



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π. ΦΩΤΕΙΝΗ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στην Διοίκηση Υγείας

Πειραιάς, 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π. ΦΩΤΕΙΝΗ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στην Διοίκηση Υγείας

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π. ΦΩΤΕΙΝΗ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ»**

**Επόπτης Καθηγητής: Αθανάσιος Βοζίκης
Λέκτορας Πανεπιστημίου Πειραιώς**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στην Διοίκηση Υγείας**

Πειραιάς, 2008



**University of
Piraeus**

**MASTER IN
HEALTH MANAGEMENT**



TEI of Piraeus

ASIMAKOPOULOU P. FOTINI

**«THE EVALUATION OF HEALTH UNITS
AND HUMAN RESOURCE'S CONTRIBUTION»**

Supervisor Professor: Athanassios Vozikis

**Graduate Thesis Submitted for the Degree of Msc in
Health Management**

Piraeus, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την περίοδο συλλογής στοιχείων, υλικού και συγγραφής αυτής της εργασίας πολλοί ήταν αυτοί που με τον έναν ή τον άλλον τρόπο με βοήθησαν, μου συμπαραστάθηκαν και στους οποίους τώρα που η εργασία αυτή ολοκληρώθηκε θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Θα ήθελα να ξεκινήσω τις ευχαριστίες μου από τον καθηγητή κύριο Βοζίκη Αθανάσιο, που με την πολύτιμη συμβολή του και καθοδήγηση, καθ'όλη τη διάρκεια της έρευνας – εργασίας με καθοδήγησε στηρίζοντας με στην πραγματοποίηση και εκπόνηση της συγκεκριμένης αυτής εργασίας.

Για τη συνεισφορά τους επίσης, στην παρούσα εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του γενικού κρατικού νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», και ιδιαίτερα του τμήματος Πληροφορικής, που χωρίς την πολύτιμη και καθοριστική τους βοήθεια στη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί πλήρως η εργασία. Σημαντική επιπλέον ήταν και η βοήθεια των ατόμων που εργάζονται στη Γ' ΔΥΠΕ στο τμήμα Οικονομικών και αυτών στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος.

Ιδιαίτερα θερμές ευχαριστίες στους συναδέλφους μου , για την επίδειξη υπομονής και κατανόησης καθώς και στην συμφοιτηριά μου Καβαλιεράτου Αθανασία, για τις συμβουλές και την καθοριστική της συμβολή σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Υγεία είναι ένας τομέας που παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες και έντονη πολυπλοκότητα λόγω της φύσης των υπηρεσιών που προσφέρει. Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα ενός συστήματος Υγείας εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη σωστή επιλογή και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, ώστε να επέλθει ικανοποίηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας από το κοινωνικό σύνολο.

Η ανάπτυξη και η διαχείριση όμως του ανθρώπινου δυναμικού στην Ελλάδα δεν είναι αυτή που θα έπρεπε να είναι, σύμφωνα πάντα με τις προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Χρειάζεται μακροχρόνιος και μεθοδικός προγραμματισμός και σχεδιασμός, εκσυγχρονισμός, προσαρμογή στα δεδομένα και στις απαιτήσεις της σύγχρονης πραγματικότητας, που τα πάντα μεταβάλλονται με ραγδαίο ρυθμό.

Η αξιολόγηση στον τομέα της υγείας, που γίνεται με τη βοήθεια κατάλληλων κριτηρίων και δεικτών, δίνει τη δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή και προβλημάτων και αντιμετώπισής τους, με σκοπό πάντα τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου προσωπικού, ώστε το σύστημα υγείας να είναι ικανό να ανταποκριθεί στην κοινωνική του αποστολή.

Λέξεις κλειδιά: ανθρώπινο δυναμικό, αναλογία δυναμικού, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, αξιολόγηση, δείκτες αξιολόγησης, διαχείριση, ισότητα, παραγωγικότητα, σχεδιασμός

ABSTRACT

Health is a unit which presents particularity and complexity because of the nature of services that it provides. The effectiveness and the efficiency of a health system depend on the right choice and the right management of human resources in order to correspond to the satisfaction of the demand for quality in health services.

The development and the management of human resources in Greece though, have not been as they should be according to the preferences of WHO. It needs a long term of specific planning, modernization, and adjustment to the demands of reality.

The evaluation of the health system, which uses specific criteria and indicators, gives the possibility to underline the probable lacks or problems that might exist and the way to fix them, in order to improve health services and to make right distribution of human potential, so that the health system can be respond to its social mission.

Key words: human resources, analogy of human potential, effectiveness, efficiency, evaluation, evaluation's indicators, management, equity, productiveness, planning,

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	σελ. v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ. vi
ABSTRACT.....	σελ. vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	σελ. x
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ.....	σελ. xii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ :

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εξέλιξη του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος.....	σελ. 1
1.2 Η Υγεία στην Ελλάδα	σελ. 4
1.2.1 Δημόσια Νοσοκομεία.....	σελ. 6
1.2.2 Ιδιωτικές Κλινικές	σελ. 7
1.3 Δαπάνες για την Υγεία.....	σελ. 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία	σελ. 11
2.1.1 Προβλήματα στο σχεδιασμό	σελ. 11
2.1.2 Προβλήματα στην παραγωγή.....	σελ. 12
2.1.3 Προβλήματα στη διαχείριση.....	σελ. 13
2.2 Ιατρικό Δυναμικό.....	σελ. 13
2.3 Νοσηλευτικό προσωπικό.....	σελ. 16
2.4 Άλλα επαγγέλματα Υγείας.....	σελ. 18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ :**Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

3.1	Αξιολόγηση μονάδων υγείας.....	σελ. 19
3.1.1	Ισότητα.....	σελ. 20
3.1.2	Αποτελεσματικότητα.....	σελ. 21
3.1.3	Αποδοτικότητα.....	σελ. 21
3.1.4	Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης.....	σελ. 22
3.2	Επιλογή Δεικτών για την αξιολόγηση μονάδων υγείας.....	σελ. 22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

4.1	Ιστορικά στοιχεία.....	σελ. 27
4.2	Μεθοδολογία της έρευνας.....	σελ. 28
4.3	Ποιοτικοί δείκτες αξιολόγησης.....	σελ. 29
4.3.1	Δείκτες εισροών και επάρκειας.....	σελ. 29
4.3.2	Δείκτες εκροών.....	σελ. 37
4.3.3	Δείκτης αποδοτικότητας.....	σελ. 43
4.4	Σύγκριση ανάμεσα στις δύο καρδιολογικές κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων».....	σελ. 45
4.5	Αποτελέσματα έρευνας του Ε.Σ.Υ το 2006.....	σελ. 50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ :**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

	Συμπεράσματα.....	σελ. 52
--	-------------------	----------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ :**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

6.1	Εισαγωγή.....	σελ. 54
6.2	Παράγοντες προσδιορισμού της κατάλληλης στελέχωσης.....	σελ. 55
6.3	Πρόταση στελέχωσης σύμφωνα με το νόμο της Καλιφόρνιας.....	σελ. 56
6.4	Εξασφάλιση κατάλληλης αναλογίας Νοσηλευτών-Β. Νοσηλευτών και Ιατρών.....	σελ. 57

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ.....	σελ. 58
--------------------------------	----------------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

I. ΠΙΝΑΚΕΣ

1.	Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2006)	σελ. 5
2.	Εξέλιξη ιατρικού προσωπικού τα έτη 2002-2006	σελ. 14
3.	Εξέλιξη νοσηλευτικού προσωπικού τα έτη 2002-2006	σελ. 16
4.	Δείκτες αξιολόγησης σε μάκρο επίπεδο	σελ. 25
5.	Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο επίπεδο	σελ. 26
6.	Δείκτες εισροών και επάρκειας Υλικοί – ανθρώπινοι πόροι	σελ. 29
7.	Οικονομικοί πόροι Στοιχεία δραστηριότητας 2002-2006	σελ. 35
8.	Δείκτες εκροών –απόδοσης Στοιχεία δραστηριότητας 2002-2006	σελ. 38
9.	Δείκτες παραγωγής (2002-2006)	σελ. 42
10.	Αριθμός κλινών ανά καρδιολογική κλινική	σελ. 45
11.	Δείκτες εκροών-απόδοσης της Α καρδιολογικής κλινικής Στοιχεία δραστηριότητας 2002-2006	σελ. 45
12.	Δείκτες εκροών –απόδοσης Β καρδιολογικής κλινικής Στοιχεία δραστηριότητας 2002-2006	σελ. 46
13.	Δείκτες εκροών –απόδοσης παθολογικού τομέα Στοιχεία δραστηριότητας 2002-2006	σελ. 46
14.	Δείκτες παραγωγής Α καρδιολογικής κλινικής τα έτη 2002-2006	σελ. 48
15.	Δείκτες παραγωγής Β καρδιολογικής κλινικής τα έτη 2002-2006	σελ. 48
16.	Δείκτες παραγωγής παθολογικού τομέα τα έτη 2002-2006	σελ. 48
17.	Πρότυπο στελέχωσης νοσηλευτικών τμημάτων	σελ. 56

II. ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

1.	Κατανομή κλινών ανά νομική μορφή θεραπευτηρίου (2006)	σελ. 6
2.	Μεταβολή στη δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ 1990&2004	σελ. 8
3.	Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας δημόσια & ιδιωτική στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2004	σελ. 9
4.	Μεταβολή στο ποσοστό της δημόσιας δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ 1990&2004	σελ. 9
5.	Αναλογία ιατρών ανά 1000 κατοίκους	σελ. 14
6.	Ποσοστό κλινών σε λειτουργία	σελ. 30
7.	Δυναμικό έμμισθου δυναμικού	σελ. 30
8.	Εξέλιξη αναλογίας ιατρικού-νοσηλευτικού-διοικητικού προσωπικού στο σύνολο	σελ. 32
9.	Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη	σελ. 32
10.	Αναλογία ιατρών ανά κλίνη	σελ. 33
11.	Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη	σελ. 33
12.	Αναλογία διοικητικού προσωπικού ανά κλίνη	σελ. 34
13.	Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό	σελ. 36
14.	Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή και ανά κλίνη	σελ. 36
15.	Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή	σελ. 38
16.	Μέση διάρκεια νοσηλείας	σελ. 39
17.	Νοσηλευθέντες ανά απασχολούμενα άτομα	σελ.39
18.	Νοσηλευθέντες ανά ιατρό	σελ.49
19.	Νοσηλευθέντες ανά νοσηλευτή	σελ.40
20.	Νοσηλευθέντες ανά διοικητικό προσωπικό	σελ. 40
21.	Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες	σελ. 42
22.	Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών	σελ. 43
23.	Παραγωγικότητα απασχολούμενων (σχέση όγκου παραγωγής προς εισροές)	σελ. 44
24.	Μέση διάρκεια νοσηλείας	σελ. 47
25.	Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες	σελ. 49
26.	Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών	σελ. 49

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΥΠΕ	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
Δ. Ε	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
Ε. Ε	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Σ.Υ.Ε.	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας
Μ. Δ. Ν	Μέση διάρκεια νοσηλείας
Μ. Ε. Θ	Μονάδα εντατικής νοσηλείας
Ν. Δ	Νομοθετικό διάταγμα
Ν. Π. Δ. Δ	Νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου
Ν. Π. Ι. Δ	Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου
Ο.Ο.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π. Δ	Προεδρικό διάταγμα
Π. Ε	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης
Πε. Σ. Υ.Π	Περιφερειακό σύστημα υγείας και πρόνοιας
Π. Ο .Υ	Παγκόσμιος οργανισμός υγείας
Π. Φ. Υ	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Τ. Ε	Τεχνολογικής εκπαίδευσης
Υ. Ε	Υποχρεωτικής εκπαίδευσης
Φ.Ε.Κ	Φύλλο εφημερίδας κυβέρνησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εξέλιξη του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος

Η διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας ακολούθησε τις γενικότερες κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες που επικράτησαν αμέσως μετά την απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό και την ανακήρυξη της Εθνικής Ανεξαρτησίας (1827) και την προσπάθεια για την οργάνωση του νεοελληνικού κράτους, καθώς και τις ιστορικές συγκυρίες αυτής της νέας πορείας (απελευθερωτικοί αγώνες, Βαλκανικοί πόλεμοι, Μικρασιατική καταστροφή, Παγκόσμιοι πόλεμοι, Εμφύλιος πόλεμος κ.λ.π.).

Η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας εκδηλώνεται με την **ομόφωνη ψήφιση** από τη Βουλή, του Νομοθετικού Διατάγματος 2592 του 1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». (Μωραΐτης, 1987)

Για την εποχή του το συγκεκριμένο διάταγμα ήταν τολμηρό εγχείρημα., αν αναλογιστεί κανείς τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες της μεταεμφυλιοπολεμικής περιόδου.

Στο Διάταγμα αυτό προβλεπόταν πέρα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη σύσταση υγειονομικών συμβουλίων, την οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων, τη διοικητική και οικονομική αποκέντρωση, τη δημιουργία «ενιαίου ταμείου υγείας» και άλλων πρωτοποριακών για την εποχή εκείνη ρυθμίσεων, και η οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιφέρεια.

Συγκεκριμένα, με το Ν. Δ 2592/53 προβλεπόταν η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και η μεταβίβαση σε αυτές αρμοδιότητες του υπουργείου, η υπαγωγή όλων των μονάδων περίθαλψης σε ενιαίο υγειονομικό φορέα (Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας), η οργάνωση και δημιουργία νοσοκομείων κατά ομοίμορφο τρόπο, η δημιουργία υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιφέρεια. (Μωραΐτης, 2004).

Την περίοδο εκείνη γίνεται για πρώτη φορά λόγος περί Ενιαίου Λογαριασμού Υγείας, ο οποίος σε περίπτωση που υλοποιούνταν, θα συγκέντρωνε τους πόρους των ασφαλιστικών ταμείων που αφορούν τις παροχές υγείας.(Φυντανίδου, 2000)

Στα τέλη του 1955 ψηφίζεται ο Νόμος 3487/55 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών», που αποτέλεσε τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας του όλου συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι το 1983. Με το Νόμο αυτό προβλεπόταν η ίδρυση ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας, σε αρκετά εκτεταμένη κλίμακα, τα οποία διακρίνονταν σε **Κοινοτικά ιατρεία** και **Αγροτικά Ιατρεία**.

Η μόνη αξιόλογη προσπάθεια για τη δημιουργία συστήματος υγείας, έγινε το 1980 από τον Σπύρο Δοξιάδη, με τη δημοσιοποίηση ενός προσχεδίου νόμου με τον τίτλο « **μέτρα προστασίας της υγείας**». Το σχέδιο όμως αυτό δεν κατάφερε να κατατεθεί στη Βουλή και να γίνει νόμος.

Ο σημαντικότερος σταθμός στην πορεία της ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, θεωρείται το έτος **1983**, όπου ψηφίζεται στη Βουλή ο ιδρυτικός νόμος του **Ε. Σ. Υ 1397/83**. (Μωραΐτης 2004).

Βασικές αρχές της καινούργιας πολιτικής της υγείας ήταν η καθολική κάλυψη, η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για το σύνολο των πολιτών. Τα κυριότερα μέτρα πολιτικής για την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης συνοψίζονται ακολούθως:

- Κρατική ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες
- Παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας 400 κέντρων υγείας, εκ των οποίων 180 σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών
- Καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους ιατρούς του ΕΣΥ με σημαντική αύξηση του μισθολογίου τους(www.chesme.nurs.uoa.gr)

Εντούτοις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δεν έλαβε ποτέ τα χαρακτηριστικά ενός καθολικού συστήματος, δεδομένου ότι συνέχισαν να λειτουργούν διάφορα ασφαλιστικά ταμεία και, κατά συνέπεια, οι ανισότητες και οι διαφορετικοί όροι σχετικά με την κατανομή των δαπανών και των παροχών σε ολόκληρο τον πληθυσμό συνέχισαν να ισχύουν.(Πολλάλης, 2007)

Η αμέσως επόμενη σημαντική μεταρρύθμιση μετά τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, είναι ο νόμος **2889/2001**, όπου αιώτερος σκοπός είναι η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.(www.chesme.nurs.uoa.gr). Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν το Ε.Σ.Υ. μετασχηματίζεται σε Πε.Σ.Υ.Π. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας). Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Συνολικά υπάρχουν 17 Πε.Σ.Υ.Π.(Αλεξιάδης,2003)

Σήμερα ισχύει ο Νόμος 3329/2005 κατά τον οποίο τα Πε.Σ.Υ.Π. μετεξελίσσονται σε Δ.Υ.ΠΕ. (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας). Σύμφωνα με τον Νόμο αυτό η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας.

Με την ψήφιση των δύο τελευταίων Νόμων το σύστημα υγείας πλησίασε περισσότερο στις ανάγκες του πολίτη, αφού δημιουργήθηκε ένα σύστημα αποκεντρωμένο δίνοντας τη δυνατότητα σε όλους να απολαμβάνουν το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Επιπλέον είναι στο τελικό στάδιο της ψήφισής τους δύο καινούργιοι νόμοι, ο πρώτος αφορά την συγχώνευση των ΔΥ.ΠΕ. ταυτόχρονα με την κατάργηση των Διοικητικών Συμβουλίων των ΔΥ.ΠΕ. Ο δεύτερος νέος νόμος, αφορά τις προμήθειες των νοσοκομείων, που σε γενικές γραμμές αφορά την κωδικοποίηση των προμηθειών και την επιλογή αυτών για τα νοσοκομεία από μια επταμελή επιτροπή, που ορίζει ο Υπουργός.(Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας).

