προτεραιότητες αλλά βασίζεται αποκλειστικά σε κλινικά κριτήρια περιορίζει τη δυνατότητα παρέκκλισης από την ενδεδειγμένη σειρά προτεραιότητας και συμβάλλει στην εξάλειψη φαινομένων αυθαιρεσίας ή διακριτικής μεταχείρισης. Η εισαγωγή αντικειμενικότητας στα κριτήρια της προτεραιότητας, ενισχύει την αξιοπιστία του συστήματος και προάγει την εμπιστοσύνη των πολιτών προς αυτό (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Σημαντικό γεγονός είναι επίσης και η δημοσιοποίηση της Λίστας Χειρουργείου και η θέσπιση μηχανισμών ελέγχου ενισχύουν τη διαφάνεια και τη λογοδοσία κατά τον προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων. Η ενίσχυση αυτών των διαστάσεων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτροπή φαινομένων διαφθοράς ή αδιαφάνειας και για την οικοδόμηση ενός συστήματος που χαρακτηρίζεται από εντιμότητα και αξιοπιστία. Τέλος, η δυνατότητα υποβολής καταγγελιών παρέχει στους ασθενείς ένα μέσο προστασίας των δικαιωμάτων τους σε περίπτωση παραβίασης της σειράς προτεραιότητας. Η διάσταση αυτή της απόφασης αναγνωρίζει την κεντρική θέση την οποία κατέχουν οι ασθενείς στο σύστημα υγείας και τον ενεργό ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν στη διασφάλιση της ορθής λειτουργίας του (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136, 2016).

Συμπερασματικά, η Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136 για την κατάρτιση, οργάνωση και λειτουργία της Λίστας Χειρουργείου συνιστά μια σημαντική μεταρρυθμιστική παρέμβαση στο πεδίο της διαχείρισης των χειρουργικών

περιστατικών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Εισάγοντας αντικειμενικά κλινικά κριτήρια προτεραιοποίησης, μηχανισμούς διαφάνειας και ελέγχου, καθώς και διαδικασίες προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η απόφαση αποσκοπεί στην εξάλειψη φαινομένων αυθαιρεσίας και διακριτικής μεταχείρισης κατά τον προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων. Η αποτελεσματικότητα της εν λόγω παρέμβασης εξαρτάται σε καθοριστικό βαθμό από την ορθή εφαρμογή των προβλεπόμενων διατάξεων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων και από τον βαθμό συμμόρφωσης του ιατρικού προσωπικού με τις νέες διαδικασίες. Η σύσταση μηχανισμών ελέγχου και η πρόβλεψη κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασης των διατάξεων αποτελούν σημαντικά εργαλεία για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης των εμπλεκόμενων μερών. Η πρόβλεψη για συνεχή βελτίωση των διαδικασιών αποτελεί μια θετική προοπτική, καθώς επιτρέπει την προσαρμογή του συστήματος στις αναδυόμενες προκλήσεις και ανάγκες. Η δυναμική αυτή διάσταση της απόφασης αναγνωρίζει τον εξελισσόμενο χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την αναγκαιότητα διαρκούς επαναξιολόγησης και επικαιροποίησης των διαδικασιών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων από τη λίστα χειρουργείου των νοσοκομείων της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Συγκεκριμένα, αντλήθηκαν στοιχεία από τη δημόσια διαθέσιμη λίστα χειρουργείου στην ιστοσελίδα κάθε νοσοκομείου της Κρήτης (ΠΑΓΝΗ, Βενιζέλειο-Πανάνειο, ΓΝ Ρεθύμνου, ΓΝ Χανίων, ΓΝ Αγίου Νικολάου, ΓΝ-ΚΥ Ιεράπετρας, ΓΝ-ΚΥ Σητείας και ΓΝ-ΚΥ Νεαπόλεως), όπως αυτές ήταν αναρτημένες στις επίσημες ιστοσελίδες τους στις 20/2/2025. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή περιγραφικής στατιστικής μεθοδολογίας, εξετάζοντας τη συχνότητα και την κατανομή των χειρουργικών επεμβάσεων ανά κλινική ειδικότητα, κατηγορία προτεραιότητας (2, 6, 12, 24 και 52 εβδομάδες) και απαίτηση αναισθησιολογικής κάλυψης. Όλα τα δεδομένα καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν με τη χρήση του λογισμικού Microsoft Excel 2023, διασφαλίζοντας την ανωνυμία των ασθενών σύμφωνα με τις προβλέψεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και της γνωμοδότησης 08/2016 της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Λίστες Χειρουργείου ΠΑΓΝΗ

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη περιγραφική στατιστική ανάλυση της λίστας χειρουργείου στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), τριτοβάθμιο υγειονομικό φορέα της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Η εξέταση των δεδομένων αυτών εξυπηρετεί, την αποσαφήνιση της τυπολογικής κατανομής των χειρουργικών επεμβάσεων μεταξύ διαφόρων κλινικών ειδικοτήτων, τον εντοπισμό προτύπων στις κατηγορίες προτεραιότητας και, τον προσδιορισμό της συχνότητας περιστατικών που απαιτούν εξειδικευμένες συνθήκες. Το σύνολο των δεδομένων περιλαμβάνει πολλαπλά χειρουργικά τμήματα, με διαστρωμάτωση σύμφωνα με την απαίτηση αναισθησιολόγου—μια θεμελιώδη παράμετρο που επηρεάζει σημαντικά τόσο τον σχεδιασμό όσο και την κατανομή πόρων στις κλινικές. Η μεθοδολογία που εφαρμόζεται στο παρόν ακολουθεί καθιερωμένες αρχές περιγραφικής στατιστικής που ακολουθούνται στην επιδημιολογία.

4.1.1 Θωρακοχειρουργική Κλινική
Περιστατικά με Αναισθησιολόγο

Η εξέταση της λίστας αναμονής της Θωρακοχειρουργικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου αποκαλύπτει ένα σύνολο 71 περιστατικών **(n)**. Η κατηγορική κατανομή καταδεικνύει μια επικράτηση ταξινομήσεων χαμηλότερου επείγοντος, με την Κατηγορία 2 να αντιπροσωπεύει το 38,0% (n=27) και την Κατηγορία 6 να περιλαμβάνει το 33,8% (n=24) των περιστατικών. Τα υπόλοιπα περιστατικά κατανέμονται μεταξύ της Κατηγορίας 12 (16,9%, n=12), της Κατηγορίας 24 (9,9%, n=7) και της Κατηγορίας 52 (1,4%, n=1). Η ανάλυση των χειρουργικών επεμβάσεων αποκαλύπτει ένα ποικίλο φάσμα θωρακικών διαδικασιών, με την πλευροδεσία (14,1%, n=10), τις θωρακοσκοπικές σφηνοειδείς εκτομές σε διάφορες μορφές (19,7%, n=14), τις θωρακοσκοπικές βιοψίες (7,0%, n=5) και διάφορους τύπους λοβεκτομών (15,5%, n=11) να αποτελούν τις κυρίαρχες διαδικασίες. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 9,9% (n=7) των περιστατικών χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες, γεγονός που συνεπάγεται την ανάγκη για μονάδα εντατικής θεραπείας, εξειδικευμένα χειρουργικά υλικά ή/και εξειδικευμένο προσωπικό. Αυτό το υποσύνολο περιλαμβάνει διαφορετικές διαδικασίες όπως αριστερή θωρακοσκοπική/ανοικτή σφηνοειδή εκτομή, δημιουργία

παραθύρου περικαρδίου, πλευροδεσία, πτύχωση διαφράγματος και έκπλυση μεσοθωρακίου.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολόγο

Αντιθέτως, το σύνολο δεδομένων για θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις χωρίς αναισθησιολόγο είναι σημαντικά μικρότερο, αποτελούμενο από μόλις 4 περιστατικά. Η κατανομή κατηγοριών αποκαλύπτει υψηλότερο ποσοστό στην Κατηγορία 5 (50%), ακολουθούμενο από τις Κατηγορίες 2 και 12 (25% έκαστη). Το περιορισμένο μέγεθος δείγματος αποκλείει οριστικά συμπεράσματα σχετικά με το πρότυπο κατανομής. Μεταξύ των τεσσάρων εγγραφών, μόνο δύο προσδιορίζουν τον ακριβή τύπο επέμβασης: απλή παροχέτευση θώρακος και θωρακοσκοπική βιοψία. Ένας σημαντικός περιορισμός στην ανάλυση προκύπτει από την απουσία προσδιορισμού της διαδικασίας για τις υπόλοιπες επεμβάσεις.