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη σημαντική πρόοδο που έχει παρατηρηθεί στο διάστημα από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέχρι σήμερα στις υποδομές (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) και τον εξοπλισμό, αλλά και στη στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό. Εντούτοις όμως, σύμφωνα με τα αξιολογικά κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού της Υγείας (ΠΟΥ 2000), η χώρα μας κατέχει την 14^η θέση των πλέον ανεπτυγμένων υγειονομικά χωρών. (Μωραΐτης, 2006)

Η μεγαλύτερη όμως αδυναμία του Εθνικού συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει η έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μολονότι, έχουν γίνει δεκάδες μελέτες, εν τούτοις ουδεμία υλοποιήθηκε, με αποτέλεσμα ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα

να αποτελεί «κενό γράμμα του νόμου» και ο εκάστοτε υπουργός Υγείας να είναι στην ουσία υπουργός... Νοσοκομειακής Περίθαλψης. *«Όλες οι κυβερνήσεις ασχολούνται με την κορυφή του συστήματος υγείας, που είναι τα νοσοκομεία, και καθόλου με τη βάση, που είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα, και δεν έχουν καταλάβει ότι χωρίς την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας δεν πρόκειται να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία και να βελτιωθεί η εικόνα τους. Χωρίς πρωτοβάθμια φροντίδα δεν υπάρχει ΕΣΥ»* σημειώνει ο κ. Μωραΐτης. (Φυντανίδου, 2000)

Το Ελληνικό σύστημα υγείας τα τελευταία τουλάχιστον είκοσι χρόνια βρίσκεται σε μια συνεχή πορεία «μετάβασης» και συνεχών δομικών και οργανωτικών αλλαγών. Παρά τα αλληπάλλληλα νομοθετήματα και τις διοικητικούς κυρίως χαρακτήρα παρεμβάσεις και τις σημαντικές επενδύσεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμού οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες τόσο στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών όσο και στην καθημερινή πρακτική της παροχής των ιατρικών φροντίδων με κύριο χαρακτηριστικό τη λειτουργική αναποτελεσματικότητα.

1.2 Η Υγεία στην Ελλάδα

Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα χωρίζεται σε δύο κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης:

■ **Πρωτοβάθμια περίθαλψη**, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Ασκείται με τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς που ιδρύθηκαν με τον νόμο 3487/55, καθώς και με τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου που ιδρύθηκαν με τον νόμο 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σήμερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται κυρίως από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (ΙΚΑ), την ιδιωτική πρωτοβουλία και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία εμπλέκεται στο τομέα αυτό με τους εξής τρόπους:

- ◆ μικροβιολογικά εργαστήρια, λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας με περιορισμένες δυνατότητες.
- ◆ διαγνωστικά κέντρα που προσφέρουν διαγνωστικές υπηρεσίες .

♦ εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες με σύγχρονο εξοπλισμό και ουσιαστικά αποτελούν πλήρη διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν ως τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.

■ **Δευτεροβάθμια περίθαλψη**, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε Κλινικές ή νοσοκομεία, παρέχονται δε με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων:

♦ δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος.

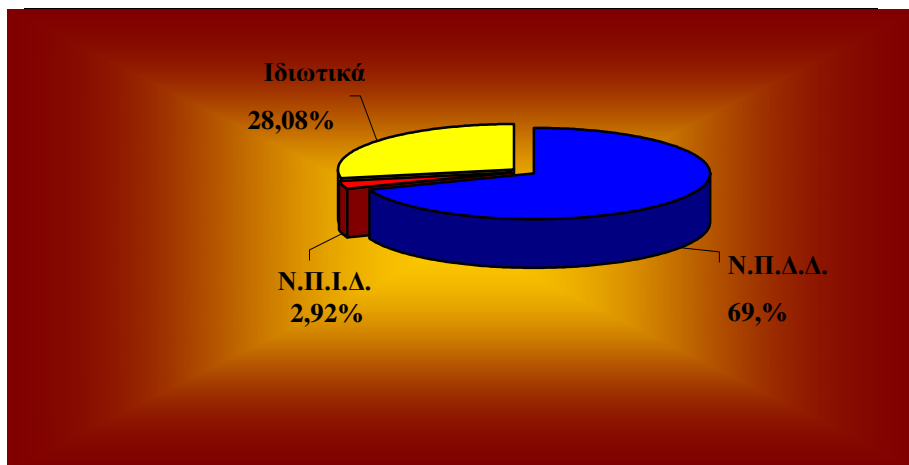
♦ ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος.

♦ ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% περίπου.(www.iatronet.gr)

Ετος	Σύνολο Θεραπευτηρίων	Σύνολο Κλινών	Κλίνες σε Δημόσια Νοσοκομεία	Κλίνες σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία	Κλίνες σε Νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ.
1996	356	52.586	37.016	15.286	284
1997	350	52.474	37.047	15.134	293
1998	341	52.495	37.457	14.745	293
1999	339	51.404	36.438	14.673	293
2000	337	51.500	35.730	15.141	629
2001	336	52.276	36.186	15.038	1.052
2002	326	51.781	36.142	14.460	1.179
2003	327	51.762	35.814	14.528	1.420
2004	319	51.871	35.808	14.515	1.548
2005	317	52.511	36.554	14.389	1568
2006	317	53.701	37.053	15.082	1566

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Διάγραμμα 1. Κατανομή κλινών ανά νομική μορφή θεραπευτηρίων (2006)



1.2.1 Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων. Ο Αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%. (www.iatronet.gr). Όσον αφορά τη δυναμικότητα των νοσοκομείων αυτή ποικίλλει, ανάλογα με το χαρακτήρα τους (δευτεροβάθμια - τριτοβάθμια, γενικά - ειδικά) με σαφή την υπεροχή του δημόσιου τομέα. Η μέση δυναμικότητα των δημόσιων νοσοκομείων είναι 254 κρεβάτια.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής. (www.iatronet)

1.2.2 Ιδιωτικές Κλινικές

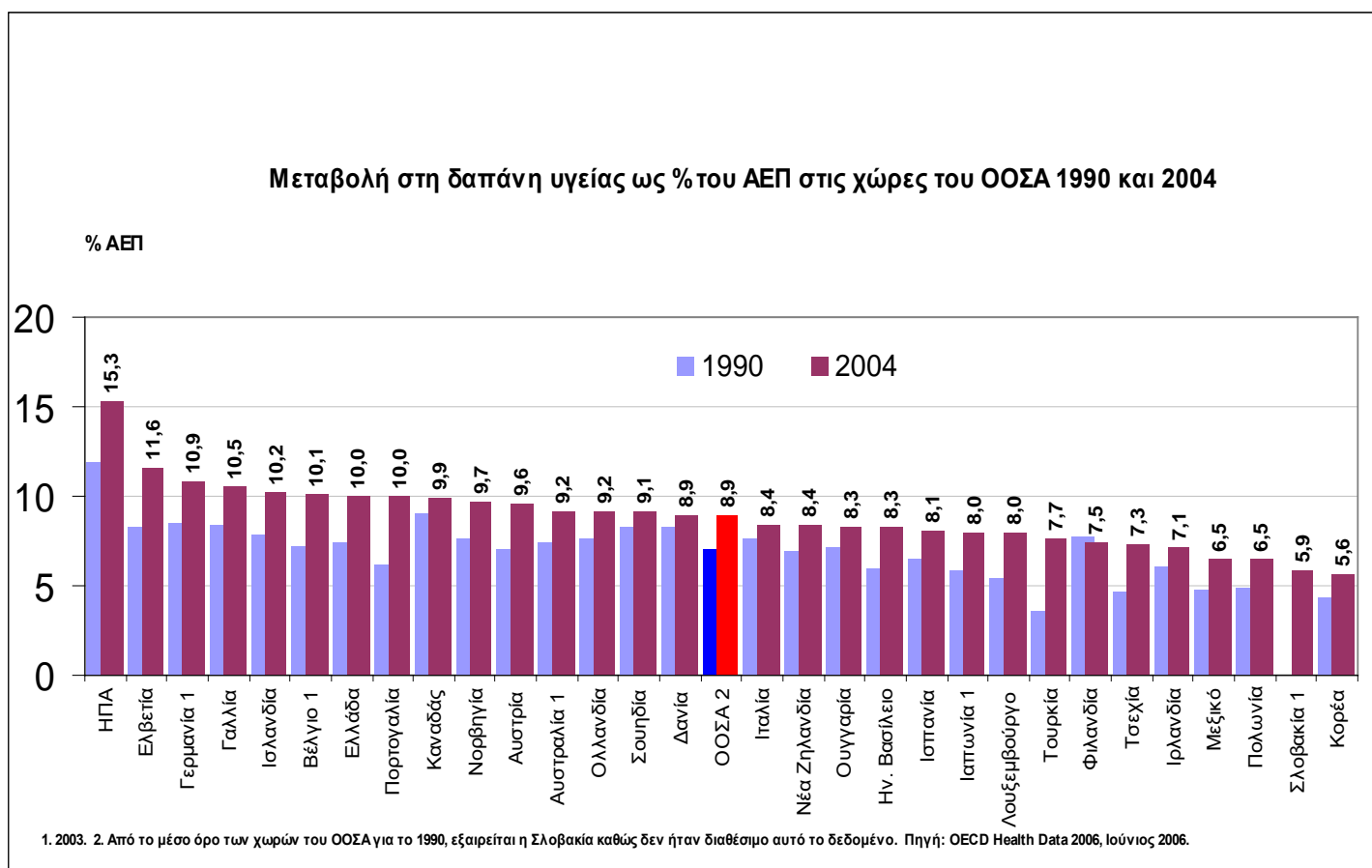
Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών:

Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτόν του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη. (www.iatronet.gr)

1.3 Δαπάνες για την Υγεία

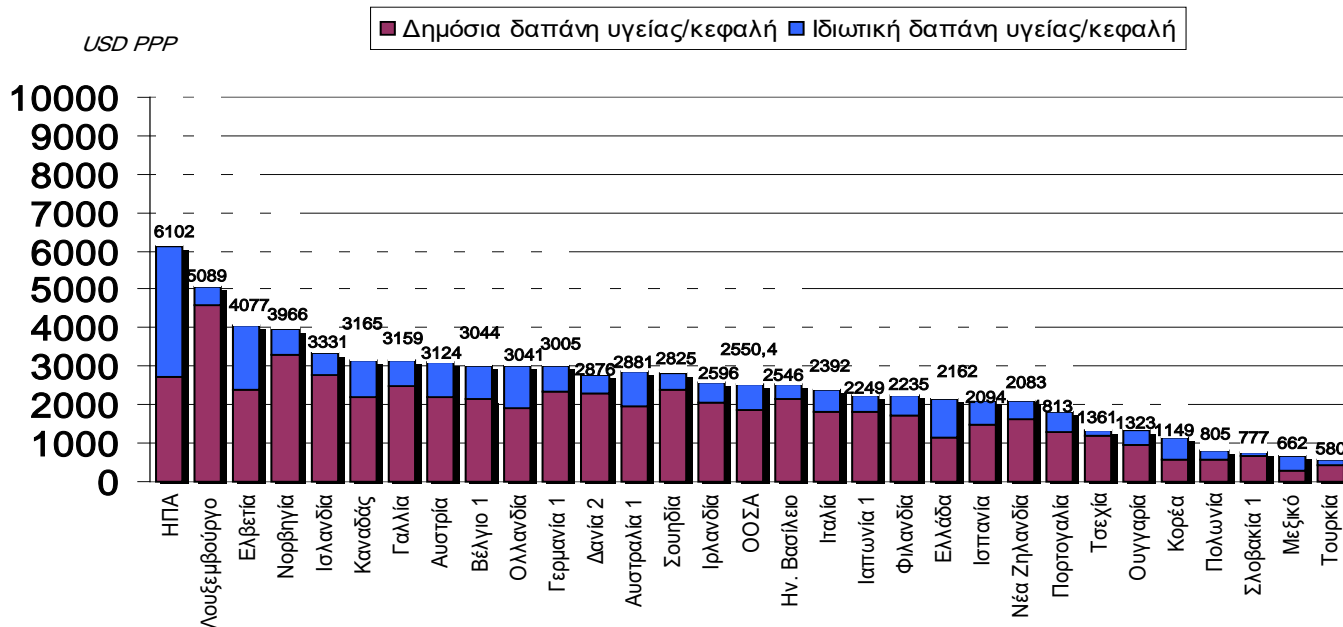
Η υγειονομική δαπάνη καταγράφει αυξητική πορεία στις χώρες του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης υγείας ήταν μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, μεταξύ του 1990 και του 2004, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, με εξαίρεση τη Φινλανδία. Το 1990 η υγειονομική δαπάνη ανέρχονταν κατά μέσο όρο στο 7% του ΑΕΠ (των χωρών του ΟΟΣΑ), ενώ στις μέρες μας ανήλθε σε 8,9% το 2004 και σε 8,8% το 2003, όπως διαφαίνεται στο διάγραμμα 2.



διάγραμμα 2.

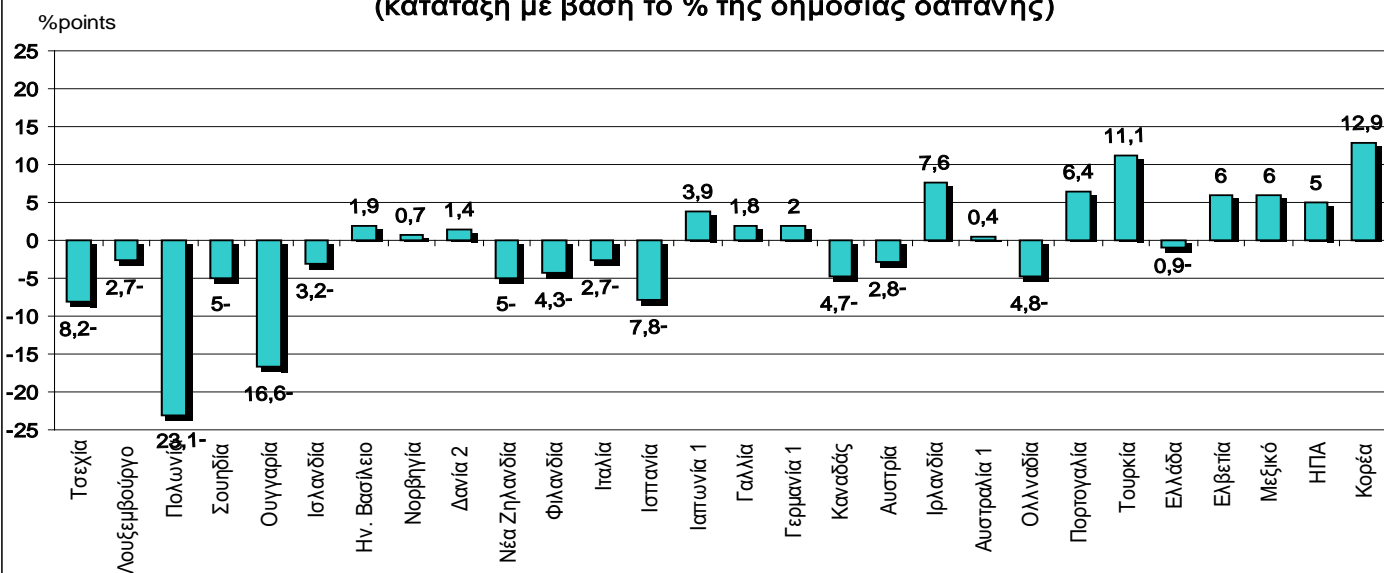
Ο τομέας της Υγείας στην Ελλάδα όμως, θεωρείται από τους πλέον προβληματικούς, τόσο ως προς το ύψος των δαπανών, όσο και ως προς το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της διαχείρισης της. Όπως φαίνεται από το διάγραμμα 2, οι συνολικές (δημόσιες και ιδιωτικές) δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ βρίσκονται στο 10%, έναντι περίπου 9% στην ΕΕ των 15 και στον ΟΟΣΑ. Η αναλογία δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών είναι περίπου 50-50, ενώ στις άλλες χώρες κυριαρχεί η δημόσια δαπάνη (διάγραμμα 3), ενώ η μεταβολή στο ποσοστό της δημόσιας δαπάνης υγείας είναι -0,9% (διάγραμμα 4). (Health Data 2006)

Κατά Κεφαλή δαπάνη Υγείας, δημόσια και ιδιωτική, στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 2004



διάγραμμα 3. Πηγή OECD HEALTH DATA 2006

Μεταβολή στο ποσοστό της δημόσιας δαπάνης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 1990-2004 (κατάταξη με βάση το % της δημόσιας δαπάνης)



διάγραμμα 4 . Πηγή OECD HEALTH DATA 2006

Παρότι οι δαπάνες για υγεία από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς αυξάνονται, το επίπεδο των υπηρεσιών εξακολουθεί να παραμένει ανεπαρκές. Η Ελλάδα κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις στην ΕΕ σε πολλές διεθνείς συγκρίσεις με βάση συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα για το 2004 κατατάσσεται η Ελλάδα στην 11^η θέση ως προς την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας (με βαθμό 5/10). Το Ευρωβαρόμετρο, από την άλλη, αποκαλύπτει ότι περίπου το 75% των Ελλήνων θεωρεί ότι έχει πέσει θύμα κάποιου λάθους από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Συνεπώς, οι Έλληνες είναι και αρνητικοί και δύσπιστοι στον κλάδο που απορροφά το 10% του εθνικού εισοδήματος.

Το χαμηλό επίπεδο των υπηρεσιών υγείας συνδυάζεται με ανορθολογική οργάνωση του συστήματος, τόσο χωροταξική όσο και διοικητική. Η δημόσια παροχή των υπηρεσιών υγείας υστερεί σημαντικά λόγω της έλλειψης σε ανθρώπινο δυναμικό, ενώ η χώρα υστερεί και σε σύγχρονες διαγνωστικές τεχνολογίες. (ΙΣΤΑΜΕ 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία

Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας εξαρτάται κατά βάση από την επάρκεια, την ποιότητα, καθώς και από την ορθολογική κατανομή και χρήση του υγειονομικού προσωπικού. Η εργασιακή απασχόληση στον τομέα της υγείας αποτελεί συνάρτηση της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής όσον αφορά την παραγωγή του ανθρώπινου δυναμικού, την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση και της ορθολογικής διαχείρισης αυτού.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, η υγεία απασχολεί περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το 60% των δαπανών της υγείας και είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), προειδοποιεί ότι στις περισσότερες χώρες η παραγωγή και η διαθεσιμότητα του υγειονομικού προσωπικού δεν έχει σημειώσει πρόοδο σε θέματα ισότιμης κατανομής και αύξησης της παραγωγικότητας. (Πολύζος και συνεργάτες 2000)

Τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας είναι ποσοτικά και ποιοτικά και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Προβλήματα στο σχεδιασμό
- Προβλήματα στην παραγωγή
- Προβλήματα στη διαχείριση

2.1.1 Προβλήματα στο σχεδιασμό

Η συνεργασία ανάμεσα στο υπουργείο Παιδείας, που αποτελεί την κατεξοχήν παραγωγή εκπαιδευμένου και καλώς καταρτισμένου υγειονομικού προσωπικού, και το υπουργείο Υγείας, που απορροφά το παραπάνω δυναμικό, τις

περισσότερες φορές είναι αδύνατη. Παρουσιάζονται σοβαρές και σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό σε πολλές απομακρυσμένες και παραμεθόριες περιοχές. Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού και η εκτίμηση των αναγκών σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό δυναμικό για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τις εν γένει υγειονομικές περιφέρειες δεν πρέπει να βασίζονται σε απλά πληθυσμιακά κριτήρια. Απουσιάζουν οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και εξειδίκευσης. (Υφαντόπουλος, 2006)

2.1.2 Προβλήματα στην παραγωγή

Υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις ανάμεσα στις απαιτήσεις των υπηρεσιών υγείας, των χρηστών και των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων και των στόχων του υπουργείου παιδείας. Υπάρχουν σοβαρά και ορατά προβλήματα στην επάρκεια και στην εκπαίδευση και από τις δύο εκατέρωθεν πλευρές. Στο μέλλον οι απαιτήσεις θα αυξηθούν, γιατί αλλάζουν οι δυνατότητες, οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις. Τομείς και στόχους, με ραγδαία εξέλιξη, αποτελούν σήμερα η έκρηξη της τεχνολογίας, η αύξηση των προσδοκιών των χρηστών - πολιτών, η ολοένα και επιτακτικότερη αναζήτηση της ποιότητας, η απαίτηση για όλο και ταχύτερη αντιμετώπιση των αναγκών, η συνεχής αύξηση του κόστους και αντίστοιχα η κρατική και κοινωνική πίεση για μείωσή του, η έκρηξη της πληροφόρησης, της ευαισθησίας και του δημόσιου και κοινωνικού ελέγχου και η συνεχής εκπαίδευση. Αυτές οι παράμετροι - και πολλές άλλες- επιβάλλουν σήμερα γενναία αναθεώρηση προγραμμάτων, μεθόδων διδασκαλίας και διαδικασιών στις Σχολές παραγωγής υγειονομικών στελεχών, υποδεικνύουν ωστόσο και την αναγκαιότητα επανεκπαίδευσης και συνεχούς εκπαίδευσης των ήδη εργαζομένων επαγγελματιών κάθε ειδικότητας, στο χώρο της υγείας.

Όπως είναι γνωστό, στην Ιατρική οι γνώσεις δεν ισχύουν περισσότερο από πέντε χρόνια. Αυτό δεν εμποδίζει πολλούς ιατρούς του ιδιωτικού αλλά και του δημόσιου τομέα να ασκούν την ιατρική για ολόκληρες δεκαετίες, χωρίς ποτέ να εκσυγχρονίζουν τις γνώσεις τους. Θα ήταν πολύ αποτελεσματικό μέτρο η θεσμοθέτηση μεταπτυχιακής εκπαίδευσης όλων των ιατρών, στα πλαίσια πιστοποιημένων δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, κάτι που σήμερα δεν ισχύει για τη χώρα μας. (Ζέρβας, 2001)

2.1.3 Προβλήματα στη διαχείριση

Η έλλειψη κινήτρων (ηθικών και οικονομικών) για τους «παραγωγούς» και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, οδηγεί σε μη αποδοτική και αποτελεσματική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

Παρατηρείται σταδιακή μείωση της ικανοποίησης του υγειονομικού δυναμικού, λόγω σύγχυσης των ρόλων και των αρμοδιοτήτων, της απουσίας της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης. (Πολύζος και συνεργάτες 2000)

Εκτός, όμως από τα προβλήματα που υπάρχουν στον κεντρικό σχεδιασμό του υγειονομικού προσωπικού, που με βάση τις μελλοντικές απαιτήσεις σε εξειδικευμένο προσωπικό θα χρειαστεί να γίνει επαναπροσδιορισμός στη σύνθεση, το περιεχόμενο της εκπαίδευσης και τον τρόπο επιλογής, υπάρχουν και προβλήματα στην οργάνωση και καθοδήγηση αυτού.

Το ανθρώπινο προσωπικό που απασχολούν οι μονάδες υγείας εντάσσεται σε οριζόντια (λειτουργικά) και κάθετα-πυραμιδικά(διοικητικά) υποσύνολα. Οι εργαζόμενοι οποιασδήποτε κατηγορίας και ειδικότητας συμμετέχουν ενεργά στις δραστηριότητες του λειτουργικού υποσυνόλου (κλινικές, τμήματα, μονάδες νοσοκομείου, κέντρα υγείας που ανήκουν σε αυτό), συντονίζονται μεταξύ τους με σκοπό την από κοινού επίτευξη των αντικειμενικών στόχων του υποσυνόλου. Η ενιαία αυτή δράση όλων των απασχολουμένων απαιτεί σοβαρές προσπάθειες συντονισμού.

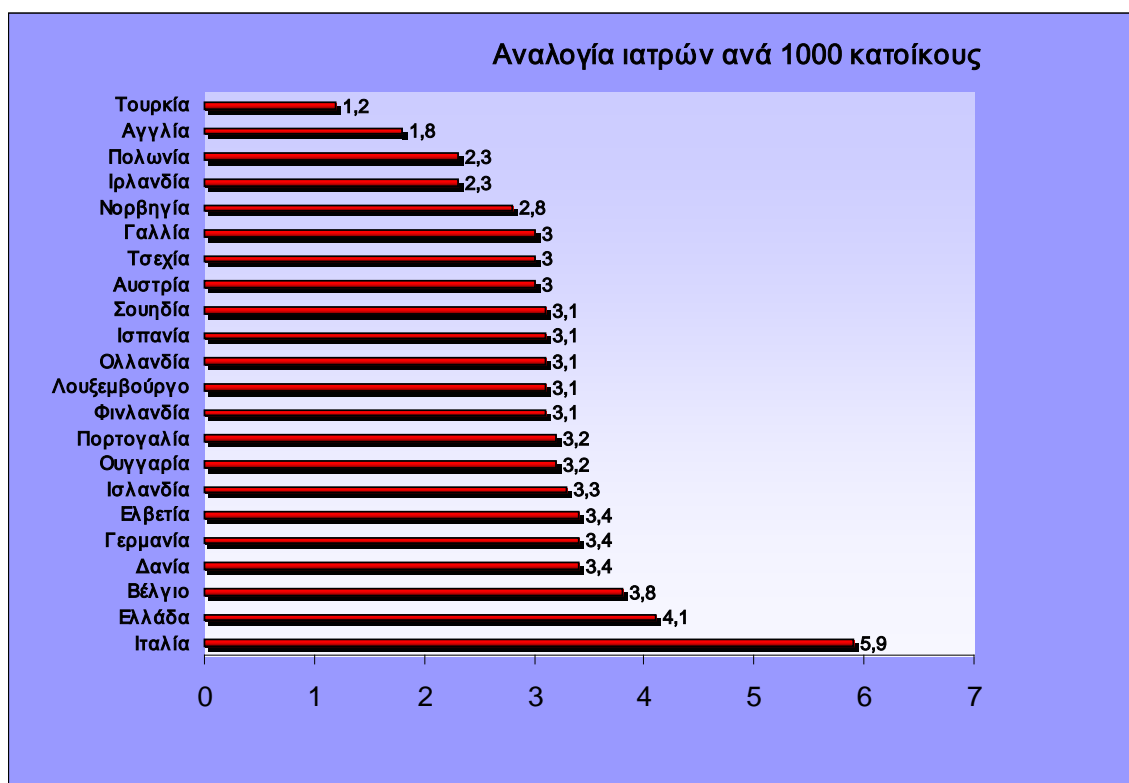
Στα δημόσια όμως νοσοκομεία έχει διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει ο απαιτούμενος συντονισμός , και αν υπάρχει είναι σε περιορισμένο βαθμό. Συγκεκριμένα θα μπορούσε κάποιος να παρατηρήσει πως ανάμεσα στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου όχι μόνο δεν υπάρχει συνεργασία, αλλά αναπτύσσεται ανταγωνισμός, συγκρούσεις, και προστριβές μεταξύ του προσωπικού. (Πολύζος 2008)

2.2 Ιατρικό δυναμικό

Η Ελλάδα μοιάζει να καταγράφει μια πρωτοπορία στο ιατρικό προσωπικό και στη διάρθρωσή του, τόσο ώστε μπορεί κανείς να αναρωτηθεί για την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Με διαφορά, η Ελλάδα διαθέτει τους **περισσότερους ιατρούς** (0,49% του πληθυσμού), με όλες τις άλλες χώρες να έχουν μια «πυκνότητα γιατρών» κάτω του 0.4 και με μέσον όρο του ΟΟΣΑ το 0,3. Στη χώρα μας, βάσει των στοιχείων που υπάρχουν, η αναλογία ιατρών προς κατοίκους είναι περίπου 1 ιατρός ανά 230 κατοίκους,

ενώ η μέση σχέση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι περίπου 1 ιατρός ανά 360 κατοίκους (πηγή ΟΟΣΑ).(διάγραμμα 5)



διάγραμμα 5

Η εξέλιξη του ιατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας για τα έτη 2002-2006 φαίνεται στον **πίνακα 2**. με βάσει τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε

Έτος	Προσωπικό
2002	23,597
2003	24,227
2004	24,728
2005	25,573
2006	25,495
<i>Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε</i>	

Μεγάλο ,επίσης, πρόβλημα αποτελεί η αντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες, σε αναλογία με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Η καταγραφή δείχνει ότι στη διάρθρωση των γιατρών επίσης πρωτιά καταγράφει η χώρα μας, γιατί συντριπτικά οι περισσότεροι γιατροί είναι «ειδικευμένοι»: 0.33% του πληθυσμού, ενώ μόνο 0.03% είναι οι «γενικοί γιατροί». Μόνο η Πολωνία έχει τόσο λίγους γενικούς γιατρούς, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 0.08%.(Αναστασιάδης , 2007). Η «δυσανάλογη κατανομή ανά ειδικότητα των ιατρών» δημιουργεί υπερβάλλουσα ζήτηση προς τις ειδικότητες με το μεγαλύτερο αριθμό ιατρών. Ενώ υπάρχει πληθώρα από ειδικότητες όπως η χειρουργική, η παθολογία, η γυναικολογία , στον αντίποδα υπάρχει έλλειψη σε ειδικότητες όπως η γενική ιατρική, δημόσιας υγείας, ιατρική της εργασίας.

Ενώ θα περίμενε κανείς να υπάρχει ένα προγραμματισμένο «άνοιγμα» σε θέσεις στις ειδικότητες που παρουσιάζουν έλλειψη, με ταυτόχρονη μείωση των κορεσμένων ειδικοτήτων, στην πραγματικότητα δεν ισχύει. Μεγάλη συμβολή στο παραπάνω έχουν η κακή οργάνωση του συστήματος υγείας, η απουσία της αντίληψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΦΥ), με αποτέλεσμα τον περιορισμό της δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.(Πολύζος και συνεργάτες, 2000).

Σημαντικό, επίσης, είναι και το πρόβλημα της ανισοκατανομής του ιατρικού προσωπικού. Διάφορες μελέτες έχουν επισημάνει αξιοσέβαστες ελλείψεις σε ιατρικό και όχι μόνο προσωπικό στις μονάδες υγείας της περιφέρειας και ιδίως των νησιών του Αιγαίου. . Μεταξύ αυτών, η μελέτη ομάδας επιστημόνων με επικεφαλής τον επίκουρο καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής κ. **Ι. Τούντα**, στην οποία βασίστηκε το σχέδιο για τη μεταρρύθμιση στο ΕΣΥ. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι περισσότεροι γιατροί είναι συγκεντρωμένοι στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, όπου παρατηρείται αναλογία γιατρών ανά 10.000 κατοίκους 64,52 και 61,35 αντίστοιχα. Αντίθετα, η χαμηλότερη αναλογία γιατρών ανά 10.000 κατοίκους παρατηρείται στις περιφέρειες της Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας (13,99), των Νήσων Αιγαίου (17,33), της Μακεδονίας - πλην Θεσσαλονίκης - (19,08), της Θεσσαλίας (20,70) και της Θράκης (20,79). **«Η υψηλή συγκέντρωση των γιατρών στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη»** συμπεραίνουν οι συντάκτες της μελέτης **«θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα της έλλειψης κινήτρων και συνεπώς της άρνησης των γιατρών να στελεχώσουν τις μονάδες υγείας στην επαρχία, όπου ταυτόχρονα παρατηρούνται και σημαντικές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή»**.

2.3 Νοσηλευτικό προσωπικό

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ φανερώνουν ότι η χώρα μας ενώ έχει πολλούς ιατρούς, όπως προαναφέρθηκε, παρουσιάζει τρομακτικές ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό. Χαρακτηριστικά, η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις της κατάταξης με 3,8 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, την ώρα που ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,9. (Ε. Παπαδάκη, 2007). Επίσης, είναι η χώρα με τη μικρότερη αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς, μόλις 0,8 νοσηλευτές για κάθε ιατρό, ενώ πριν από 15 χρόνια η αναλογία ήταν ένας νοσηλευτής για κάθε ιατρό.(Αναστασιάδης , 2007)

Η έλλειψη πτυχιούχων νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα μεγάλη στη χώρα μας, δεδομένου ότι η αναλογία ανά πληθυσμό ανέρχεται σε έναν πτυχιούχο νοσηλευτή ανά 950 (1:950) κατοίκους, ενώ με τους νοσηλευτές διетуός εκπαίδευσης η αναλογία είναι 1:460 κατοίκους. Ο δείκτης αυτός είναι ο χειρότερος στην Ε. Ε. και παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις σε σύγκριση με τις άλλες χώρες.(Υφαντόπουλος,2006). Η Ελλάδα συγκεκριμένα έχει 18.691 πτυχιούχους νοσηλευτές, ενώ θα έπρεπε, με βάση τις σύγχρονες προδιαγραφές νοσηλείας που προβλέπει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για τα μέτρα και τα δεδομένα της χώρας μας, να ήταν 110,000. Στον **πίνακα 3** που ακολουθεί παρουσιάζεται αναλυτικά ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού για τα έτη 2002-2006 και η αναλογία σε πτυχιούχο νοσηλευτή και σε νοσηλευτή διетуός φοίτησης (Greek Meds Fora, 2007)

Πίνακας.3 Εξέλιξη νοσηλευτικού προσωπικού τα έτη 2002-2006

Έτος	Συνολικό προσωπικό*	Πτυχιούχοι νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ)	Νοσηλευτές διетуός φοίτησης
2002	46,286	16,832	19,231
2003	47,268	17,109	19,210
2004	47,351	16,902	19,231
2005	46,923	17,698	18,968
2006	47,836	18,319	17,478

*περιλαμβάνει νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαιές και βοηθητικό προσωπικό

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε

Ακόμη, όμως, και με βάση τους «οργανισμούς» των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που είναι ήδη ξεπερασμένοι και χρειάζονται αναμόρφωση, τα κενά ξεπερνούν τις 15,000 θέσεις νοσηλευτών.(Greek Meds Fora, 2007). Σύμφωνα με το **Προεδρικό διάταγμα 87/1986** που αναφέρεται στο ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ο αριθμός των θέσεων προσωπικού κάθε νοσοκομείου ορίζεται κατά υπηρεσία σε ποσοστό:

- 6-15% για την ιατρική υπηρεσία,
- 35-45% για την νοσηλευτική υπηρεσία,
- 35-40% για την διοικητική υπηρεσία,

επί της συνολικής δύναμης κλινών του νοσοκομείου πολλαπλασιαζομένης με το συντελεστή:

- α) για τα γενικά νοσοκομεία από 2-3
- β) για τα ειδικά νοσοκομεία, πλην ψυχιατρικών 1,8-2,8 και
- γ) για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία από 0,5-2

Παρά τις διαπιστωμένες ελλείψεις, το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ, σύμφωνα με τα στοιχεία προσλήψεων και αποχωρήσεων, όχι μόνο δεν αυξήθηκε από το 2004, αλλά είναι μειωμένο κατά 654 άτομα.

Τα δεκάδες νέα νοσοκομεία που έχουν ανεγερθεί τα τελευταία χρόνια εξακολουθούν σήμερα να λειτουργούν με τρομακτικές ελλείψεις, αφού ανεστάλησαν τα προγράμματα προσλήψεων, ενώ οι όποιες αποσπασματικές τοποθετήσεις δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται από τις αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης, παραιτήσεων κ.λπ. (Greek Meds Fora, 2007)

Τα διεθνή στάνταρτ και ο ΠΟΥ προβλέπουν ανάμεσα στους νοσηλευτές και του αριθμού κλινών στις διάφορες κλινικές τις παρακάτω αναλογίες:

- Στα τμήματα επειγόντων περιστατικών η αναλογία προβλέπεται να είναι 1 νοσηλευτής ανά 4 κρεβάτια.
- Στις μονάδες εντατικής θεραπείας(ΜΕΘ) ενηλίκων και παιδιών, η αναλογία προβλέπεται να είναι 1 νοσηλευτής ανά 1 ασθενή.
- Στις ΜΕΘ νεογνών η αναλογία είναι ένας νοσηλευτής ανά δύο κλίνες.
- Στα χειρουργεία η αναλογία είναι 3 νοσηλευτές ανά χειρουργική αίθουσα.
- Σε τμήματα ανοικτά, όπως, παθολογικά, χειρουργικά, καρδιολογικά κ. α η αναλογία είναι ένας νοσηλευτής για 5 ή 6 κλίνες.

- Στα παιδιατρικά τμήματα η αναλογία είναι 1 προς 4 κρεβάτια.