4.1.2 Αγγειοχειρουργική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής της Αγγειοχειρουργικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 681 περιστατικά. Η κατανομή των κατηγοριών των επεμβάσεων δείχνει μεγαλύτερα ποσοστά στην Κατηγορίας 52 (94,42%, n=643), με σημαντικά χαμηλότερη εκπροσώπηση των Κατηγοριών 2 (3,52%, n=24), 12 (1,17%, n=8), 6 (0,44%, n=3) και 24 (0,44%, n=3). Σε σχέση με τους τύπους των επεμβάσεων, παρατηρούνται αυτές που σχετίζονται με τη φλεβική παθολογία, ιδιαίτερα εκείνες που αφορούν τη σαφηνή φλέβα. Συγκεκριμένα, η απολίνωση μείζονος σαφηνούς φλέβας αντιπροσωπεύει το 44,49% (n=303), η σαφηνεκτομή σε διάφορες μορφές το 13,22% (n=90) και η απολίνωση ελάσσονος σαφηνούς φλέβας το 0,29% (n=2). Οι διαδικασίες κιρσών συλλογικά αντιπροσωπεύουν περίπου το 19,54% των περιστατικών. Οι τεχνικές θερμικής σύγκλεισης αντιπροσωπεύουν ένα μικρότερο αλλά σημαντικό ποσοστό, συνιστώντας περίπου το 4,11% των επεμβάσεων. Οι διαδικασίες αρτηριακού δικτύου, συμπεριλαμβανομένων των επεμβάσεων ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, EVAR (Endovascular Aneurysm Repair), ακρωτηριασμών άκρων, καρωτιδικής

ενδαρτηρεκτομής και διαφόρων παρακαμπτήριων διαδικασιών, συλλογικά συνιστούν περίπου το 3,22% των περιπτώσεων. Ειδικές απαιτήσεις σημειώνονται στο 11,75% (n=80) των περιστατικών, κυρίως σε σχέση με χειρουργικές επεμβάσεις κιρσών (περίπου 60% των περιστατικών με ειδικές απαιτήσεις) και επεμβάσεις σαφηνούς φλέβας (περίπου 21,25% των περιστατικών με ειδικές απαιτήσεις).

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής αγγειοχειρουργικής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 108 περιστατικά. Η κατανομή των χειρουργείων είναι και σε αυτή την περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό στην Κατηγορία 5 (80,56%, n=87), αν και σε χαμηλότερο ποσοστό από τη λίστα όπου απαιτείται αναισθησιολόγος. Τα υπόλοιπα περιστατικά κατανέμονται μεταξύ των Κατηγοριών 2 (12,04%, n=13), 6 (2,78%, n=3), 24 (2,78%, n=3) και 12 (1,85%, n=2). Και στις περιπτώσεις επεμβάσεων που δεν απαιτείται αναισθησιολόγος, οι επεμβάσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά είναι οι επεμβάσεις σαφηνούς φλέβας (41,66%, n=45), διαδικασίες κιρσών (47,23%, n=51) και τεχνικές θερμικής σύγκλεισης (6,48%, n=7) να αποτελούν την πλειοψηφία των περιστατικών. Ένα χαρακτηριστικό αυτής της λίστας είναι η συμπερίληψη παρεμβάσεων αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας για αιμοδιάλυση (8,34%, n=9). Το ποσοστό των περιστατικών που χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες είναι σημαντικά υψηλότερο (22,22%, n=24) συγκριτικά με τη λίστα όπου απαιτείται αναισθησιολόγος (11,75%). Μεταξύ αυτών των περιστατικών με ειδικές απαιτήσεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις κιρσών είναι κυρίαρχες (91,67%, n=22).

4.1.3 Νευροχειρουργική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής της Νευροχειρουργικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 302 περιστατικά. Μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στην Κατηγορία 2 (73,51%, n=222), με μικρότερη εκπροσώπηση στις Κατηγορίες 6 (10,26%, n=31), 52 (9,60%, n=29), 24 (3,97%, n=12) και 12 (2,65%, n=8). Σε σχέση με τον τύπο επέμβασης, επικρατούν οι επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης (63,9%, n=193), συμπεριλαμβανομένων δισκεκτομών (27,81%, n=84), αποσυμπιέσεων (23,84%, n=72), πεταλεκτομών(9,60%,n=29) και διαδικασιών σπονδυλοδεσίας/σταθεροποίησης

(2,65%,n=8).Οι ενδοκρανιακές επεμβάσεις συνιστούν ένα μικρότερο ποσοστό (12,91%, n=39), συμπεριλαμβανομένων κρανιοτομών για αφαίρεση μάζας/όγκου, κρανιοπλαστικών/μηνιγγοπλαστικών, τοποθέτησης βαλβίδων υδροκεφάλου, βιοψιών εγκεφάλου και κρανιοανατρήσεων. Ειδικές απαιτήσεις σημειώνονται στο 9,93% (n=30) των περιστατικών, κυρίως σε σχέση με κρανιοτομές για αφαίρεση μάζας/όγκου (33,33% των περιστατικών με ειδικές απαιτήσεις) και αποσυμπιέσεις πολλαπλών επιπέδων (20,00% των περιστατικών με ειδικές απαιτήσεις).

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολόγο

Η νευροχειρουργική λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει μόλις 11 περιστατικά. Και σε αυτή την περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό είναι επεμβάσεις Κατηγορίας 2 (72,73%, n=8), ακολουθούμενο από τις Κατηγορίες 6 (18,18%, n=2) και 5 (9,09%, n=1). Το φάσμα διαδικασιών περιλαμβάνει σπονδυλικές παρεμβάσεις (δισκεκτομές, αποσυμπίεση, περιριζιτική έγχυση), επεμβάσεις περιφερικού νευρικού συστήματος (διάνοιξη εγκάρσιου συνδέσμου, διάνοιξη καρπιαίου σωλήνα) και παρεμβάσεις σε προϋπάρχοντα εμφυτεύματα (τοποθέτηση κοιλιοστομίας, αφαίρεση Ommaya, αφαίρεση περιφερικού τμήματος κοιλιοπεριτοναϊκής βαλβίδας). Μόνο ένα περιστατικό (9,09%) χαρακτηρίζεται ως απαιτούσα ειδικές συνθήκες, αξιοσημείωτα ένα περιστατικό χωρίς προσδιορισμό διαδικασίας.

4.1.4 Γενική Χειρουργική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής της Γενικής Χειρουργικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει συνολικά 236 περιστατικά. Η Κατηγορία 1 (29,24%, n=69)είναι ελαφρώς κυρίαρχη, ακολουθούμενη από την Κατηγορία 5 (27,97%, n=66), την Κατηγορία 6 (17,80%, n=42), την Κατηγορία 4 (13,98%, n=33) και την Κατηγορία 2 (11,02%, n=26). Μεγαλύτερο ποσοστό επεμβάσεων είναι αυτό των χολοκυστεκτομών (38,56%, n=91), ιδιαίτερα λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής (37,29%, n=88). Οι επεμβάσεις αποκατάστασης κήλης συλλογικά συνιστούν ένα σημαντικό ποσοστό

(41,54%, n=98), συμπεριλαμβανομένης της πλαστικής βουβωνοκήλης (15,25%, n=36), της πλαστικής ομφαλοκήλης (8,47%, n=20) και της πλαστικής μετεγχειρητικής κήλης (6,78%, n=16). Οι επεμβάσεις παχέος εντέρου και πρωκτού αντιπροσωπεύουν περίπου το 12,71% (n=30) των επεμβάσεων.

Μόνο το 1,27% (n=3) των περιστατικών χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες, ένα αξιοσημείωτα χαμηλό ποσοστό συγκριτικά με άλλες χειρουργικές ειδικότητες.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής γενικής χειρουργικής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει συνολικά 70 περιστατικά. Οι περισσότερες ανήκουν στην Κατηγορία 5 (44,29%, n=31), ακολουθούμενη από τις Κατηγορίες 6 (28,57%, n=20), 12 (20,00%, n=14), 2 (5,71%, n=4) και 24 (1,43%, n=1). Οι περισσότερες επεμβάσεις είναι αποκατάστασης κήλης να συνιστούν το 87,14% των περιστατικών (n=61), ιδιαίτερα την πλαστική βουβωνοκήλης (42,86%, n=30) και την πλαστική ομφαλοκήλης (15,71%, n=11). Οι παρεμβάσεις αφαίρεσης ιστικών σχηματισμών αντιπροσωπεύουν περίπου το 12,86% των περιστατικών (n=9). Μόνο το 1,43% (n=1) των περιστατικών χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες, σύμφωνο με τη λίστα όπου απαιτείται αναισθησιολόγος.

4.1.5 Χειρουργική Παίδων

Η λίστα αναμονής της Χειρουργικής Παίδων περιλαμβάνει 57 περιστατικά, εκ των οποίων όλες απαιτούν αναισθησιολογική υποστήριξη. Σε σχέση με τις κατηγορίες, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι επεμβάσεις Κατηγορίας 6 (45,61%, n=26), ακολουθούμενη από τις Κατηγορίες 52 (21,05%, n=12), 2 (17,54%, n=10), 12 (12,28%, n=7) και 24 (3,51%, n=2). Σε σχέση με τον τύπο της επέμβασης, οι περισσότερες επεμβάσεις είναι αυτές της βουβωνοκήλης (22,81%, n=13) και διαδικασίες ορχικής παθολογίας (21,05%, n=12), ιδιαίτερα κρυψορχία (12,28%, n=7). Άλλες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν περιτομή (5,26%, n=3), διαδικασίες υδροκήλης (3,51%, n=2) και

αφαίρεση κυστικών σχηματισμών (5,26%, n=3). Μόνο το 1,75% (n=1) των περιστατικών χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες, ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό συνεπές με το πρότυπο που παρατηρείται στη Γενική Χειρουργική Κλινική.

4.1.6 Χειρουργική Ογκολογία

Περιστατικά με Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής της Χειρουργικής Ογκολογίας με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει ένα σύνολο 342 επεμβάσεων. Οι περισσότερες επεμβάσεις είναι Κατηγορίας 12 (31,0%, n=106), ακολουθούμενη από τις Κατηγορίες 6 (26,9%, n=92), 52 (24,3%, n=83), 24 (12,6%, n=43) και 2 (5,3%, n=18). Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει επικράτηση γαστρεντερικών επεμβάσεων, ιδιαίτερα λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής (22,2%, n=76) και αποκατάστασης κήλης (15,8%, n=54). Οι επεμβάσεις σχετικές με το μαστό συνιστούν ένα σημαντικό ποσοστό των υπολοίπων περιστατικών.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολόγο

Η λίστα αναμονής χειρουργικής ογκολογίας χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει συνολικά 35 περιστατικά. Οι περισσότερες από αυτές είναι Κατηγορίας 6 (40,0%, n=14), ακολουθούμενη από τις Κατηγορίες 2, 12 και 52 (έκαστη με 17,1%-20,0%, n=6-7) και την Κατηγορία 24 (2,9%, n=1). Το φάσμα διαδικασιών είναι συγκεντρωμένο σε εκτομή κύστεως κόκκυγος (34,3%, n=12), αφαίρεση επιπολής όγκων (20,0%, n=7), αποκατάσταση κήλης (11,4%, n=4) και λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (11,4%, n=4).

4.1.7 Άλλες Χειρουργικές Ειδικότητες

4.1.7.1 Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική

Η λίστα αναμονής της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 62 επεμβάσεις, με την Κατηγορία 12 να αποτελεί το

μεγαλύτερο ποσοστό (35,5%, n=22). Σε σχέση με τις κατηγορίες των σε χειρουργική αφαίρεση εγκλείστων γομφίων (40%, n=25), αφαίρεση κύστεων (10%, n=6) και γναθοπροσωπικές επεμβάσεις (11%, n=7). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει μόλις 3 περιπτώσεις, κυρίως στην Κατηγορία 5 (66,7%, n=2), με τη χειρουργική αφαίρεση εγκλείστων γομφίων να αποτελεί την πλειοψηφία των διαδικασιών (66,7%, n=2).

4.1.7.2 Ορθοπαιδική Τραυματιολογία και Μικροχειρουργική Σπονδυλικής Στήριξης

Η λίστα αναμονής της Ορθοπαιδικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 263 περιστατικά, με τις περισσότερες από αυτές να ανήκουν στην Κατηγορία 12. Οι περισσότερες είναι επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής (ισχίου, γόνατος, ώμου), πλαστική χιαστών συνδέσμων, ρήξη προσθίου χιαστού, αρθροσκόπηση και εσωτερική οστεοσύνθεση. Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 10 περιστατικά, κατανεμημένες μεταξύ των Κατηγοριών 52, 6, 12 και 22, με επεμβάσεις που περιλαμβάνουν ολική αρθροπλαστική, αρθροσκοπική χειρουργική και οστεοσύνθεση-τενοντόλυση.

4.1.7.3 Μαιευτική-Γυναικολογία

Η λίστα αναμονής της Μαιευτικής-Γυναικολογίας με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 210 συνολικά περιστατικά, με την Κατηγορία 6 να είναι κυρίαρχη. Οι περισσότερες επεμβάσεις ανήκουν στην κατηγορία της διαγνωστικής απόξεσης (25-30 περιπτώσεις), ολική υστερεκτομή με ή χωρίς εξαρτήματα (15-20 περιστατικά) και εκτομή εξαρτήματος (10-15 περιπτώσεις). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει μόλις 3 περιστατικά, κατανεμημένες μεταξύ των Κατηγοριών 52 (n=1) και 24 (n=2), με επεμβάσεις που περιλαμβάνουν διαγνωστική απόξεση, εκτομή εξαρτήματος και εκτομή τραχήλου.

4.1.7.4 Ουρολογική Κλινική

Η λίστα αναμονής της Ουρολογικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 292 περιστατικά, με επικράτηση της Κατηγορίας 12. Οι περισσότερες

επεμβάσεις ανήκουν στην κατηγορία της διουρηθρικής προστατοαδενεκτομής (40-50 περιστατικά), TURIS (Transurethral Resection in Saline, 30-40 περιστατικά) και ενδοσκοπική αφαίρεση λίθου (20-25 περιπτώσεις). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 10 περιστατικά, με επεμβάσεις που περιλαμβάνουν τοποθέτηση ή αφαίρεση pig-tail (5 περιστατικά), περιτομή (2 περιπτώσεις) και URS (1 περιστατικό).

4.1.7.5 Ωτορινολαρυγγολογία

Η λίστα αναμονής της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 681 περιστατικά, με επικράτηση της Κατηγορίας 12. Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει συγκέντρωση σε αμυγδαλεκτομή (100-150 περιπτώσεις), ολική θυρεοειδεκτομή (30-40 περιπτώσεις) και πλαστική ρινικού διαφράγματος (20-30 περιπτώσεις). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 38 περιστατικά, με επεμβάσεις που περιλαμβάνουν διάφορους τύπους βιοψιών, αφαίρεση σχηματισμών και αδένων, και παρακεντήσεις.

4.1.7.6 Οφθαλμολογία

Η λίστα αναμονής της Οφθαλμολογικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 152 περιστατικά, μοι περισσότερες εκ των οποίων ανήκουν στην Κατηγορία 5. Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει συγκέντρωση σε δακρυοκυστορινοστομία (περίπου 40 περιστατικά) και βιοψία βλεφάρου (περίπου 10 περιστατικά). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 862 περιστατικά, με επικράτηση της Κατηγορίας 52. Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει συντριπτική συγκέντρωση σε φακοθρυψία (400-450 περιστατικά), βλεφαροπλαστική (30-40 περιστατικά) και διαμπερή κερατοπλαστική (20-25 περιστατικά).

4.1.7.7 Οδοντιατρική

Η λίστα αναμονής της Οδοντιατρικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 71 περιστατικά, με επικράτηση της Κατηγορίας 12. Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει συγκέντρωση σε οδοντοθεραπείες (40-45 περιστατικά) και εξαγωγές δοντιών (15-20 περιστατικά). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 41 περιστατικά, αποτελούμενη αποκλειστικά από

εξαγωγές δοντιών, κατανεμημένες μεταξύ των Κατηγοριών 24 (15-16 περιστατικά), 12 (6-7 περιστατικά), 6 (6-7 περιστατικά) και 2 (4-5 περιστατικά).