Επιπλέον, υπάρχει ένας μαθηματικός τύπος, ο οποίος ορίζει τον αριθμό των νοσηλευτών ανά κλίνη, έτσι ώστε να καλύπτονται και οι τρεις βάρδιες, καθώς και να δίνονται τα ρεπό και οι άδειες των εργαζόμενων χωρίς προβλήματα. Ο τύπος είναι ο εξής:

**(αριθμός νοσηλευτών/αριθμό κλινών) *3, (αφορά τις βάρδιες) *1,67
(προκειμένου να βγαίνουν τα ρεπό και οι άδειες).**

Στη χώρα μας, όμως, «η ελάχιστη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενή» εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη έννοια. Οι περισσότερες κλινικές στα δημόσια νοσοκομεία συνεχίζουν να λειτουργούν, επειδή το υγειονομικό προσωπικό δεν διαπραγματεύεται την ποιότητα της φροντίδας του πάσχοντος και παλεύει καθημερινά για να καλύψει τα κενά από την έλλειψη προσωπικού, τον παρωχημένο τεχνολογικά εξοπλισμό και την αναποτελεσματική δημόσια διοίκηση, παρόλο το γεγονός ότι δουλεύει για περισσότερο αριθμό από ότι του αναλογεί..... (Γ. Κρητικός, 2007)

2.4 Άλλα επαγγέλματα υγείας

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται ελλείψεις σε νέα επαγγέλματα που είναι απαραίτητα ώστε να καλυφθούν οι νέες συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των υπηρεσιών υγείας. Απουσιάζουν οι εργαζόμενοι ορισμένων εξειδικευμένων κατηγοριών, όπως οι οικονομολόγοι, οι μάνατζερ, οι επιχειρησιακοί ερευνητές, οι κλινικοί μηχανικοί, οι προγραμματιστές Η/Υ, οι φυσικοί της ιατρικής, οι ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων κ.α (Μωραΐτης , 2004)

Επιπλέον, το διοικητικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων στη χώρα μας, αδυνατεί να ασκήσει αποτελεσματική διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων, ενώ το τεχνικό προσωπικό δε μπορεί να διαχειριστεί κατάλληλα τη σύγχρονη ιατρική και βιοϊατρική τεχνολογία, λόγω ελλείψεων εμπειρίας, "κουλτούρας" μάνατζμεντ και επιστημονικού υπόβαθρο.(Θεοδώρου και συνεργάτες 2001). Παρουσιάζουν, ωστόσο, τις μικρότερες ελλείψεις σε σύγκριση με το νοσηλευτικό δυναμικό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στο χώρο της υγείας έχουν καταγραφεί περίπου 300 επαγγέλματα.(Υφαντόπουλος, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Αξιολόγηση Μονάδων Υγείας

Η ανάγκη για αξιολόγηση στον τομέα της υγείας δημιουργήθηκε λόγω της αμφισβητούμενης αποτελεσματικότητας πολλών ιατρικών υπηρεσιών, των οργανωτικών και διοικητικών ελλείψεων. Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο και απαραίτητο κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάποιας υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Με την αξιολόγηση παρέχεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων και αντιμετώπισής τους. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Οι υπηρεσίες και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να αξιολογηθούν σε τέσσερα επίπεδα, τα οποία, σύμφωνα με τον Donabedian , είναι τέσσερα :

- Η αξιολόγηση των εισροών, που αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας
- Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών, που αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών, η οποία εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος
- Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, η οποία αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού

Για να επιτευχθούν ωστόσο όλα τα παραπάνω, χρειάζεται να γίνει μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης. Τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης σήμερα αποτελούν η **ισότητα** , η **αποτελεσματικότητα** και η **αποδοτικότητα**.(Τούντας και συνεργάτες , 2007)



3.1.1 Ισότητα

Η ισότητα στην υγεία είναι η δυνατότητα για ισότιμη πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας και ίδια ποιότητα φροντίδας των ασθενών, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών, φυλετικών και άλλων παραγόντων. Και αυτό διότι **η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό.**

Η ισότητα έχει δύο διαστάσεις, την **οριζόντια** και την **κάθετη**. Η οριζόντια ισότητα αναφέρεται στην ίση μεταχείριση ίσων, απαιτεί δηλαδή όλα τα άτομα που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια να λαμβάνουν φροντίδα υγείας της ίδιας ποιότητας και ποσότητας. Τελικός στόχος είναι η καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία. Η κάθετη ισότητα από την άλλη, αναφέρεται στην άνιση μεταχείριση άνισων και απαιτεί τα άτομα που πάσχουν από διαφορετικές ασθένειες να λαμβάνουν φροντίδες υγείας ανάλογης ποιότητας και ποσότητας με τη βαρύτητα της ασθένειας. Τις περισσότερες φορές όμως, δεν επιτυγχάνεται η κάθετη ισότητα στην πρόσβαση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, διότι στα συστήματα υγείας που επικρατούν οι μηχανισμοί αγοράς υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην κατανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας. (Χατζηδήμα, 2007)

3.1.2 Αποτελεσματικότητα

Ως αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της των σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού.

Η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών έχει σύνθετο χαρακτήρα και αναφέρεται σε ένα σύστημα προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών και οργανωτικών μέτρων. Η καλύτερη μέθοδος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας μονάδας υγείας, είναι μέσω της χρήσης μετρήσεων τελικών αποτελεσμάτων υγείας, (π. χ. θνησιμότητας, θνητότητας, ποιότητας ζωής), μέθοδος που συχνά δεν είναι εφαρμόσιμη. (Τούντας και συνεργάτες, 2007)

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μπορεί να γίνει όχι μόνο με βάση τους τελικούς αντικειμενικούς σκοπούς, αλλά και με ενδιάμεσα εμπειρικά κριτήρια, όπως η έρευνα ποιοτικού ελέγχου των ιατρικών δραστηριοτήτων (Medical Audit) που γίνεται στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Μέτρο της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί και η «**λειτουργική αποτελεσματικότητα**», η οποία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ασθενής σε σχέση με τον προκαθορισμένο ή ακόμη και ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να παρατηρηθούν τυχόν ποιοτικές ή ποσοτικές παρεκκλίσεις και να γίνουν τυχόν παρεμβολές και διορθώσεις. (Μωραΐτης, 2006)

3.1.3 Αποδοτικότητα

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας σε σχέση με τους οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους που χρησιμοποιούνται και προσδιορίζεται από το λόγο εκροών/εισροών. Στενά συνυφασμένη με την αποδοτικότητα είναι η παραγωγικότητα, που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές δίνοντας έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής. (Τούντας και συνεργάτες, 2007)

Άριστη θεωρείται η αποδοτικότητα μιας υπηρεσίας όταν με δεδομένη την ποιότητα και ποσότητα των διαθέσιμων μέσων (κεφάλαια, μηχανήματα, ανθρώπινο δυναμικό) επιτυγχάνεται το άριστο δυνατό αποτέλεσμα και σε ποιότητα και σε ποσότητα..(Μωραΐτης, 2006)

3.1.4 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης

Για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας πέρα από τα προαναφερθέντα βασικά κριτήρια υπάρχουν και δευτερεύοντα, τα οποία είναι:

- Η επάρκεια
- Η καταλληλότητα
- Η διαθεσιμότητα
- Η προσβασιμότητα ή προσπελασιμότητα
- Η αποδοχή
- Η δραστηκότητα
- Η συμμόρφωση
- Η συνέχεια
- Η λογοδοσία
- Η ανταποκρισιμότητα (Τούντας και συνεργάτες 2007)

3.2 Επιλογή Δεικτών για την αξιολόγηση μονάδων υγείας.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι κατάλληλοι δείκτες από έναν μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Οι δείκτες είναι συνήθως τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Είναι μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών. Το ποιοι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά εξαρτάται από το αντικείμενο της αξιολόγησης.

Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα στοιχεία: **εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.**

Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μπορούν να μετράνε με σαφήνεια το προσδιορισμένο αντικείμενο, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τους χρησιμοποιούν, να είναι ευαίσθητοι στις τυχόν πραγματοποιούμενες αλλαγές των υπό μελέτη φαινομένων και καταστάσεων, και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μίας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχουμε οριοθετήσει για μελέτη.

Οι δείκτες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ταξινομηθούν, αφού το εύρος των μετρήσεων που καλούνται να υλοποιήσουν είναι απίθανα μεγάλο.

Η Π.Ο.Υ. έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε 5 βασικές κατηγορίες:

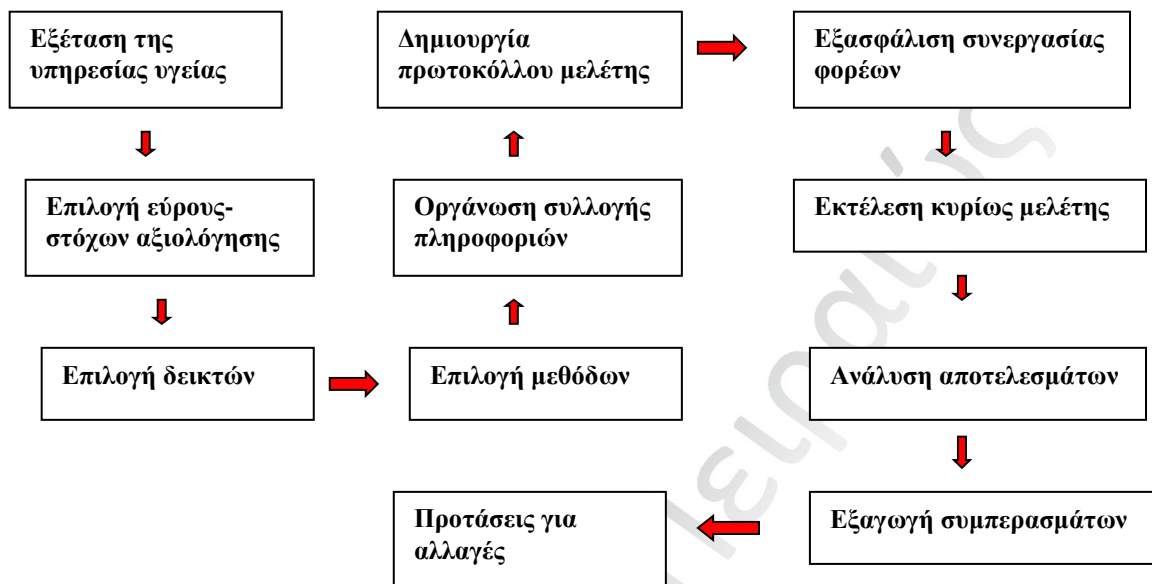
- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες
- Δείκτες επιπέδου υγείας
- Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Οι προαναφερόμενοι δείκτες χρησιμοποιούνται κυρίως στην αξιολόγηση συστημάτων, περισσότερο σε μακρο-επίπεδο και λιγότερο σε μικρο-επίπεδο.(Σούλης, 2007)

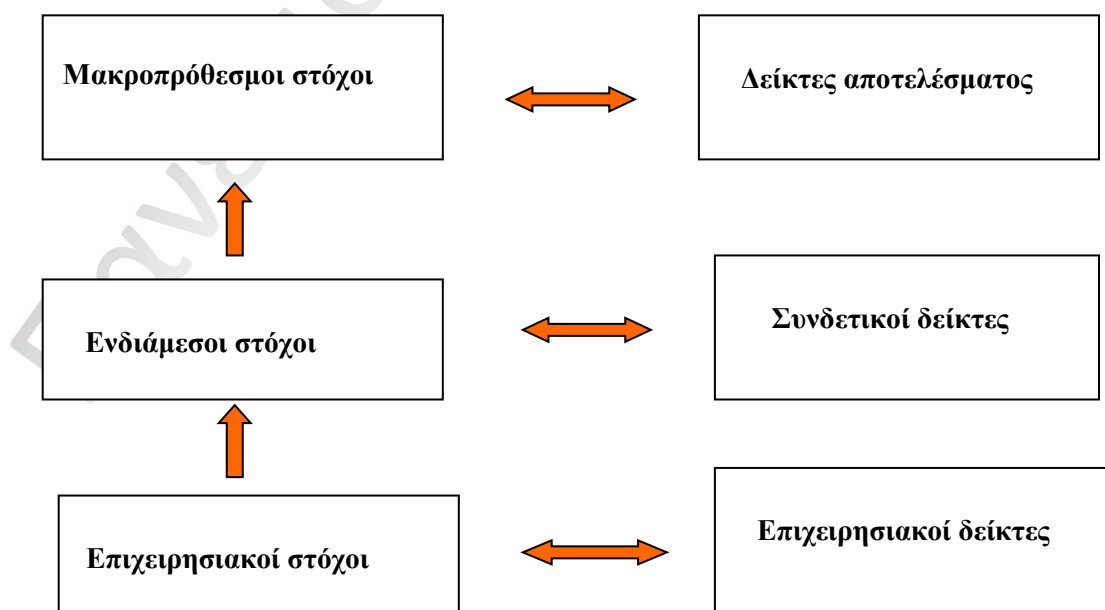
Οι δείκτες αντιπροσωπεύουν τους στόχους που έχει θέσει μια υπηρεσία και που η αξιολόγηση προσπαθεί να αποτιμήσει το βαθμό επίτευξής τους. Το βασικότερο κομμάτι της όλης διαδικασίας είναι η αποσαφήνιση των στόχων που υπηρετεί η υπηρεσία. Για να είναι, ωστόσο, μια αξιολόγηση ολοκληρωμένη, θα πρέπει οι στόχοι της να αφορούν σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας- εισροές, διαδικασίες, εκροές και τελικά αποτελέσματα.

Οι στόχοι των υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας διακρίνονται σε τελικούς ή μακροπρόθεσμους (βελτίωση προσδόκιμου επιβίωσης, ικανοποίηση ασθενών), ενδιάμεσους ή μεσοπρόθεσμους (συγκεκριμένος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων) και άμεσους ή επιχειρησιακούς (εισαγωγή νέας τεχνολογίας, πρόσληψη συγκεκριμένου αριθμού προσωπικού). Οι τελικοί στόχοι συνήθως αφορούν σε ανάγκες υγείας του πληθυσμού.(Τούντας και συνεργάτες 2007)

Στάδια ενός προγράμματος αξιολόγησης



Η σχέση μεταξύ στόχων ενός προγράμματος αξιολόγησης και δεικτών αξιολόγησης



Πίνακας. 4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΕ ΜΑΚΡΟ- ΕΠΙΠΕΔΟ

Δείκτες εισροών και επάρκειας	Δείκτες εκροών
<p>Ανθρώπινοι πόροι (εκτιμάται η αναλογία κάθε κατηγορίας προσωπικού / κλίνες)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Συνολικός αριθμός Επαγγελματιών Υγείας ▪ Ιατρικό προσωπικό ▪ Νοσηλευτικό προσωπικό ▪ Παραϊατρικό προσωπικό ▪ Διοικητικό προσωπικό ▪ Τεχνικό προσωπικό ▪ Προσωπικό Ξενοδοχειακής υποστήριξης 	<p>Δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά είδος νοσοκομείου (Γενικά, Ειδικά, Ψυχιατρικά) ▪ Μέση διάρκεια Νοσηλείας ανά κατηγορία νόσου ▪ Μέση κάλυψη Νοσηλευτικών κλινών ▪ Μέση Αδράνεια Κλίνης ▪ Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας ▪ Αριθμός ασθενών-εισαγωγών ▪ Αριθμός τοκετών ▪ Αριθμός επειγόντων περιστατικών <p>Δείκτες χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών ▪ Εισαγωγές ▪ Ιατρικές επισκέψεις ▪ Οδοντιατρικές επισκέψεις ▪ Κατανάλωση φαρμάκων
<p>Υλικοί Πόροι</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Νοσοκομεία ▪ Αναλογία κλινών/ κατοίκους ▪ Χωροταξική κατανομή γενικών νοσοκομειακών κλινών ▪ Χωροταξική κατανομή ειδικών κλινών (ΜΕΘ, ΜΑΦ) ▪ Αναλογία παιδιατρικών κλινών/ κατοίκους ▪ Χωροταξική κατανομή παιδιατρικών κλινών ▪ Κέντρα Υγείας ▪ Περιφερειακά ιατρεία ▪ Φαρμακεία ▪ Υπηρεσίες έκτακτων περιστατικών ▪ Αναλογία ασθενοφόρων/ κατοίκους ○ Βιοιατρική Τεχνολογία (π.χ. αναλογία αξονικών – μαγνητικών τομογράφων/ κατοίκους) 	<p>Δείκτες αποτελεσμάτων</p> <p>1. Δείκτες Νοσηρότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δείκτες Επιπολασμού ▪ Δείκτες Επίπτωσης <p>2. Δείκτες Θνησιμότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Γενικά ▪ Ανά ηλικία ▪ Ανά κοινωνική και επαγγελματική κατηγορία ▪ Ανά κατηγορία νόσου (καρκίνος, λοιμώξεις, ατυχήματα, κλπ) ▪ Δείκτες Βρεφικής Θνησιμότητας (νεογνική, όψιμη, κλπ) ▪ Σχέση Νοσηλευθέντων /Θανάτους (γενικά), ανά κατηγορία νόσου και θανάτους ▪ Σχέση Νοσηλευθέντων ανά ειδική κατηγορία νόσου /θανάτους από ίδια νόσο
<p>Οικονομικοί πόροι</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δαπάνες υγείας στο Α.Ε.Π. ▪ Δαπάνες υγείας στο σύνολο των δαπανών κοινωνικής προστασίας ▪ Δαπάνες υγείας /κάτοικο ▪ Δαπάνες υγείας /περιφέρεια ▪ Δαπάνες υγείας / Ασφαλιστικό Οργανισμό και ασφαλισμένο ▪ Δημόσιες – Ιδιωτικές δαπάνες ▪ Δαπάνες υγείας ανά επίπεδο φροντίδας ▪ Δημόσιες – Ιδιωτικές επενδύσεις υγείας 	<p>4. Δείκτες διασωθέντων ετών ζωής</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ανά κατηγορία νόσου ▪ Μέσος όρος ζωής ασθενών με Λεμφώματα ▪ Μέσος όρος ζωής ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας <p>5. Δείκτες ποιότητας ζωής –Ικανοποίησης Ασθενών</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση κινητικών αναπηριών από ατυχήματα χωρίς εργασιακή αποκατάσταση. ▪ Βαθμός κοινωνικής επανένταξης ψυχικά ασθενών ▪ Μείωση των εσφαλμένων διαγνώσεων ▪ Μείωση των παρενεργειών ανά κατηγορία ή είδος φαρμακευτικής αγωγής ▪ Μείωση επανεισαγωγών ανά κατηγορία νόσου ▪ Διάρκεια ζωής χωρίς πόνο των καρκινοπαθών ▪ Ποσοστό νοσηλείας στο σπίτι απόμων τρίτης ηλικίας, καρκινοπαθών κ.α.