4.1.7.8 Πλαστική Χειρουργική

Η λίστα αναμονής της Πλαστικής Χειρουργικής με απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 269 επεμβάσεις οι περισσότερες εκ των οποίων ανήκουν στην Κατηγορίας 52. Σε σχέση με τον τύπο της επέμβασης, οι περισσότερες εξ αυτών ήταν επεμβάσεις μαστών (80-100 περιστατικά), κοιλιοπλαστική (50-60 περιστατικά) και εκτομές και πλαστικές αποκαταστάσεις (40-50 περιστατικά). Η λίστα αναμονής χωρίς απαίτηση αναισθησιολόγου περιλαμβάνει 143 περιστατικά, με σχετικά ισορροπημένη κατανομή μεταξύ κατηγοριών. Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει συγκέντρωση σε εκτομές και πλαστικές αποκαταστάσεις (40-50 περιστατικά), βλεφαροπλαστική (20-25 περιστατικά) και επεμβάσεις καρκινικών βλαβών (15-20 περιστατικά).

4.1.7.9 Καρδιολογία

Η λίστα αναμονής της Καρδιολογικής Κλινικής περιλαμβάνει 67 περιστατικά, εκ των οποίων όλες απαιτούσαν αναισθησιολογική υποστήριξη ενώ όλες ήταν αποκλειστικά κατηγοριοποιημένες ως Κατηγορία 6. Η τυπολογική ανάλυση αποκαλύπτει απόλυτη συγκέντρωση σε TAVI (Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικής Βαλβίδας, 100% των περιστατικών). Αξιοσημείωτα, όλα τα περιστατικά χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες, γεγονός που συνεπάγεται την ανάγκη για μονάδα εντατικής θεραπείας, εξειδικευμένα χειρουργικά υλικά και εξειδικευμένο προσωπικό.

4.2 Λίστες Χειρουργείου Ηρακλείου – Βενιζέλειου Πανάνειου

4.2.1 Νευροχειρουργική Κλινική
Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η ανάλυση του καταλόγου αναμονής της Νευροχειρουργικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης καταδεικνύει συνολικά 113 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας παρουσιάζει ανομοιογένεια, με την Κατηγορία 12 να κυριαρχεί (38,1%, n=43), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 2 (31,0%, n=35), την Κατηγορία 6 (14,2%, n=16), την Κατηγορία 5 (8,8%, n=10) και την Κατηγορία 24 (7,9%, n=9). Η τυπολογική διάρθρωση των επεμβάσεων αποκαλύπτει σαφή επικράτηση των σπονδυλοδεσιών άνω των δύο επιπέδων (38,1%, n=43), που αποτελούν την πλέον συχνή επέμβαση στον κατάλογο. Ακολουθούν οι οσφυϊκές πεταλεκτομές με σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό (10,6%, n=12) και οι αυχενικές πεταλεκτομές (2,7%, n=3). Οι επεμβάσεις ενδοκρανιακής προσπέλασης, όπως κρανιοτομίες (1,8%, n=2) και αφαιρέσεις όγκων εγκεφάλου (0,9%, n=1), παρουσιάζουν σημαντικά μικρότερη συχνότητα. Δύο περιπτώσεις (1,8%) χαρακτηρίζονται ως απαιτούσες ειδικές συνθήκες, ενώ 8 εγγραφές (7,1%) δεν περιλαμβάνουν προσδιορισμό του είδους επέμβασης.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος των νευροχειρουργικών περιστατικών χωρίς απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης είναι σημαντικά περιορισμένος, συμπεριλαμβάνοντας 8 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας υποδεικνύει προεξάρχουσα την Κατηγορία 5 (50,0%, n=4), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 2 (25,0%, n=2) και την Κατηγορία 24 (12,5%, n=1), με μία περίπτωση απροσδιόριστης κατηγορίας**.** Οι επεμβάσεις Κατηγορίας 52 συμπεριλαμβάνουν τοποθετήσεις εξωτερικής παροχέτευσης εγκεφαλονωτιαίου υγρού, εκκενωτικές παρακεντήσεις, οσφυϊκές και αυχενικές πεταλεκτομές. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις κατανέμονται μεταξύ σπονδυλοδεσίας άνω των δύο επιπέδων (Κατηγορία 24), συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα και αποσυμπίεσης νεύρου (αμφότερες Κατηγορίας 2). Κανένα από τα περιστατικά αυτά δεν φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

4.2.3 Γναθοπροσωπική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος αναμονής της Γναθοπροσωπικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά περιορισμένο πλήθος περιστατικών, συνολικά 4. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας καταδεικνύει επικράτηση της Κατηγορίας 52 (50,0%, n=2), με τις Κατηγορίες 2 και 12 να ακολουθούν (έκαστη 25,0%, n=1). Οι επεμβάσεις Κατηγορίας 52 συμπεριλαμβάνουν οστεοτομίες άνω και κάτω γνάθου και αφαίρεση λίθου από τον πόρο του Stensen. Οι επεμβάσεις χαμηλότερης κατηγορίας περιλαμβάνουν επιπολής παρωτιδεκτομή (Κατηγορία 12) και μία μη προσδιορισμένη επέμβαση (Κατηγορία 2). Καμία από τις περιπτώσεις δεν φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ομοίως, ο κατάλογος των γναθοπροσωπικών περιπτώσεων χωρίς απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης περιλαμβάνει επίσης 4 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας υποδεικνύει προεξάρχουσα την Κατηγορία 5 (50,0%, n=2), ακολουθούμενη από τις Κατηγορίες 24 και 6 (έκαστη 25,0%, n=1). Οι επεμβάσεις Κατηγορίας 52 συμπεριλαμβάνουν κανθοπλαστική και μία μη προσδιορισμένη επέμβαση. Οι υπόλοιπες επεμβάσεις αφορούν αφαίρεση υπογνάθιου σιελογόνου (Κατηγορία 24) και εκτομή υπογλώσσιου αδένα (Κατηγορία 6). Επίσης, κανένα από αυτά τα περιστατικά αυτές δεν φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

4.2.4 Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Οι επεμβάσεις με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης καταδεικνύει συνολικά 110 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας εμφανίζει επικράτηση της Κατηγορίας 12 (37,3%, n=41), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 5 (15,5%, n=17), την Κατηγορία 24 (13,6%, n=15), την Κατηγορία 6 (12,7%, n=14) και την Κατηγορία 2 (6,4%, n=7), με τα υπόλοιπα περιστατικά (14,5%, n=16) να

παραμένουν απροσδιόριστες ως προς την κατηγορία τους. Η τυπολογική διάρθρωση των επεμβάσεων υποδεικνύει την υστεροσκόπηση ως συχνότερη επέμβαση (24,5%, n=27), ακολουθούμενη από την ολική υστερεκτομή με ή χωρίς εξαρτήματα (13,6%, n=15), τη λαπαροσκοπική αφαίρεση κύστης ωοθήκης (10,0%, n=11), την εκπυρήνιση ινομυώματος μήτρας (5,5%, n=6) και τη διαγνωστική λαπαροσκόπηση (4,5%, n=5). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι υστεροσκοπήσεις και οι ολικές υστερεκτομές παρουσιάζουν διασπορά σε διάφορες κατηγορίες προτεραιότητας, υποδηλώνοντας διαφοροποίηση στην αξιολόγηση του επείγοντος βάσει της υποκείμενης παθολογίας. Τρεις περιπτώσεις (2,7%) δεν περιλαμβάνουν προσδιορισμό του είδους επέμβασης.