Πίνακας. 5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΕ ΜΙΚΡΟ-ΕΠΙΠΕΔΟ

<i>Δείκτες εισροών και επάρκειας</i>	<i>Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας – παραγωγικότητας</i>
<p>Ανθρώπινοι πόροι</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Απασχολούμενοι ανά κλίνη ▪ Γιατροί ανά κλίνη ▪ Γιατροί ανά είδος κλίνης (παθολογική ή χειρουργική ή ΜΕΘ) ▪ Νοσηλευτές ανά κλίνη ▪ Νοσηλευτές ανά είδος κλίνης (παθολογική ή χειρουργική ή ΜΕΘ) ▪ Διοικητικοί, τεχνικοί ανά κλίνη και ανά είδος κλίνης 	<p>Απλοί (λειτουργικοί) δείκτες</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας ▪ Αριθμός εισαγωγών – νοσηλευθέντων ▪ Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ▪ Μέση κάλυψη κλινών (%) ▪ Ρυθμός Εισροής Ασθενών ▪ Διάστημα Εναλλαγής Κλινών
<p>Υλικοί Πόροι</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Αριθμός γενικών κλινών συνολικά και ανά τμήμα ▪ Αριθμός ειδικών κλινών συνολικά και ανά τμήμα ▪ Αριθμός κλινών Μ.Ε.Θ. ▪ Αριθμός αξονικών και μαγνητικών τομογράφων ▪ Μονάδες τεχνητού νεφρού ▪ Μικροβιολογικοί ηλεκτρονικοί αναλυτές ▪ Αριθμός λοιπών συσκευών υψηλής τεχνολογίας 	<p>Δείκτες αποτελεσμάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ποσοστό επιτυχίας χημειοθεραπειών ▪ Ποσοστό μείωσης επανεισαγωγών ▪ Ποσοστό μείωσης θνητότητας ανά κατηγορία νόσου ▪ Ποσοστό μείωσης θνητότητας ανά είδος χειρουργικής επέμβασης ▪ Ποσοστό μείωσης νοσοκομειακών λοιμώξεων ▪ Ποσοστό μείωσης πρώιμης νεογνικής θνησιμότητας ▪ Ποσοστό μείωσης λανθασμένων διαγνώσεων ▪ Ποσοστό μείωσης παραπόνων
<p>Οικονομικοί Πόροι</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Συνολικό Κόστος μονάδας υγείας (π.χ. νοσοκομείο, κέντρο υγείας, κλπ) ▪ Σταθερό κόστος – μεταβλητό κόστος ▪ Μέσο κόστος και οριακό κόστος ανά ασθενή ▪ Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ▪ Μέσο κόστος υγειονομικού υλικού, φαρμάκου, εργαστηριακών εξετάσεων, γενικών εξόδων ανά ασθενή ▪ Κόστος αναλωσίμων 	<p>Δείκτες αποδοτικότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Σχέση εισροών/ αποτελέσματος - εκροών ▪ Ανά κλινική ▪ Ανά κατηγορία νόσου ▪ Ανά ιατρική πράξη ▪ Ανά χρησιμοποιούμενο μηχάνημα ▪ Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά γιατρό - νοσηλευτή
<p>Άλλοι δείκτες</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Λίστες αναμονής ανά ιατρική ειδικότητα ή ανά κατηγορία νόσου ▪ Διακομιδές προς άλλα νοσοκομεία 	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

4.1 Ιστορικά στοιχεία

Το υγειονομικό σύστημα στο σύνολό του, αλλά και η κάθε υγειονομική μονάδα χωριστά καλό θα ήταν να αξιολογούνται τόσο όσον αφορά τη δομή και την οργάνωση, όσο και για τη λειτουργία και τα αποτελέσματα. Και αυτό γιατί από μόνα τους αποτελούν μια παραγωγική διαδικασία που συνεχώς μεταβάλλεται, οπότε και χρειάζεται συνεχή αξιολόγηση, πόσο μάλλον στις μέρες μας που το παραδοσιακό μοντέλο παροχής υπηρεσιών φροντίδας αλλάζει καθημερινά με την αυξανόμενη χρήση και εξέλιξη της τεχνολογίας.

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο υγειονομικό σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία και μάλιστα τοποθετείται στη γραμμή παραγωγής της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και ανάλογα τις ημέρες νοσηλείας, τον αριθμό των εξετάσεων, τον αριθμό των εισαγωγών έχουμε την αντίστοιχη παραγωγή του συστήματος.

Η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εξετάζει συνήθως συγκεκριμένους στόχους της υπηρεσίας, των οποίων ο βαθμός επίτευξης γίνεται με την βοήθεια κάποιων μεταβλητών που μετρούν τις διάφορες μετατροπές με απαραίτητη προϋπόθεση να χαρακτηρίζονται από σαφήνεια, ευαισθησία στις τυχόν αλλαγές, αξιοπιστία και εγκυρότητα. Με τον τρόπο αυτό καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της και την εισαγωγή νέων εφαρμογών στη λειτουργία της με αποτέλεσμα τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και την πιο αποτελεσματική και σωστή κατανομή των πόρων της, ανθρωπίνων και οικονομικών.

Παρακάτω θα γίνει μια προσπάθεια αξιολόγησης σε επίπεδο λειτουργικότητας, παραγωγής, παραγωγικότητας και αποδοτικότητας μιας δημόσιας υγειονομικής μονάδος στο λεκανοπέδιο του Πειραιά. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούμε στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων». Η επιλογή δεν είναι

τυχαία, καθώς αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία του Πειραιά και εξυπηρετεί πλήθος ατόμων από όλα τα δημοτικά διαμερίσματα του Πειραιά, ανεξάρτητα την οικονομική, κοινωνική και πολιτισμική κατάσταση του καθενός.

Η ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιώς είναι πολύ παλιά και ξεκινάει από τα χρόνια της Μικρασιατικής καταστροφής και της αθρόας τότε εγκαταστάσεως των προσφύγων στους συνοικισμούς του Πειραιά. Το 1983 το Νοσοκομείο εντάχθηκε στο ΕΣΥ (Ν. 13997/83) και το 1986 οι οργανικές του κλίνες ανέρχονται στις 630 (ΦΕΚ 901/Β/1986) από τις οποίες οι 300 κατανέμονται στον Παθολογικό, οι 300 στον Χειρουργικό και οι 30 στον Ψυχιατρικό Τομέα. Στο Νοσοκομείο ανήκει επίσης το Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, ενώ από το 1951 λειτουργεί και κέντρο αιμοδοσίας και παραγωγής παραγώγων αίματος. Το 1991 (ΦΕΚ 78/Β/91 και 360/Β/91) μετονομάζεται σε Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων" και το 1995 αριθμεί 716 οργανικές κλίνες από τις οποίες οι 343 στον Παθολογικό, οι 343 στον Χειρουργικό και οι 30 στον Ψυχιατρικό Τομέα (ΦΕΚ 373/Β/95). Το 2001 εντάσσεται στο Γ' ΠΕΣΥΠ Αττικής βάσει του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/2-3-01), αποτελώντας ανεξάρτητη αποκεντρωμένη μονάδα του, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια με την ονομασία " Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά Άγιος Παντελεήμων ". Σήμερα αποτελεί μέρος της Δεύτερης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου του Υπουργείου Υγείας .

4.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Με σκοπό την αξιολόγηση του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» κρίνεται σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν ορισμένοι βασικοί δείκτες εισροών και επάρκειας, εκροών, αποδοτικότητας και παραγωγικότητας. Στο σημείο αυτό σημειώνουμε ότι τα έτη που περιλαμβάνουμε στη μελέτη καλύπτουν το χρονικό διάστημα από το 2002 μέχρι και το 2006.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι χρησιμοποιούμε τους ποιοτικούς δείκτες αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο, δηλαδή σε επίπεδο νοσοκομειακής κλινικής,. Συχνά, η πορεία των ποιοτικών δεικτών απεικονίζει σαφέστερα την ανάπτυξη μίας κλινικής από ότι η στείρα εξέλιξη των χρηματοοικονομικών δεικτών. Για το λόγο αυτό, ο συνδυασμός και των δύο κατηγοριών δεικτών (ποιοτικοί - ποσοτικοί) είναι ιδανικός για την πληρέστερη κατανόηση της πορείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Μία διευκρίνιση που πρέπει να γίνει είναι ότι στη μελέτη ασχοληθήκαμε

αποκλειστικά και μόνο με το κτήριο του γενικού νοσοκομείου και όχι και με το κέντρο υγείας Σαλαμίνας και τη Νοσηλευτική σχολή τα οποία οργανικά ανήκουν στο νοσοκομείο.

Τέλος, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι επειδή το νοσοκομείο αποτελείται από κλινικές που προσφέρουν διαφορετικό είδος υπηρεσιών φροντίδας ανάλογα το είδος και τη φύση της ασθένειας και μπορεί τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα να είναι παραπλανητικά λόγω της ποικιλότητας αυτής, θεωρήσαμε σωστό να γίνει μια σύγκριση ανάμεσα σε κλινικές που έχουν το ίδιο αντικείμενο «απασχόλησης» και πιο συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στις δυο Καρδιολογικές κλινικές του Νοσοκομείου την χρονική περίοδο 2002 έως και 2006.

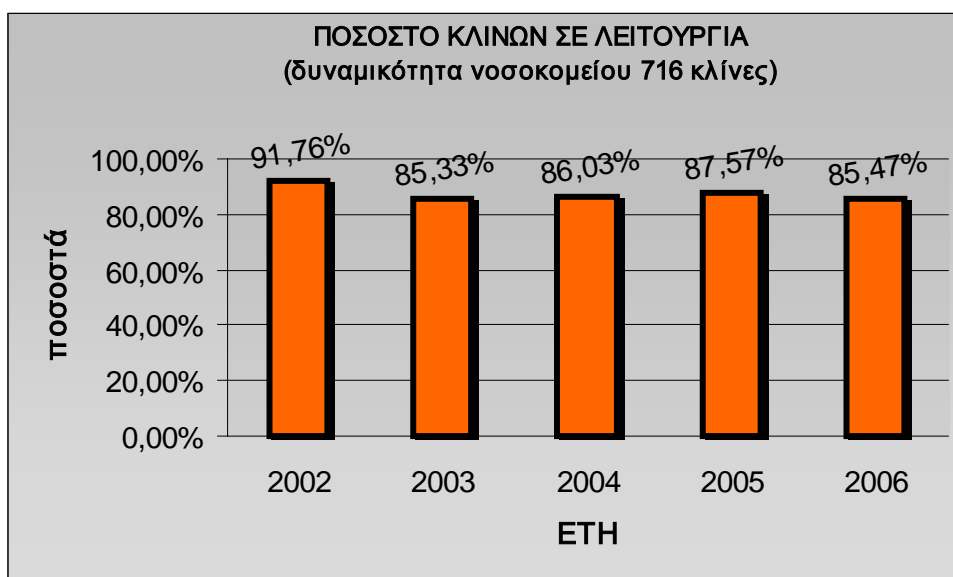
4.3 Ποιοτικοί Δείκτες Αξιολόγησης

4.3.1 Δείκτες Εισροών και Επάρκειας

Α. Υλικοί – Ανθρώπινοι πόροι

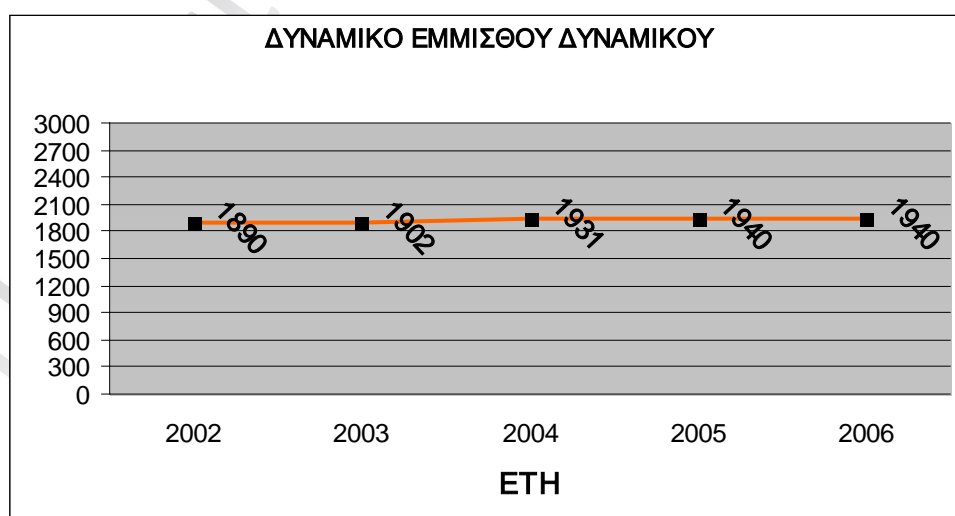
Πίνακας. 6					
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»:					
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ & ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ					
<u>ΥΛΙΚΟΙ – ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ</u>					
	2002	2003	2004	2005	2006
Κλίνες (716 στον οργανισμό του νοσοκομείου)	657	611	616	627	612
ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΜΜΙΣΘΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	2002	2003	2004	2005	2006
Ιατρικό	488	449	447	467	477
Νοσηλευτικό*	777	731	761	744	738
Διοικητικό	143	166	168	175	192
Παραϊατρικό	183	240	242	244	247
Βοηθητικό	215	186	184	182	161
Εργατοτεχνικό	84	130	129	128	125
Σύνολο	1890	1902	1931	1940	1940

*Στο νοσηλευτικό προσωπικό περιλαμβάνονται ΠΕ, ΤΕ Νοσηλευτές, μαίες, ΔΕ αδελφών νοσοκόμων, ΤΕ επισκεπτών, ΔΕ πρακτικών και ΥΕ βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό.



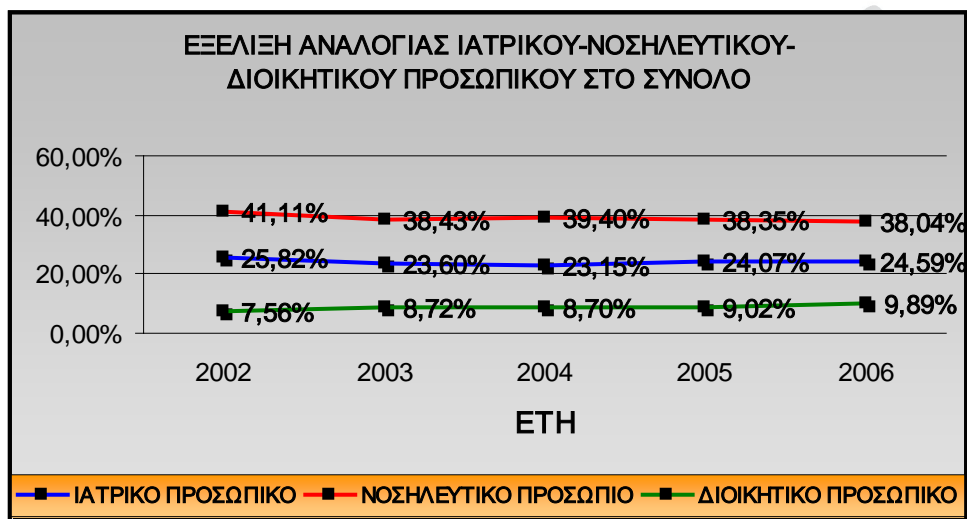
διάγραμμα 6.

Ο παραπάνω δείκτης εκφράζει την αναλογία των κλινών που βρίσκονται σε λειτουργία σε βάθος χρόνου, σε σύγκριση με τη δυναμικότητα των κλινών που διαθέτει το νοσοκομείο και είναι 716 κλίνες. Παρατηρούμε πως υπάρχει μια σχετική καθοδική τάση και αυτό είναι λογικό καθώς κατά τη διάρκεια των χρόνων αυτών μία κλινική μεταφέρθηκε σε άλλο νοσοκομείο (Δ Πανεπιστημιακή Χειρουργική), άλλες λειτούργησαν για πρώτη φορά (Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης και Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας) και άλλες είχαν λιγότερες ή περισσότερες κλίνες ανάλογα με τις ανάγκες και τα εφόδια σε ανθρώπινο δυναμικό είχαν.



διάγραμμα 7

A1. Εξέλιξη αναλογίας ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού στο σύνολο



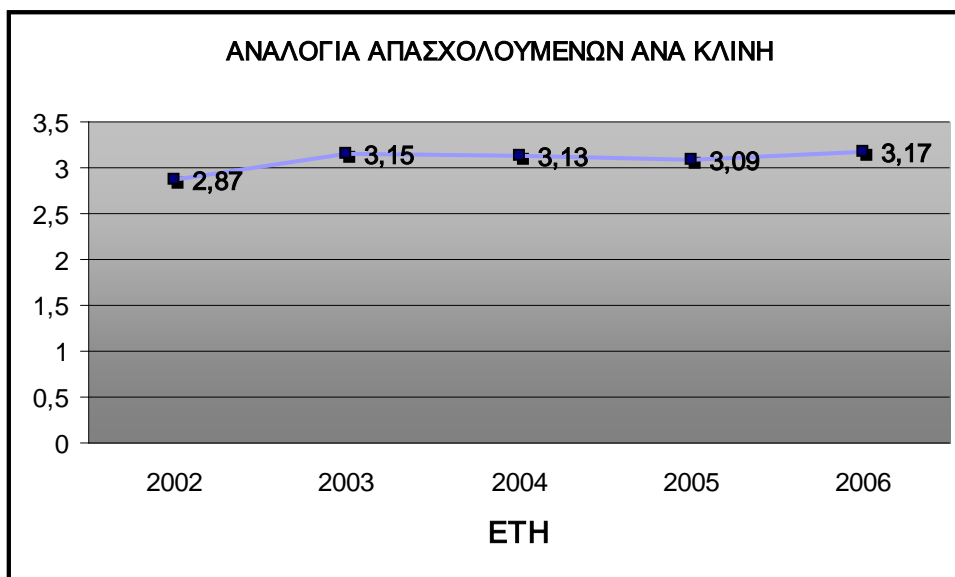
διάγραμμα 8.