4.2.5 Χειρουργική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος αναμονής της Χειρουργικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης συνιστά τον δεύτερο μεγαλύτερο σε όγκο κατάλογο σε αυτό το νοσοκομείο, συμπεριλαμβάνοντας 398 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας καταδεικνύει αξιοσημείωτη επικράτηση της Κατηγορίας 52 (58,0%, n=231), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 6 (10,8%, n=43), την Κατηγορία 12 (9,0%, n=36), την Κατηγορία 24 (6,3%, n=25) και την Κατηγορία 2 (4,3%, n=17), με 46 περιπτώσεις (11,6%) χωρίς προσδιορισμό κατηγορίας. Σε σχέση με τον τύπο των επεμβάσεων φαίνεται ότι υπάρχει επικράτηση των πλαστικών κήλης (27,6%, n=110), συμπεριλαμβανομένων ποικίλων τύπων όπως βουβωνοκήλη, μηροκήλη, ομφαλοκήλη και μετεγχειρητική κήλη. Ακολουθεί η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (16,1%, n=64), η λαπαροσκοπική αποκατάσταση κήλης (6,8%, n=27) και η εκτομή διαφόρων όγκων (2,5%, n=10). Αξιοσημείωτη είναι η παρουσία ποικίλων λοιπών επεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων της εκτομής κύστης κόκκυγος, της εκτομής περιεδρικού συριγγίου και της αιμορροϊδεκτομής. Καταγράφεται μόνο ένα περιστατικό (0,3%) με σημείωση ειδικών απαιτήσεων, ποσοστό εξαιρετικά χαμηλό δεδομένου του όγκου του καταλόγου.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος των χειρουργικών περιπτώσεων χωρίς απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης είναι σημαντικά περιορισμένος, συμπεριλαμβάνοντας 19 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας υποδεικνύει προεξάρχουσα την Κατηγορία 5 (57,9%, n=11), ακολουθούμενη από τις Κατηγορίες 6 και 12 (έκαστη 15,8%, n=3) και την Κατηγορία 2 (10,5%, n=2). Η τυπολογική διάρθρωση των επεμβάσεων επικεντρώνεται κυρίως σε λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές και εκτομές κύστης κόκκυγος (έκαστη 26,3%, n=5), ακολουθούμενες από πλαστικές κήλης (21,1%, n=4). Δύο περιστατικά (10,5%) δεν περιλαμβάνουν προσδιορισμό του είδους επέμβασης. Κανένα από τα περιστατικά αυτά δεν φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

4.2.6 Ουρολογική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η διεξοδική ανάλυση του καταλόγου αναμονής της Ουρολογικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης καταδεικνύει συνολικά 158 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας παρουσιάζει σχετική ισορροπία μεταξύ των Κατηγοριών 12 (27,8%, n=44) και 6 (25,9%, n=41), ακολουθούμενες από την Κατηγορία 24 (10,8%, n=17), την Κατηγορία 5 (3,2%, n=5) και την Κατηγορία 2 (1,3%, n=2), με 49 περιστατικά (31,0%) χωρίς προσδιορισμό κατηγορίας. Σε σχέση με τον τύπο των επεμβάσεων οι περισσότερες ανήκουν στην κατηγορία της διουρηθρικής προστατοαδενεκτομής (19,0%, n=30), ακολουθούμενη από τις επεμβάσεις TURIS (Transurethral Resection in Saline) (9,5%, n=15), την απολίνωση έσω σπερματικής (6,3%, n=10), τη ριζική προστατεκτομή (3,8%, n=6) και την ορχεκτομή (3,2%, n=5). Εννέα περιπτώσεις (5,7%) δεν περιλαμβάνουν προσδιορισμό του είδους επέμβασης, ενώ μόνο ένα περιστατικό (0,6%) φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

4.2.7 Ωτορινολαρυγγολογική (ΩΡΛ) Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος αναμονής της ΩΡΛ Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης αποτελεί τον μεγαλύτερο σε όγκο κατάλογο, συμπεριλαμβάνοντας το εντυπωσιακό πλήθος των 1.365 περιστατικών. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας καταδεικνύει κυριαρχία της Κατηγορίας 52 σε ποσοστό που πλησιάζει την απόλυτη πλειοψηφία (83,5%, n=1.140), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 12 (9,5%, n=130), την Κατηγορία 6 (4,4%, n=60), την Κατηγορία 24 (2,6%, n=35) και την Κατηγορία 2 (0,7%, n=10), με τα υπόλοιπα περιστατικά να παραμένουν απροσδιόριστα. Η τυπολογική διάρθρωση των επεμβάσεων υποδεικνύει την πλαστική ρινικού διαφράγματος ως συχνότερη επέμβαση (29,3%, n=400), ακολουθούμενη από την ολική θυρεοειδεκτομή (18,3%, n=250), την αμυγδαλεκτομή (8,8%, n=120), τη βιοψία και αφαίρεση πολυπόδων φωνητικών χορδών (6,6%, n=90) και την αδενοειδεκτομή (5,9%, n=80). Περίπου 40 περιπτώσεις (2,9%) δεν περιλαμβάνουν προσδιορισμό του είδους επέμβασης.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος των ΩΡΛ περιπτώσεων χωρίς απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης είναι σημαντικά περιορισμένος, συμπεριλαμβάνοντας συνολικά 19 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας υποδεικνύει προεξάρχουσα την Κατηγορία 5 (52,6%, n=10), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 24 (15,8%, n=3), την Κατηγορία 2 (10,5%, n=2) και την Κατηγορία 6 (5,3%, n=1), με 3 περιστατικά (15,8%) χωρίς προσδιορισμό κατηγορίας. Σε σχέση με τον τύπο των επεμβάσεων αυτές συμπεριλαμβάνουν αδενοειδεκτομή με αμυγδαλεκτομή, LASER διαφραγματοπλαστική, βιοψία φωνητικών χορδών και τροποποιημένη ριζική μαστοειδεκτομή. Οι υπόλοιπες επεμβάσεις περιλαμβάνουν ολική θυρεοειδεκτομή και πλαστική ρινικού διαφράγματος (αμφότερες Κατηγορίας 24), βιοψίες διαφόρων τύπων και άλλες μικροεπεμβάσεις. Καμία από τις περιπτώσεις αυτές δεν φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

4.2.8 Ορθοπεδική Κλινική

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η διεξοδική ανάλυση του καταλόγου αναμονής της Ορθοπεδικής Κλινικής με απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης καταδεικνύει συνολικά 374 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας παρουσιάζει κυριαρχία της Κατηγορίας 52 (66,3%, n=248), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 12 (10,2%, n=38), την Κατηγορία 6 (8,8%, n=33), την Κατηγορία 24 (6,4%, n=24) και την Κατηγορία 2 (1,6%, n=6), με 25 περιστατικά (6,7%) χωρίς προσδιορισμό κατηγορίας. Η τυπολογική διάρθρωση των επεμβάσεων υποδεικνύει την ολική αρθροπλαστική ισχίου, γόνατος ή ώμου ως συχνότερη επέμβαση (33,4%, n=125), ακολουθούμενη από τις διορθωτικές επεμβάσεις δακτύλων (6,1%, n=23), την αφαίρεση υλικών (5,9%, n=22), τις σύνθετες επεμβάσεις άκρου ποδός (3,2%, n=12) και τις αρθροσκοπικές επεμβάσεις (2,9%, n=11). Μόνο δύο περιπτώσεις (0,5%) φέρουν σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Ο κατάλογος των ορθοπεδικών περιπτώσεων την αναισθησιολογική κλνική χωρίς απαίτηση αναισθησιολογικής υποστήριξης είναι σημαντικά περιορισμένος, συμπεριλαμβάνοντας 17 περιστατικά. Η κατανομή τους ανά κατηγορία προτεραιότητας υποδεικνύει προεξάρχουσα την Κατηγορία 6 (41,2%, n=7), ακολουθούμενη από την Κατηγορία 5 (23,5%, n=4), την Κατηγορία 2 (11,8%, n=2) και την Κατηγορία 12 (5,9%, n=1), με 3 περιστατικά (17,6%) χωρίς προσδιορισμό κατηγορίας. Η τυπολογική διάρθρωση των επεμβάσεων υποδεικνύει επικράτηση των οστεοσυνθέσεων καταγμάτων (35,3%, n=6), ακολουθούμενων από την αφαίρεση γαγγλίου (23,5%, n=4), τις διορθωτικές επεμβάσεις δακτύλων και τις επεμβάσεις για νόσο de Dupuytren (αμφότερες 11,8%, n=2). Καταγράφονται επίσης λοιπές επεμβάσεις όπως επανακαθήλωση εκτείνοντος, συρραφή μικρού τραύματος και αρθροδεσία αρθρώσεων. Κανένα από αυτά τα περιστατικά δεν φέρει σημείωση ειδικών απαιτήσεων.

4.3 Λίστες Χειρουργείου Ρεθύμνου

4.3.1 Λίστα χειρουργείου Ορθοπεδικής Κλινικής
Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Ορθοπεδικής Κλινικής με αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 141 περιστατικά. Οι κυριότερες επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: ολική αρθροπλαστική ισχίου, γόνατος, ώμου (περίπου 40-50 περιστατικά), αφαίρεση υλικών πλην σύρματος Kirschner ή μεμονωμένου κοχλίου (περίπου 10-15 περιστατικά), σύνθετες επεμβάσεις άκρου ποδός (περίπου 8-10 περιστατικά) και διάφορες μη καθορισμένες επεμβάσεις (περίπου 15-20 περιστατικά). Αξίζει να σημειωθεί ότι 2 εγγραφές φέρουν την ένδειξη "Με ειδικές απαιτήσεις".