Όσον αφορά στην εξέλιξη της αναλογίας του ιατρικού προσωπικού στο σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού που απαρτίζει το νοσοκομείο, παρατηρούμε ότι ενώ παρουσιάζει μια μικρή πτώση τα έτη 2003 και 2004 στη συνέχεια αυξάνεται σταδιακά, όπως συμβαίνει και με το διοικητικό προσωπικό που αυξάνεται καθ' όλη τη χρονική περίοδο, ενώ από την άλλη το νοσηλευτικό προσωπικό μειώνεται με μικρό αλλά σταθερό ρυθμό. Φανερώνεται δηλαδή η τάση που επικρατεί στην Ελλάδα να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο ιατρικό προσωπικό έναντι του νοσηλευτικού και να επιβεβαιώνεται ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας και να μειώνεται η αναλογία νοσηλευτών /ιατρών εις βάρος συνήθως της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

A2 . Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη

Αριθμός Απασχολούμενων έτους A / Αριθμός Νοσηλευτικών κλινών έτους A¹

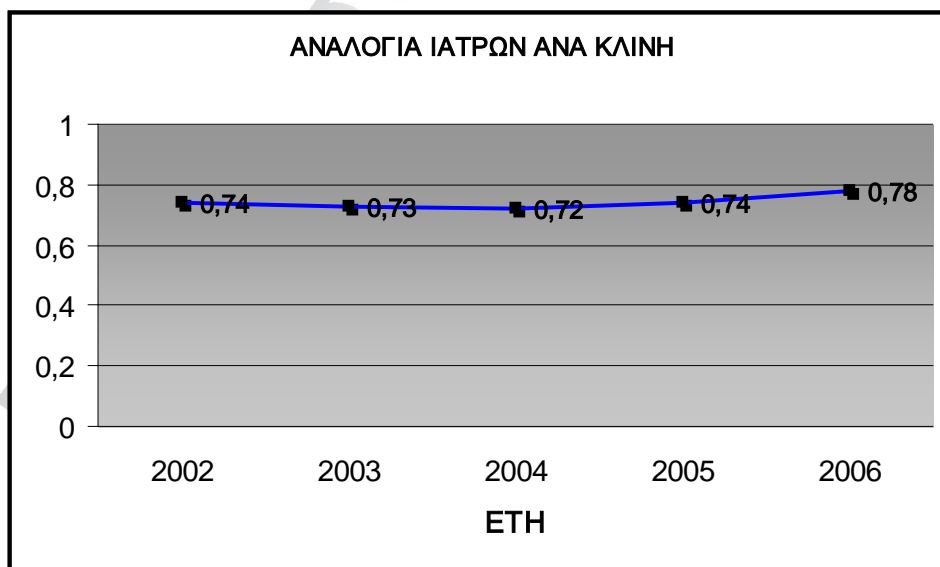
¹ κλίνη: ανεπτυγμένες



διάγραμμα 9.

Α3. Αναλογία κλινών ανά ιατρό

Αριθμός Ιατρών έτους Α / Αριθμός κλινών έτους Α



διάγραμμα 10.

A4. Αναλογία Νοσηλευτικού προσωπικού* ανά κλίνη

*Στο νοσηλευτικό προσωπικό περιλαμβάνονται ΠΕ, ΤΕ Νοσηλευτές, μαίες, ΔΕ αδελφών νοσοκόμων, ΤΕ επισκεπτών, ΔΕ πρακτικών και ΥΕ βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό.

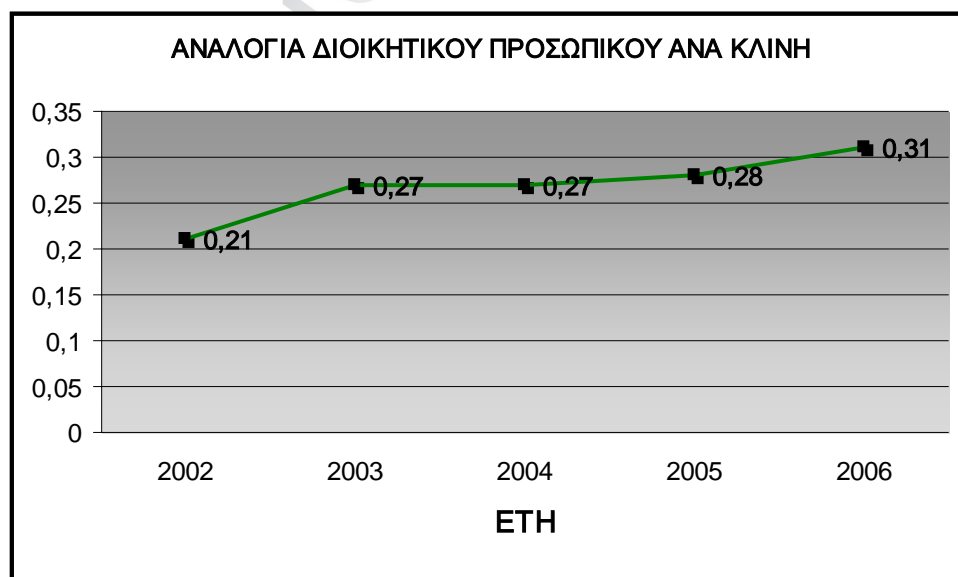
Αριθμός Νοσηλευτικού προσωπικού έτους Α / Αριθμός κλινών έτους Α



διάγραμμα 11.

A5. Αναλογία Διοικητικού προσωπικού ανά κλίνη

Αριθμός Διοικητικού προσωπικού έτους Α / Αριθμός κλινών έτους Α



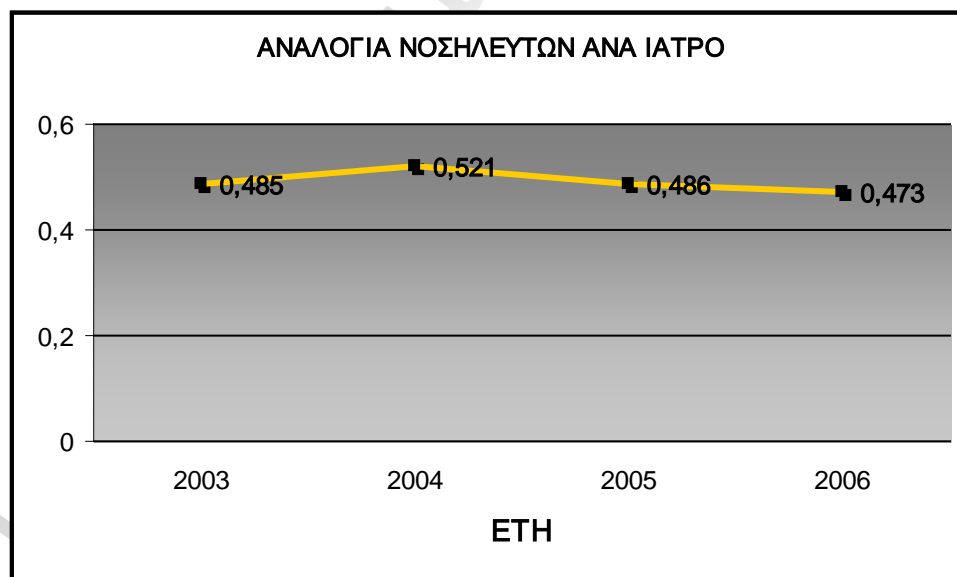
διάγραμμα 12.

Στους παραπάνω δείκτες παρατηρούμε μία αύξηση της παραγωγικότητας του συνολικά απασχολούμενου προσωπικού του νοσοκομείου σε σχέση με τη δυναμικότητά του. Ειδικότερα όμως πρέπει να επισημάνουμε πως η παραγωγικότητα του διοικητικού προσωπικού είναι αυτή που έχει μια συνεχή ανοδική πορεία σε όλο το χρονικό διάστημα που μελετάμε, ενώ αντιθέτως η πορεία τόσο του νοσηλευτικού όσο και του ιατρικού προσωπικού παρουσιάζει μια μικρή καμπή και στο τέλος έχει ανοδική τάση. Η διαφορά αυτή ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως το νοσηλευτικό ίδρυμα να έδειξε ενδιαφέρον μεγαλύτερο στην ενίσχυση της διοικητικής του υπηρεσίας που πιθανόν να είχε και το μεγαλύτερο πρόβλημα οργάνωσης και διαχείρισης.

Α6. Αναλογία Νοσηλευτών ανά Ιατρό

Αριθμός Νοσηλευτών* έτους A / Αριθμός Ιατρών έτους A

*Αναφερόμαστε στους ΠΕ και ΤΕ Νοσηλευτές μόνο



διάγραμμα 13

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι η αναλογία πτυχιούχων νοσηλευτών προς ιατρούς (μέσος όρος 0.46) είναι μικρότερη από ότι ισχύει στη χώρα μας γενικότερα όπου η αναλογία είναι μόλις 0,8 νοσηλευτές για κάθε ιατρό, ενώ πριν από 15 χρόνια η αναλογία ήταν 1 νοσηλευτής για κάθε ιατρό, όπως έχει

προαναφερθεί. Για μία ακόμη φορά επιβεβαιώνεται η πληθώρα του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού.

B. Οικονομικοί Πόροι

Πίνακας 7. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων
Στοιχεία Δραστηριότητας (2002-2006)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ

	2002	2003	2004	2005	2006
Συνολικά Έσοδα	24.757.148,61	31.153.178,09	36.081.540,12	92.062.280,33	28.539.113,95
Έσοδα από παροχή υπηρεσιών υγείας	19.692.913,80	24.357.499,00	23.721.677,13	21.260.299,45	25.340.010,21
Έξοδα σε υγειονομικό και λοιπό φαρμακευτικό υλικό	14.737.321,55	16.303.957,75	14.417.464,99	69.936.575,09	23.790.276,80
Συνολικές Δαπάνες	25.313.409,32	29.544.975,76	32.586.855,22	87.449.469,33	35.090.077,73

Ποσά σε € χιλ.

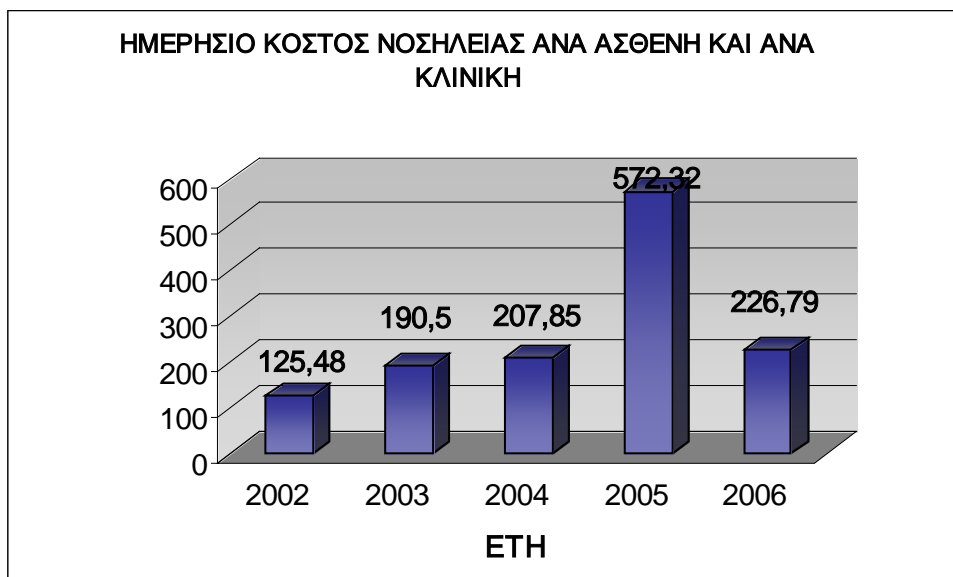
Πηγή: Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης της Β ΔΥΠΕ

B1. Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή και ανά κλίνη

Συνολικές Δαπάνες¹ έτους A / Συνολικές ημέρες Νοσηλείας έτους A

Υπολογισμός σε ευρώ

¹ Μπορεί να συνυπολογίζονται ή όχι οι δαπάνες πάγιων επενδύσεων

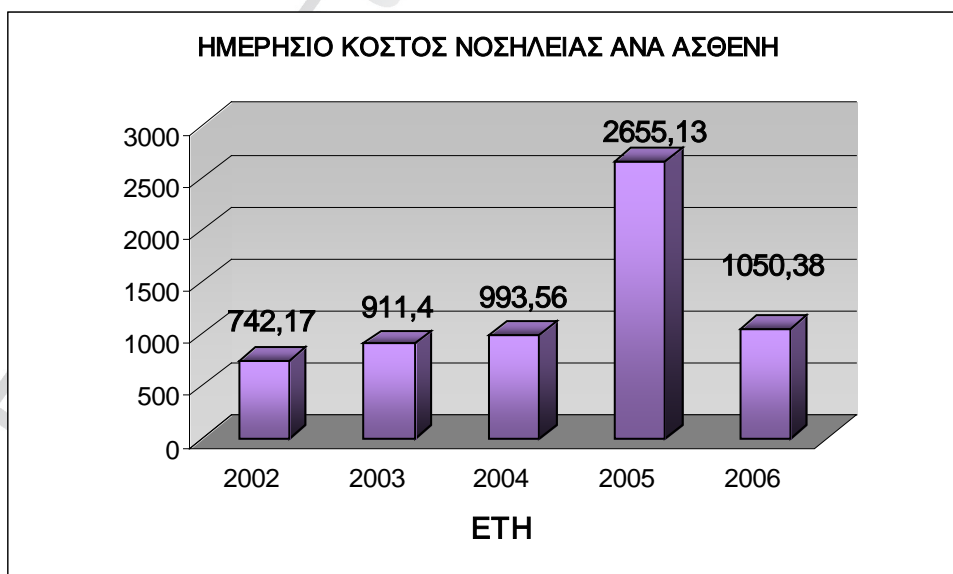


διάγραμμα 14

B2. Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή

Υπολογισμός σε ευρώ

Συνολικές Δαπάνες έτους Α / Αριθμός Εισαγωγών (Νοσηλευθέντων) έτους Α



διάγραμμα 15

Από τα παραπάνω διαγράμματα παρατηρούμε πως και το ημερήσιο κόστος ανά ασθενή, αλλά και το συνολικό κόστος ανά έτος συνεχώς αυξάνεται με κορύφωση το έτος 2005. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αγοράστηκαν τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, ο αριθμός των οποίων παρέμεινε σχετικά σταθερός και ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε αισθητά. Τα συνολικά έσοδα ετησίως του νοσοκομείου αυξάνονται και αυτά όπως επίσης και οι συνολικές δαπάνες, χωρίς όμως οι δαπάνες να ξεπερνούν τα έσοδα, με μία εξαίρεση το έτος 2006. Το νοσοκομείο, δηλαδή, μπορεί κάποιος να το θεωρήσει ως μία κερδοφόρα επιχείρηση, καθώς στο τέλος κάθε χρόνου το πρόσημο στο ισοζύγιο εσόδων εξόδων είναι θετικό.

4.3.2 Δείκτες Εκροών

A. Απλοί δείκτες εκροών – απόδοσης

A1. Συνολικές ημέρες νοσηλείας ή Σύνολο Ασθενο-Ημερών

Συνολικά ή ανά κλινική

A2. Αριθμός Εισαγωγών – Νοσηλευόμενων

A3. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

Συνολικά ή ανά κλινική ή ανά κατηγορία νόσου

Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας / Συνολικός Αριθ. Εισαγωγών (Νοσηλευόμενων)

A4. Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (%) ή πληρότητα κλινών (%)

Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευόμενων έτους A ×

100 / Αριθμός κλινών έτους A

(1) Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευόμενων

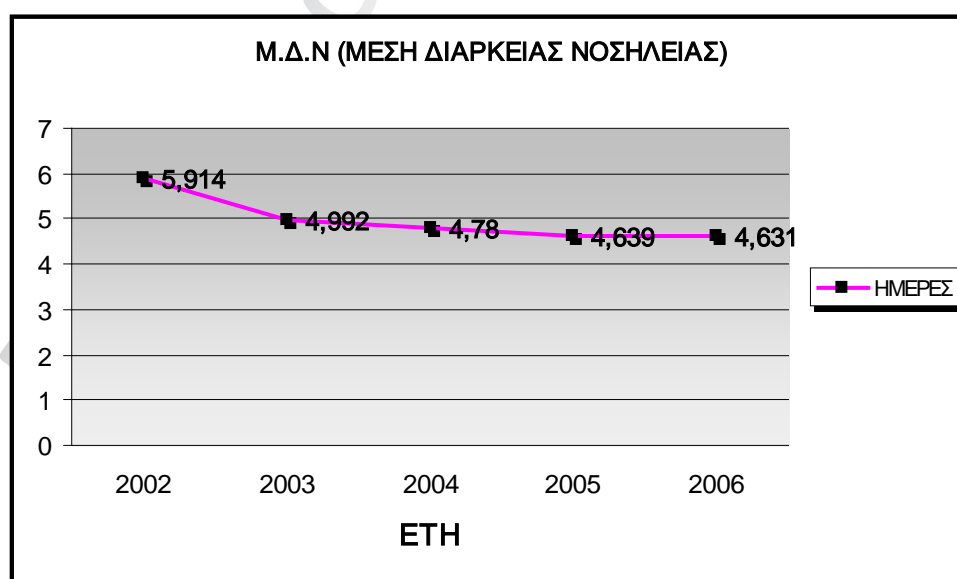
Συνολικές ημέρες Νοσηλείας έτους A / Συνολικές Ημέρες του έτους (365)

Πίνακας 8. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων
Στοιχεία Δραστηριότητας (2002-2006)
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΩΝ - ΑΠΟΔΟΣΗΣ

	2002	2003	2004	2005	2006
Πραγματικές Ημέρες νοσηλείας	201.721	155.088	156.779	152.799	154.722
Αριθμός νοσηλευθέντων	34.107	32.417	32.798	32.936	33.407
Μέση διάρκεια νοσηλείας	5,914 ημέρες	4,992 ημέρες	4,780 ημέρες	4,639 ημέρες	4,631 ημέρες
Ποσοστό πληρότητας %	84,37	66,98	69,65	68,69	69,72

Σημείωση: Στις 8/11/2003 σταμάτησε τη λειτουργία της η Δ Χειρ .Κλινική Παν/μίου Αθηνών και στις 5/3/2004 ξεκίνησε τη λειτουργία της η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

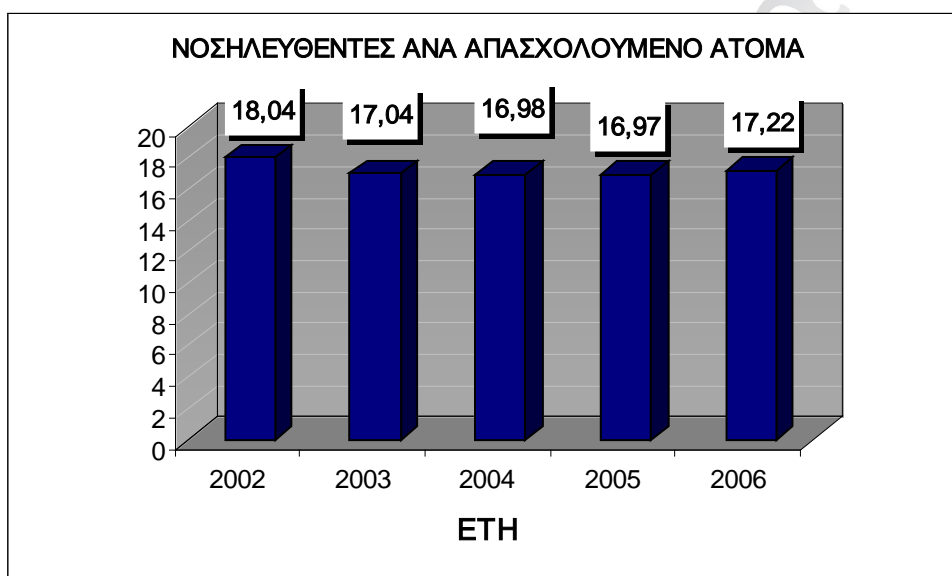


διάγραμμα 16

Η μικρή Μέση Διάρκεια Νοσηλείας που φανερώνεται από το παραπάνω διάγραμμα αποτελεί βασικό δείκτη ο οποίος αποδίδει την εικόνα λειτουργικής αποτελεσματικότητας του συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος. Επίσης, το ποσοστό πληρότητας αποκαλύπτει πως η ζήτηση για παροχή νοσηλείας και υπηρεσιών υγείας γενικότερα καλύπτεται επαρκώς από τη δυναμικότητα του νοσοκομείου.

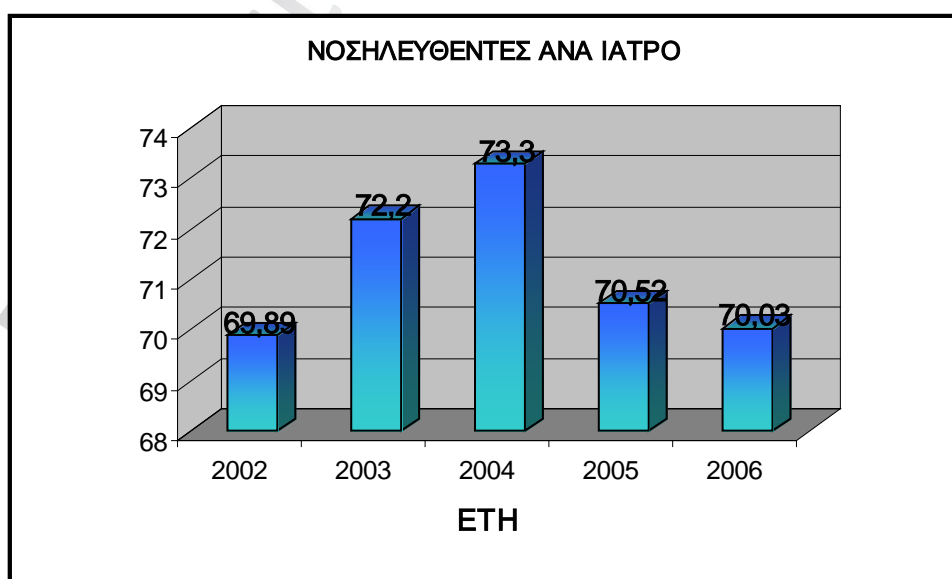
A5) Εισαγωγές – (Νοσηλευθέντες) ανά απασχολούμενο άτομο (Ιατρό, Νοσηλεύτη, κ.ο.κ.)

Αριθμός Εισαγωγών έτους A / Αριθμός απασχολούμενων έτους A



διάγραμμα 17

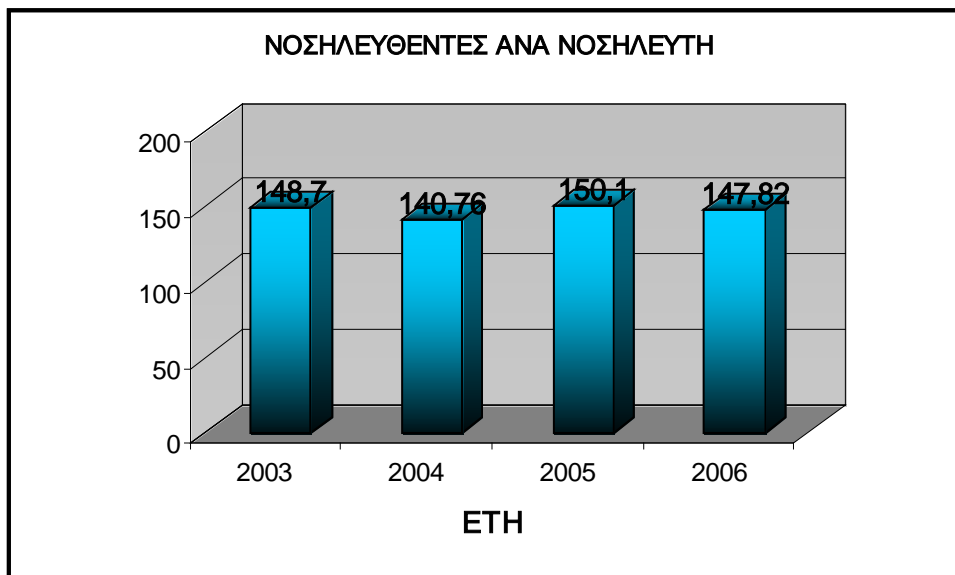
β) Εισαγωγές – (Νοσηλευθέντες) ανά ιατρό



διάγραμμα 18

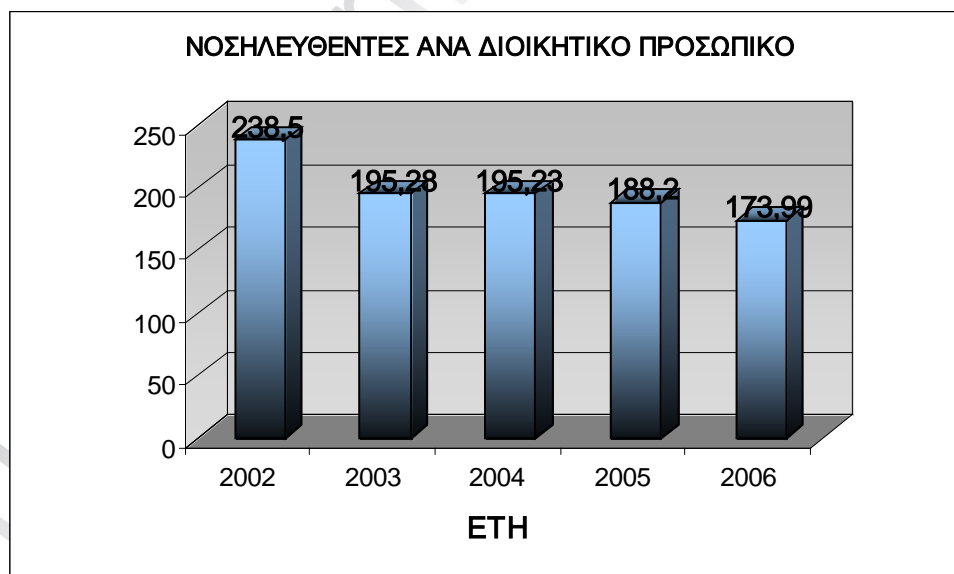
γ) Εισαγωγές – (Νοσηλευθέντες) ανά νοσηλευτή*

* Αναφερόμαστε στους ΠΕ και ΤΕ Νοσηλευτές μόνο



διάγραμμα 19

δ) Εισαγωγές – (Νοσηλευθέντες) ανά διοικητικό προσωπικό



διάγραμμα 20

Ενώ ο αριθμός των νοσηλευόμενων παραμένει σχετικά σταθερός κατά τα έτη 2003 έως και 2006 με μέσο όρο κάθε χρόνο 32.300 άτομα, στο μόνο κλάδο που μειώνεται η αναλογία είναι σε αυτόν του διοικητικού προσωπικού. Αντιθέτως, τόσο

στον ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό τομέα η αναλογία είναι οριακά ανοδική με μεγάλες διακυμάνσεις. Μπορεί η αύξηση της αναλογίας των εισαγωγών ανά απασχολούμενο άτομο να καταδεικνύει βελτίωση της παραγωγικότητας του ανθρώπινου δυναμικού χρειάζεται ωστόσο πιο ορθή διάρθρωση του προσωπικού ώστε να μπορέσει να συμβάλλει και αυτό στη γενικότερη ανάπτυξη της νοσηλευτικής μονάδας.

B. Δείκτες παραγωγής, παραγωγικότητας, λειτουργικότητας

B1. Απλοί Δείκτες παραγωγής

I_{p1} = Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες

(Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια μίας περιόδου)

$$I_{p1} = (P / B) \times (t / 365)$$

όπου

P = αριθμός νοσηλευόμενων

B = αριθμός κλινών

t = διάρκεια αναφοράς: εβδομάδα, μήνας έτος (365)

Αν αυξηθεί ο αριθμός των νοσηλευόμενων προκύπτει εύλογα αύξηση της παραγωγής στο νοσοκομείο.

B2. Δείκτης παραγωγής

I_{p2} = Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών

$$I_{p2} = (I_o / T_m) \times (t / 365)$$

όπου

I_o = Μέση Κάλυψη Νοσοκομειακών Κλινών (% πληρότητας)

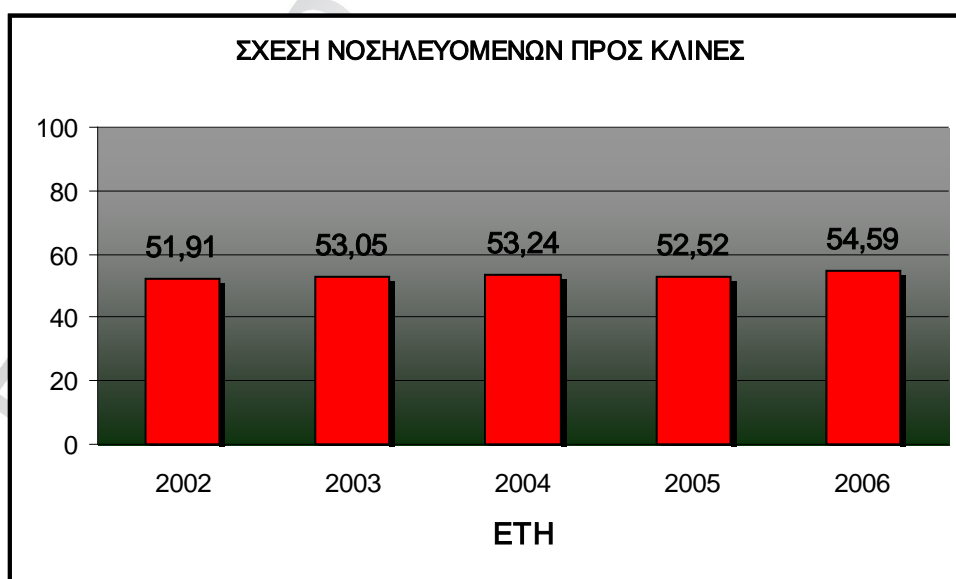
t = διάρκεια αναφοράς: εβδομάδα, μήνας έτος (365)

T_m = Μ.Δ.Ν. (Μέση Διάρκεια Νοσηλείας)

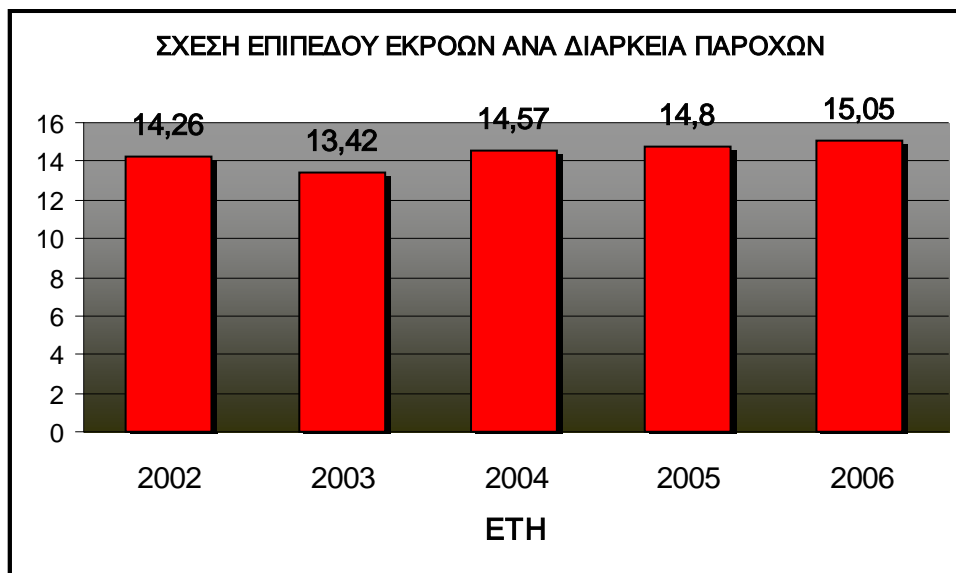
Όσο μεγαλύτερο είναι το I_{p2} , τόσο το νοσοκομείο εξυπηρετεί περισσότερους νοσηλευόμενους, περισσότερα περιστατικά ενώ μειώνει τις λίστες αναμονής, τη μετακίνηση ασθενών σε άλλα νοσοκομεία και ταυτόχρονα με την έγκαιρη εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο αποφεύγονται οι πιθανές επιπλοκές για τον ασθενή και επιτυγχάνεται συντομότερα η αποθεραπεία του.

Πίνακας 9. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες (I_{p1})	51,91	53,05	53,24	52,52	54,59
Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών (I_{p2})	14,26	13,42	14,57	14,80	15,05



διάγραμμα 21



διάγραμμα 22

4.3.3 Δείκτης Αποδοτικότητα

Σχέση παραγόμενου προϊόντος – εκροών προς χρησιμοποιούμενες εισροές

Ie = Σχέση όγκου παραγωγής προς εισροές (παραγωγικότητα απασχολούμενων)

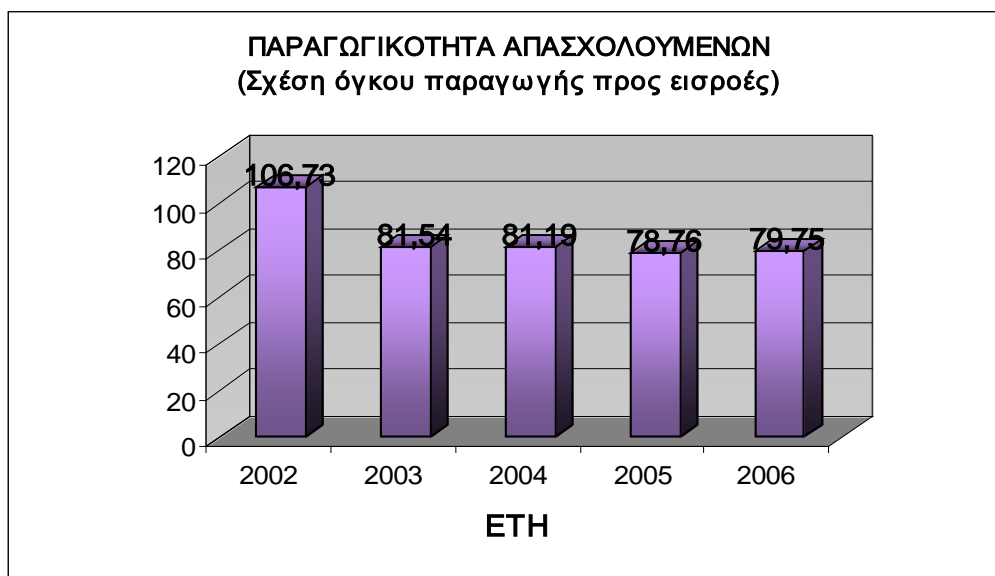
$$Ie = (P_d / P_t) \times (t / 365)$$

όπου

P_d = Συνολικός αριθμός Ημερών Νοσηλείας

t = Χρονικό Διάστημα Αναφοράς (ημέρες, μήνας, έτος)

P_t = Συνολικός αριθμός απασχολούμενων στην κλινική/νοσοκομείο



διάγραμμα 23

Αξίζει να σημειωθεί ότι η παραγωγικότητα των απασχολουμένων μετά τη μεγάλη πτώση που παρατηρήθηκε από το έτος 2002 στο 2003 παραμένει σχετικά σταθερή, γεγονός που οφείλεται ότι ειδικά τα τελευταία έτη παρατηρήθηκε μείωση των πραγματικών ημερών νοσηλείας ενώ ο αριθμός του προσωπικού παρουσίασε μικρή άνοδο. Εύλογα λοιπόν, με μικρότερο αριθμητή (ημέρες νοσηλείας) το παραγόμενο προϊόν να παρουσιάζεται μικρότερο, αλλά όχι με μεγάλη διακύμανση την περίοδο 2003 έως και 2006.