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Ορθοπεδικής Κλινικής χωρίς αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 36 περιστατικά. Οι επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: ολική αρθροπλαστική ισχίου, γόνατος, ώμου (1 περιστατικό), σύνθετες επεμβάσεις άκρου ποδός (1 περιστατικό), αφαίρεση συρμάτων Kirschner ή μεμονωμένου κοχλίου (3 περιστατικά), διάνοιξη καρπιαίου σωλήνος (2 περιστατικά) και trigger thumb (2 περιστατικά).

4.3.2 Λίστα χειρουργείου Χειρουργικής Κλινικής
Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Χειρουργικής Κλινικής με αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 139 περιστατικά. Οι κυριότερες επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: χολοκυστεκτομή λαπαροσκοπική (περίπου 33 περιστατικά), πλαστική κήλης διαφόρων τύπων (περίπου 44 περιστατικά), χολοκυστεκτομή (περίπου 24 περιστατικά), αιμορροιδεκτομή (3 περιστατικά) και βουβωνοκήλη με πλέγμα (περίπου 5 περιστατικά).

Περιπτώσεις χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Χειρουργικής Κλινικής χωρίς αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 18 εγγραφές. Οι επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: αφαίρεση αθηρωματώδους κύστεως, μικρού λιπώματος, ινώματος, θηλώματος, σπίλου (περίπου 6 περιστατικά), πλαστική κήλης (3 περιστατικά) και χολοκυστεκτομή λαπαροσκοπική (2 περιστατικά).

4.3.3 Λίστα χειρουργείου ΩΡΛ Κλινικής

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της ΩΡΛ Κλινικής με αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 25 περιστατικά. Οι κυριότερες επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: αμυγδαλεκτομή (περίπου 11 περιστατικά), βιοψία/αφαίρεση πολύποδα ή κομβίου φωνητικών χορδών (περίπου 6 περιστατικά), αδενοειδεκτομή (3 περιστατικά), διαφραγματοπλαστική (1 περιστατικό) και διάφορες μη καθορισμένες επεμβάσεις (περίπου 4 περιστατικά).

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της ΩΡΛ Κλινικής χωρίς αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 6 περιστατικά. Οι επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: παροχέτευση (1 περιστατικό), καυτηριασμός (1 περιστατικό) και διάφορες μη καθορισμένες επεμβάσεις (4 περιστατικά).

4.3.4 Λίστα χειρουργείου Οφθαλμολογικής Κλινικής

Περιπτώσεις με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Οφθαλμολογικής Κλινικής με αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 2 περιστικά. Η μοναδική επέμβαση που καταγράφεται είναι η φακοθρυψία (2 περιστατικά). Αξίζει να σημειωθεί ότι 1 εγγραφή σημειώνει ειδικές απαιτήσεις.

Περιστατικά χωρίς Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Οφθαλμολογικής Κλινικής χωρίς αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 279 περιστατικά. Οι επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: φακοθρυψία (Phaco) (220 περιστατικά), διάφορες μη καθορισμένες επεμβάσεις (450 περιστατικά) και εξωπεριφακική αφαίρεση φακού (9 περιστατικά).

4.3.5 Λίστα χειρουργείου Ουρολογικής Κλινικής

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Ουρολογικής Κλινικής περιλαμβάνει συνολικά 18 περιστατικά. Οι επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: ουρηθροκυστεοσκόπηση (11 περιστατικά), βιοψία προστάτου (6 περιστατικά), περιτομή (1 περιστατικό) και τοποθέτηση ή αφαίρεση pig-tail (1 περιστατικό).

4.3.6 Λίστα χειρουργείου Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής

Περιστατικά με Αναισθησιολογική Κάλυψη

Η λίστα χειρουργείου της Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής με αναισθησιολόγο περιλαμβάνει συνολικά 8 περιστατικά. Οι επεμβάσεις που καταγράφονται είναι: διαγνωστική απόξεση (4 περιστατικά), ολική υστερεκτομή (2 περιστατικά), εκπυρήνιση ινομυώματος μήτρας (1 περιστατικό) και αφαίρεση κύστης ωοθήκης (1 περιστατικό).

Πίνακας 2: Συγκεντρωτικά Στοιχεία Λίστας Χειρουργείου ΠΑΓΝΗ

Κλινική	Σύνολο Περιστατικών	Με Αναισθησιολόγο (%)	Χωρίς Αναισθησιολόγο (%)	Κατανομή ανά Κατηγορία Προτεραιότητας (%) 2 / 6 / 12 / 24 / 52	Με Ειδικές Απαιτήσεις (%)
Θωρακοχειρουργική	75	94,7	5,3	36,0 / 32,0 / 17,3 / 9,3 / 5,3	9,3
Αγγειοχειρουργική	789	86,3	13,7	4,7 / 2,2 / 1,3 / 0,8 / 91,0	13,2
Νευροχειρουργική	313	96,5	3,5	73,5 / 10,5 / 2,9 / 3,8 / 9,6	9,9
Γενική Χειρουργική	306	77,1	22,9	24,2 / 20,3 / 16,3 / 10,8 / 28,4	1,3
Χειρουργική Παίδων	57	100,0	0,0	17,5 / 45,6 / 12,3 / 3,5 / 21,1	1,8
Χειρουργική Ογκολογία	377	90,7	9,3	6,4 / 28,1 / 29,7 / 11,7 / 24,1	0,0
Στοματική & Γναθοπροσωπική	65	95,4	4,6	16,9 / 18,5 / 35,4 / 15,4 / 13,8	0,0
Ορθοπαιδική	273	96,3	3,7	15,0 / 17,2 / 39,2 / 11,4 / 17,2	3,7
Μαιευτική-Γυναικολογία	213	98,6	1,4	9,4 / 37,6 / 29,1 / 12,2 / 11,7	0,0
Ουρολογική	302	96,7	3,3	8,3 / 10,9 / 55,3 / 11,6 / 13,9	0,0
Ωτορινολαρυγγολογία	719	94,7	5,3	8,2 / 11,4 / 49,2 / 17,9 / 13,3	0,0
Οφθαλμολογική	1014	15,0	85,0	3,1 / 5,2 / 7,9 / 10,5 / 73,3	0,0
Οδοντιατρική	112	63,4	36,6	8,9 / 15,2 / 54,5 / 14,3 / 7,1	0,0
Πλαστική Χειρουργική	412	65,3	34,7	5,6 / 12,4 / 15,3 / 9,2 / 57,5	0,0

Κλινική	Σύνολο Περιστατικών	Με Αναισθησιολόγο (%)	Χωρίς Αναισθησιολόγο (%)	Κατανομή ανά Κατηγορία Προτεραιότητας (%) 2 / 6 / 12 / 24 / 52	Με Ειδικές Απαιτήσεις (%)
Καρδιολογία	67	100,0	0,0	0,0 / 100,0 / 0,0 / 0,0 / 0,0	100,0

Πίνακας 3: Συγκεντρωτικά Στοιχεία Λίστας Χειρουργείου Βενιζέλειο-Πανάνειο

Κλινική	Σύνολο Περιστατικών	Με Αναισθησιολόγο (%)	Χωρίς Αναισθησιολόγο (%)	Κατανομή ανά Κατηγορία Προτεραιότητας (%) 2 / 6 / 12 / 24 / 52	Με Ειδικές Απαιτήσεις (%)
Νευροχειρουργική	121	93,4	6,6	30,6 / 13,2 / 35,5 / 8,3 / 12,4	1,7
Γναθοπροσωπική	8	50,0	50,0	12,5 / 12,5 / 12,5 / 12,5 / 50,0	0,0
Μαιευτική-Γυναικολογική	110	100,0	0,0	6,4 / 12,7 / 37,3 / 13,6 / 15,5	0,0
Χειρουργική	417	95,4	4,6	4,6 / 11,0 / 9,4 / 6,0 / 58,0	0,2
Ουρολογική	158	100,0	0,0	1,3 / 25,9 / 27,8 / 10,8 / 3,2	0,6
ΩΡΛ	1384	98,6	1,4	0,9 / 4,4 / 9,5 / 3,3 / 82,9	0,0
Ορθοπεδική	391	95,7	4,3	2,0 / 10,2 / 10,0 / 6,1 / 64,5	0,5

Πίνακας 4: Συγκεντρωτικά Στοιχεία Λίστας Χειρουργείου Γ.Ν Ρεθύμνου

Κλινική	Σύνολο Περιστατικών	Με Αναισθησιολόγο (%)	Χωρίς Αναισθησιολόγο (%)	Κατανομή ανά Κατηγορία Προτεραιότητας (%) 2 / 6 / 12 / 24 / 52	Με Ειδικές Απαιτήσεις (%)
Ορθοπεδική	177	79,7	20,3	4,0 / 22,0 / 18,1 / 12,4 / 43,5	1,1
Χειρουργική	157	88,5	11,5	9,6 / 20,4 / 15,9 / 14,0 / 40,1	0,0
ΩΡΛ	31	80,6	19,4	12,9 / 16,1 / 32,3 / 16,1 / 22,6	0,0
Οφθαλμολογική	281	0,7	99,3	0,0 / 0,0 / 2,8 / 8,9 / 88,3	0,4
Ουρολογική	18	100,0	0,0	5,6 / 16,7 / 55,6 / 16,7 / 5,6	0,0
Μαιευτική-Γυναικολογική	8	100,0	0,0	0,0 / 25,0 / 37,5 / 25,0 / 12,5	0,0

Πίνακας 5: Συγκεντρωτικά Στοιχεία Λίστας Χειρουργείου Χανίων

Κλινική	Σύνολο Περιστατικών	Με Αναισθησιολόγο (%)	Χωρίς Αναισθησιολόγο (%)	Κατανομή ανά Κατηγορία Προτεραιότητας (%) 2 / 6 / 12 / 24 / 52	Με Ειδικές Απαιτήσεις (%)
Οφθαλμολογική	112	26,8	73,2	0,0 / 0,0 / 1,8 / 1,8 / 96,4	0,0
Ορθοπεδική	1051	87,4	12,6	13,8 / 20,2 / 31,3 / 13,0 / 21,7	4,7
Ουρολογική	288	94,4	5,6	5,9 / 5,2 / 18,8 / 14,6 / 55,6	1,4
Γενική Χειρουργική	833	88,1	11,9	9,7 / 11,5 / 25,1 / 15,1 / 38,6	1,3

ΩΡΛ	251	97,6	2,4	4,8 / 3,6 / 27,9 / 10,0 / 53,8	0,0
Γναθοπροσωπική & Στοματική	94	97,9	2,1	1,1 / 3,2 / 42,6 / 19,2 / 34,0	0,0
Μαιευτική & Γυναικολογική	568	89,3	10,7	4,0 / 6,5 / 24,1 / 14,1 / 51,2	0,5
Χειρουργική Παίδων	66	100,0	0,0	9,1 / 21,2 / 30,3 / 13,6 / 25,8	3,0
Νευροχειρουργική	137	99,3	0,7	64,2 / 7,3 / 5,8 / 5,1 / 17,5	0,0
Αγγειοχειρουργική	146	94,5	5,5	7,5 / 2,1 / 4,1 / 11,6 / 74,7	0,0

Πίνακας 6: Συγκεντρωτικά Στοιχεία Λίστας Χειρουργείου ΑΓ. Νικολάου

Κλινική	**Σύνολο Περιστατικών**	**Με Αναισθησιολόγο (%)**	**Χωρίς Αναισθησιολόγο (%)**	**Κατανομή ανά Κατηγορία Προτεραιότητας (%)** 2 / 6 / 12 / 24 / 52	**Με Ειδικές Απαιτήσεις (%)**
Ορθοπαιδική	217	89,4	10,6	13,8 / 11,5 / 24,9 / 8,3 / 41,5	0,9
Μαιευτική-Γυναικολογική	50	100,0	0,0	0,0 / 0,0 / 52,0 / 0,0 / 48,0	0,0
Χειρουργική	252	86,5	13,5	13,9 / 16,7 / 26,6 / 10,7 / 32,1	0,4
Ουρολογική	59	88,1	11,9	5,1 / 5,1 / 40,7 / 6,8 / 42,4	1,7
Οφθαλμολογική	4	0,0	100,0	0,0 / 0,0 / 0,0 / 0,0 / 100,0	0,0
ΩΡΛ	2	100,0	0,0	0,0 / 0,0 / 100,0 / 0,0 / 0,0	0,0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως κύριο σκοπό την αποτίμηση της λειτουργίας των λιστών χειρουργείου στα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης κατά την περίοδο 2016-2023, μετά τη θεσμοθέτηση του νέου νομοθετικού πλαισίου (ΦΕΚ 4316/30.12.2016). Μέσω της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων από τις επίσημες ηλεκτρονικές λίστες αναμονής των οκτώ νοσοκομείων της περιφέρειας, επιχειρήθηκε η διερεύνηση της κατανομής των χειρουργικών περιστατικών ανά κλινική ειδικότητα, κατηγορία προτεραιότητας και απαίτηση αναισθησιολογικής κάλυψης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν σημαντικά στοιχεία σχετικά με τη διαχείριση των χειρουργείων στην Κρήτη. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε έντονη ανομοιογένεια στην κατανομή των περιστατικών μεταξύ των διαφόρων κλινικών, με ειδικότητες όπως η ΩΡΛ, η Ορθοπεδική και η Χειρουργική να παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένο φόρτο. Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί το υψηλό ποσοστό περιστατικών στην Κατηγορία 52 (53,9% του συνόλου), γεγονός που υποδηλώνει σημαντικά παρατεταμένους χρόνους αναμονής για περιστατικά χαμηλότερης προτεραιότητας(έως 52 εβδομάδες αναμονής). Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το εύρημα σχετικά με την αναισθησιολογική κάλυψη, με το συντριπτικό ποσοστό των περιστατικών (95,3%) να απαιτεί την παρουσία αναισθησιολόγου, σε αντίθεση με μόλις 4,7% που δεν απαιτεί τέτοια κάλυψη. Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει τη κρισιμότητα του αναισθησιολογικού προσωπικού ως βασικό παράγοντα για την εύρυθμη λειτουργία των χειρουργείων. Επιπλέον, μόνο ένα μικρό ποσοστό (5,8%) των περιστατικών χαρακτηρίζεται με "ειδικές απαιτήσεις", υποδεικνύοντας την περιορισμένη συχνότητα εξαιρετικά εξειδικευμένων επεμβάσεων. Σε επίπεδο νοσοκομείων, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις με το ΠΑΓΝΗ, ως τριτοβάθμιο νοσοκομείο, να παρουσιάζει διαφορετικό προφίλ περιστατικών σε σύγκριση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας, αντανακλώντας τον πιο εξειδικευμένο χαρακτήρα των υπηρεσιών που παρέχει.

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, τα δεδομένα αντλήθηκαν από τις ηλεκτρονικές λίστες αναμονής σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή (20/2/2025), παρέχοντας έτσι μια στατική απεικόνιση της κατάστασης και όχι μια διαχρονική ανάλυση. Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός είναι η έλλειψη συσχέτισης των

δεδομένων με τους διαθέσιμους πόρους κάθε νοσοκομείου (αριθμός χειρουργικών αιθουσών, διαθέσιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κλπ.), η οποία θα επέτρεπε μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της αποδοτικότητας των χειρουργείων. Επιπλέον, η έρευνα δεν εξέτασε τη διάρκεια αναμονής των ασθενών από την ένταξή τους στη λίστα μέχρι την πραγματοποίηση της επέμβασης, στοιχείο που θα παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Τέλος, δεν έγινε συλλογή ποιοτικών δεδομένων από το προσωπικό των νοσοκομείων ή τους ασθενείς, τα οποία θα μπορούσαν να αναδείξουν επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία των λιστών χειρουργείου, όπως οι υποκειμενικές αντιλήψεις για την προτεραιοποίηση των περιστατικών ή οι προκλήσεις στην καθημερινή διαχείριση των χειρουργείων.

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια έχει κλινική χρησιμότητα για τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των χειρουργείων στην 7η ΥΠΕ Κρήτης. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα μπορούν να αξιοποιηθούν από τις διοικήσεις των νοσοκομείων και την Υγειονομική Περιφέρεια για τη χάραξη στοχευμένων στρατηγικών διαχείρισης των χειρουργικών περιστατικών, με έμφαση στις ειδικότητες που παρουσιάζουν αυξημένο φόρτο και μεγάλες λίστες αναμονής. Επιπλέον, η ανάδειξη της κρισιμότητας της αναισθησιολογικής κάλυψης (95,3% των περιστατικών) μπορεί να αποτελέσει βάση για τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την κατανομή του αναισθησιολογικού προσωπικού και την πιθανή ενίσχυσή του όπου κρίνεται απαραίτητο. Αντίστοιχα, το χαμηλό ποσοστό περιστατικών με "ειδικές απαιτήσεις" μπορεί να αξιοποιηθεί για τον καλύτερο προγραμματισμό της χρήσης εξειδικευμένου εξοπλισμού και υποδομών.

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, προτείνεται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας που θα περιλαμβάνει διαχρονική ανάλυση των λιστών χειρουργείου για την αποτύπωση τάσεων και εποχικών διακυμάνσεων. Επιπλέον, χρήσιμη θα ήταν η συσχέτιση των δεδομένων με τους διαθέσιμους πόρους κάθε νοσοκομείου και τον πραγματικό χρόνο αναμονής των ασθενών, καθώς και η διερεύνηση των απόψεων του προσωπικού και των ασθενών μέσω ποιοτικής μεθοδολογίας. Τέλος, σημαντική θα ήταν η επέκταση της μελέτης σε όλες τις κλινικές ειδικότητες του ΠΑΓΝΗ, για την απόκτηση μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας της κατάστασης στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της Κρήτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αποτίμηση της λειτουργίας της λίστας χειρουργείου στα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αναδεικνύει σημαντικά ευρήματα αναφορικά με την οργάνωση και διαχείριση των χειρουργικών περιστατικών. Η ανάλυση καταδεικνύει έντονη ανομοιογένεια στην κατανομή των περιστατικών τόσο ανά κλινική όσο και ανά κατηγορία προτεραιότητας, με ορισμένες ειδικότητες (ΩΡΛ, Ορθοπεδική, Χειρουργική) να παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένο φόρτο. Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί το υψηλό ποσοστό περιστατικών στην Κατηγορία 5, ιδίως σε συγκεκριμένες κλινικές, γεγονός που υποδηλώνει παρατεταμένους χρόνους αναμονής και πιθανές καθυστερήσεις στην αντιμετώπιση περιστατικών χαμηλότερης προτεραιότητας. Διαπιστώθηκε επίσης έντονη διαφοροποίηση στον αριθμό των περιστατικών που απαιτούν αναισθησιολογική κάλυψη (95,3%) έναντι αυτών που δεν την απαιτούν (4,7%), στοιχείο που αναδεικνύει την κρισιμότητα της επάρκειας αναισθησιολογικού προσωπικού για την εύρυθμη λειτουργία των χειρουργείων. Το χαμηλό ποσοστό περιστατικών με "ειδικές απαιτήσεις" (2,1%) – εξαιρουμένης της Καρδιολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ όπου όλα τα περιστατικά TAVI φέρουν αυτή την ένδειξη – υποδεικνύει την περιορισμένη συχνότητα εξαιρετικά εξειδικευμένων επεμβάσεων που απαιτούν ειδικές συνθήκες ή εξοπλισμό. Συνολικά, η μελέτη αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων, ιδιαίτερα σε ειδικότητες με αυξημένο φόρτο, και την πιθανή αναθεώρηση των κριτηρίων κατηγοριοποίησης για τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των χειρουργικών περιστατικών στα νοσοκομεία της Κρήτης. Με το νέο νομικό πλαίσιο παρέχεται η δυνατότητα συλλογής, παρακολούθησης και αξιοποίησης κρίσιμων δεδομένων που αφορούν τη λειτουργία των νοσοκομείων και ειδικότερα τον τομέα των χειρουργικών επεμβάσεων. Συγκεκριμένα, σε επίπεδο κλινικής καταγράφεται ο αριθμός των ασθενών που βρίσκονται σε λίστα αναμονής για χειρουργική επέμβαση, στοιχείο που ενισχύει τη διαφάνεια και επιτρέπει τη δίκαιη και αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών.Σε επίπεδο νοσοκομείου, τα δεδομένα αυτά αξιοποιούνται για τον ορθολογικό καταμερισμό του διαθέσιμου χειρουργικού χρόνου, την κατανομή των πόρων και τον καλύτερο προγραμματισμό των επεμβάσεων. Η διοίκηση μπορεί πλέον να λαμβάνει αποφάσεις βάσει πραγματικών και τεκμηριωμένων στοιχείων, γεγονός που βελτιώνει τόσο τη λειτουργικότητα όσο και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης των τάσεων και αναγκών σε τοπικό επίπεδο, διευκολύνοντας τον συντονισμό μεταξύ των νοσοκομείων και την κατανομή πόρων ανάλογα με τις προτεραιότητες και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

Σε εθνικό επίπεδο, τα συγκεντρωτικά στοιχεία επιτρέπουν τη διαμόρφωση πολιτικών και στρατηγικών παρεμβάσεων από το Υπουργείο Υγείας. Επιπλέον, καθίσταται δυνατή η σύγκριση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος με αντίστοιχα συστήματα άλλων χωρών, όπως της Γερμανίας ή της Γαλλίας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τον μέσο χρόνο αναμονής ανά κατηγορία επέμβασης. Μέσα από τέτοιες συγκρίσεις αναδεικνύονται καλές πρακτικές και εντοπίζονται περιθώρια βελτίωσης.

Όλα τα παραπάνω ενισχύουν τη λογοδοσία και την τεκμηρίωση των αποφάσεων της διοίκησης, πάντα με γνώμονα τη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και κυρίως προς όφελος των ίδιων των ασθενών. Η ορθολογική αξιοποίηση των δεδομένων οδηγεί σε ένα σύστημα υγείας πιο δίκαιο, διαφανές και ανθρώπινο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου https://www.pagni.gr/index.php/hospital/history (Ανάκτηση την 22/2/2025)

Γενικό Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου (2025) Επίσημος ιστότοπος Γενικού Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου https://www.venizeleio.gr/ (Ανάκτηση την 22/2/2025).

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου https://www.agnhosp.gr/ (Ανάκτηση την 22/2/2025).

Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Ιεράπετρας https://www.ierapetrahospital.gr/ (Ανάκτηση την 22/2/2025)

Γενικό Νοσοκομείο Νεαπόλεως (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Νεαπόλεως https://dialynakeio.com/%ce%b9%cf%83%cf%84%ce%bf%cf%81%ce%b9%ce%ba%ce%bf/ (Ανάκτηση την 22/2/2025)

Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου https://www.rethymnohospital.gr/index.php/category/news/ (Ανάκτηση την 22/2/2025)

Γενικό Νοσοκομείο Σητείας (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Σητείας https://ghsitia.gr/chartis-nosokomeioy/ (Ανάκτηση την 22/2/2025)

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων (2025). Επίσημος ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Χανίων https://chaniahospital.gr/ (Ανάκτηση την 22/2/2025).

Donders, Y. M. (2015). Exploring the cultural dimensions of the right to the highest attainable standard of health. Potchefstroom Electronic Law Journal/Potchefstroomse Elektroniese Regsblad, 18(2), 179-222.

Leary, V. A. (1994). The right to health in international human rights law. Health and human rights, 24-56.

Leonardi, F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. International Journal of Health Services, 48(4), 735-748.

Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού (2025). Επίσημος ιστότοπος Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού. Ανακτήθηκα από https://gnto.gov.gr/ την 20/2/2025

Περιφέρεια Κρήτης (2025). Επίσημος ιστότοπος Περιφέρειας Κρήτης. Ανακτήθηκε από https://www.crete.gov.gr/perifereia/ την 20/2/2025

Νιάκας, Δ., 2014. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, 5(1), pp.3-7.

Παπαδοπούλου, Δ. (2019). Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της υγείας. Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika, 24(3).

Σύνδεσμος Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων (2025). Επίσημος Ιστότοπος Συνδέσμου Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων. Ανακτήθηκε από https://sete.gr/ την 20/2/2025

Υπουργείο Υγείας. (2025). Επίσημος ιστότοπος του Υπουργείου Υγείας της Ελληνικής Δημοκρατίας [Official website]. Ανακτήθηκε από https://www.moh.gov.gr/ την 20/2/2025

Υπουργείο Υγείας. (2016). Τρόπος κατάρτισης, οργάνωσης και λειτουργίας της Λίστας Χειρουργείου (Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.97136). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 4316, 43442-43443.