Συμπερασματικά, η συνολική εικόνα των ποιοτικών δεικτών του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» κατά τη διαχρονική εξέλιξη των ετών, καταδεικνύει μία σχετικά θετική πορεία του νοσοκομείου, με συνεχή τάση βελτίωσης. Ωστόσο, τα παραπάνω μεγέθη του νοσοκομείου μπορεί να μας δώσουν μια παραπλανητική εικόνα, λόγω της ποικιλομορφίας των κλινικών που απαρτίζουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο παρακάτω να γίνει μια σύγκριση δεικτών ανάμεσα σε δύο κλινικές που έχουν το ίδιο αντικείμενο εργασίας. Πιο

συγκεκριμένα, θα αναφερθούμε στην πορεία των Καρδιολογικών Κλινικών Α και Β στ έτη 2002 μέχρι και το 2006.

4.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Πίνακας 10. ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΑΝΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

	2002	2003	2004	2005	2006
Α΄ Καρδιολογική	35	36	36	36	36
Β΄ Καρδιολογική	21	29	29	29	29
Συνολικές κλίνες Παθολογικού Τομέα	317	313	311	331	315

**Πίνακας 11. Α΄ Καρδιολογική Κλινική
 Στοιχεία Δραστηριότητας (2002-2006)
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΩΝ - ΑΠΟΔΟΣΗΣ**

	2002	2003	2004	2005	2006
Πραγματικές Ημέρες νοσηλείας	11.285	9.416	9.401	9.674	9.755
Αριθμός νοσηλευθέντων	2.308	2.396	2.161	2.352	2.575
Μέση διάρκεια νοσηλείας	4,890 ημέρες	4,106 ημέρες	4,350 ημέρες	4,113 ημέρες	3,788 ημέρες
Ποσοστό πληρότητας %	88,34	71,66	71,35	73,62	74,24

Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

Πίνακας 12. **Β' Καρδιολογική Κλινική**
Στοιχεία Δραστηριότητας (2002-2006)
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ - ΑΠΟΔΟΣΗΣ

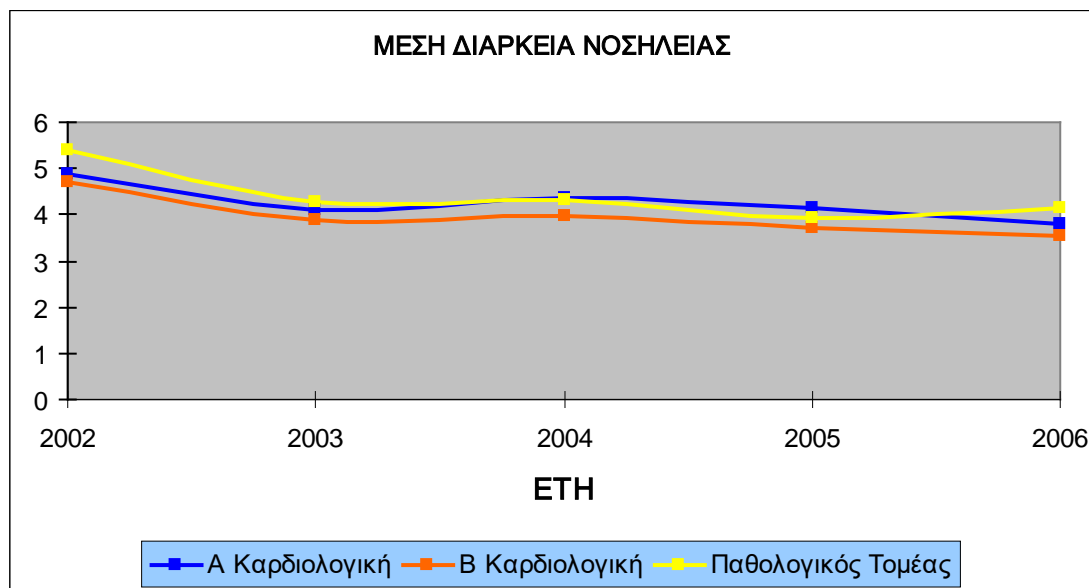
	2002	2003	2004	2005	2006
Πραγματικές Ημέρες νοσηλείας	8.594	7.168	7.595	7.871	7.820
Αριθμός νοσηλευθέντων	1.822	1.926	1.913	2.110	2.220
Μέση διάρκεια νοσηλείας	4,717 ημέρες	3,891 ημέρες	3,970 ημέρες	3,730 ημέρες	3,523 ημέρες
Ποσοστό πληρότητας %	112,12	67,72	71,56	74,36	73,88

Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών

Πίνακας 13. **Παθολογικός Τομέας**
Στοιχεία Δραστηριότητας (2002-2006)
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ - ΑΠΟΔΟΣΗΣ

	2002	2003	2004	2005	2006
Πραγματικές Ημέρες νοσηλείας	96.788	74.667	81.007	76.627	82.105
Αριθμός νοσηλευθέντων	17.965	17.961	18.684	19.457	19.907
Μέση διάρκεια νοσηλείας	5,388 ημέρες	4,290 ημέρες	4,336 ημέρες	3,938 ημέρες	4,124 ημέρες
Ποσοστό πληρότητας %	83,65	66,84	71,17	67,50	72,33

Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Τμήματος Κίνησης Ασθενών



διάγραμμα 24

Παρατηρούμε πως ο δείκτης Μέση Διάρκεια Νοσηλεία είναι μικρότερος σε όλη τη χρονική περίοδο που εξετάζουμε στη Β Καρδιολογική, γεγονός που καταδεικνύει την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της κλινικής αυτής. Πρέπει ωστόσο να επισημάνουμε όπως ο αριθμός τόσο των πραγματικών ημερών νοσηλείας, όσο και ο αριθμός των νοσηλευθέντων παρουσιάζουν αποκλίσεις μεταξύ των δύο κλινικών, που μπορεί να δικαιολογηθεί από τον αριθμό εφημεριών της κάθε κλινικής ανά έτος για παράδειγμα.

Το ποσοστό πληρότητας και στις δύο περιπτώσεις φανερώνει πως η ζήτηση για παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο συγκεκριμένο είδος καλύπτεται επαρκώς από τη δυναμικότητα των κλινικών, με **μία εξαίρεση** το έτος **2002** όπου ο συγκεκριμένος δείκτης για την **Β καρδιολογική κλινική** άγγιξε το **112,12%** και μπορεί να ερμηνευτεί πως οι κλίνες δεν επαρκούσαν και οι ασθενείς αναγκάστηκαν να φιλοξενηθούν σε άλλες κλινικές, προκειμένου να λάβουν τις απαραίτητες φροντίδες. Συνεπώς, εκείνη την περίοδο η δυναμικότητα της συγκεκριμένης κλινικής σε κλίνες δεν επαρκούσε για την κάλυψη των αναγκών.

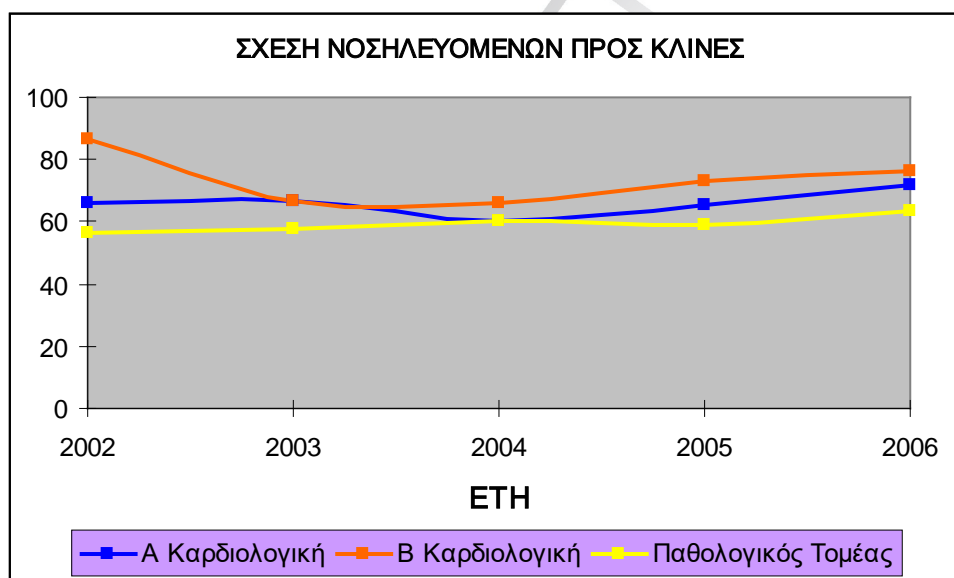
<i>Πίνακας 14.</i>		Α' Καρδιολογική Κλινική				
		<u>ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (2002-2006)</u>				
		2002	2003	2004	2005	2006
Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες (Ip ₁)		65,94	66,55	60,02	65,33	71,53
Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών (Ip ₂)		18,07	17,45	16,40	17,90	19,60

<i>Πίνακας 15</i>		Β Καρδιολογική Κλινική				
		<u>ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (2002-2006)</u>				
		2002	2003	2004	2005	2006
Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες (Ip ₁)		86,76	66,41	65,96	72,76	76,55
Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών (Ip ₂)		23,77	17,40	18,02	19,93	20,97

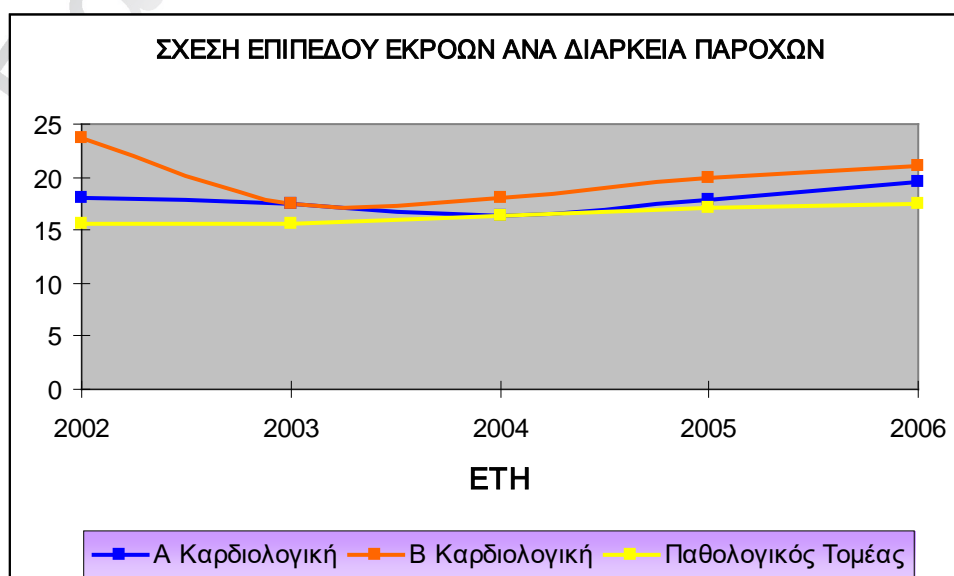
<i>Πίνακας 16.</i>		Παθολογικός Τομέας				
		<u>ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (2002-2006)</u>				
		2002	2003	2004	2005	2006
Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες (Ip ₁)		56,67	57,38	60,07	58,78	63,19
Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών (Ip ₂)		15,52	15,58	16,41	17,14	17,54

Παρατηρούμε ότι και οι δύο δείκτες και των δύο κλινικών παρουσιάζουν από το 2003 και μετά βελτίωση με σχετικά καλό ρυθμό. Η βελτίωση αυτή μπορεί κάποιος να θεωρήσει ότι οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στην αύξηση της ζήτησης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια.

Παράλληλα, η καλύτερη αποδοτικότητα αναφορικά όσον αφορά τον πρώτο δείκτη μπορεί να θεωρηθεί ότι οφείλεται **α)** στην εξειδίκευση του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού στο συγκεκριμένο αντικείμενο εργασίας, **β)** στη χρησιμοποίηση τελευταίας τεχνολογίας μηχανημάτων, **γ)** στη βελτίωση του ελέγχου της διάρκειας της εργασίας και **δ)** στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.



διάγραμμα 25



διάγραμμα 26

Σημείωση

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο αντιμετωπίσαμε δυσκολία διαχωρισμού του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού του σε κλινικές και τομείς. Πολλά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένου και του υπό μελέτη νοσοκομείου, τηρούν τα στοιχεία για τον αριθμό των νοσηλευτών και των ιατρών συνολικά, οπότε όλοι οι δείκτες που αφορούν το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό υπολογίστηκαν σε επίπεδο νοσοκομείου. Συνεπώς δείκτες που εμπεριέχουν αριθμό προσωπικού ανά κλινική και τομέα, δεν ήταν δυνατό να χρησιμοποιηθούν και να συγκριθούν μεταξύ τους

4.5 Αποτελέσματα έρευνας του Ε.Σ.Υ το 2006

Κρίνεται σκόπιμο, παρακάτω να γίνει μια μικρή αναφορά στα αποτελέσματα μίας έρευνας που έγινε τη χρονική περίοδο 2006 με τίτλο « **Αξιολόγηση Παραγωγικότητας εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ.**» και που είχε ως αντικείμενο μελέτης τη διερεύνηση της παραγωγικότητας της εργασίας του ανθρώπινου δυναμικού κατά κλάδο και ειδικότητα στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα έγινε σύγκριση των διαφόρων δεικτών αξιολόγησης του κάθε νοσοκομείου με τον ιδανικό δείκτη, σε απόλυτη πάντα τιμή, ο οποίος προέκυπτε από τον μέσο όρο των δεικτών ανά κατηγορία σε πανελλήνιο επίπεδο. Συνεπώς, ανάλογα την απόκλιση που παρουσιαζόταν, είτε θετική είτε αρνητική του εκάστοτε δείκτη με τον ιδανικό, μπορούσε κάποιος να βγάλει συμπέρασμα σχετικά με το αν υπήρχε επάρκεια ή όχι σε προσωπικό.

Βάσει των αποτελεσμάτων που εξήχθησαν από την εν λόγω έρευνα, το νοσοκομείο που εμείς θεωρήσαμε σκόπιμο να μελετήσουμε, το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», δηλαδή, **α)** άνηκε στα δέκα πρώτα νοσοκομεία με σειρά επτά, που εμφάνιζαν το μεγαλύτερο πλεόνασμα σε νοσηλευτικό προσωπικό με διαφορά από τον ιδανικό αντίστοιχο δείκτη κατά 106 άτομα, **β)** στον δείκτη ανεπτυγμένες κλίνες αν ιατρό κατείχε την 75^η θέση με απόκλιση από τον αντίστοιχο ιδανικό δείκτη **-18,01%** (

ο ιδανικός ήταν 1,43 και το νοσοκομείο είχε 1,17), γ) στον δείκτη ανεπτυγμένες κλίνες ανά νοσηλευτή κατέλαβε την 79^η θέση με απόκλιση από τον εν συγκρίσει ιδανικό δείκτη της κατηγορίας αυτής **-14,19%** (ιδανικός δείκτης: 0,67 και του νοσοκομείου: 0,57) και δ) στον δείκτη ανεπτυγμένες κλίνες ανά εργαζόμενο συνολικά έλαβε την 7^η θέση με απόκλιση **+70,50%** από τον ιδανικό δείκτη (δείκτης νοσοκομείου:0,48 και ιδανικός :0,28)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασικός σκοπός της παραπάνω μελέτης του γενικού Περιφερειακού νοσοκομείου Νίκαιας « Άγιος Παντελεήμων» ήταν η εξαγωγή κάποιων δεικτών, οι οποίοι θα μπορούσαν να απεικονίσουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της άνωθεν νοσοκομειακής μονάδος σε συνδυασμό με την παραγωγικότητα του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού κατά κλάδο και ειδικότητα.

Βάσει των αποτελεσμάτων που εξήχθησαν κατά τη χρονική περίοδο 2002 έως και το 2006 μπορεί κάποιος να πει πως το νοσοκομείο βρίσκεται σε μια σχετικά καλή τροχιά βελτίωσης σε ποιοτικό κυρίως επίπεδο.

Η θετική πορεία του νοσοκομείου είναι εμφανής από τη συνεχή μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας , ενώ το ικανοποιητικό ποσοστό πληρότητας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η δυναμικότητα του νοσοκομείου και πιο συγκεκριμένα το πλήθος των αναπτυγμένων κλινών, μπορεί να καλύψει με επάρκεια την όλο αυξανόμενη ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. Αποτέλεσμα αυτής της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών είναι και η καλύτερευση κάθε χρόνο των δεικτών παραγωγής με κορύφωση, τόσο για τον δείκτη που αναφέρεται στη σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες, όσο και για εκείνον που αναφέρεται στη σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών, το έτος 2006. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο εύλογο συμπέρασμα, πως το νοσοκομείο έχει μειώσει σε μεγάλο βαθμό τη λίστα αναμονής και την μετακίνηση των ασθενών σε άλλα νοσοκομεία , ενώ παράλληλα η εξυπηρέτηση και η ποιότητα των υπηρεσιών έχει βελτιωθεί προς το συμφέρον πάντα των ασθενών.

Όσον αφορά το συνολικό ανθρώπινο δυναμικό, εκεί παρατηρείται κάποιο πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα, η αναδιάρθρωση του δυναμικού του έμμισθου προσωπικού του νοσηλευτικού ιδρύματος δεν ήταν και τόσο εύλογη, διότι , ενώ το

διοικητικό και το ιατρικό εν μέρει προσωπικό συνεχώς αυξανόταν σε αριθμητικά πάντα τιμές, το νοσηλευτικό προσωπικό μειωνόταν, είτε λόγω μετακίνησης σε άλλο κλάδο ή νοσοκομείο, είτε λόγω συνταξιοδότησης κ.α. Και όταν η ζήτηση αυξάνεται και από την αντίπερα όχθη δεν υπάρχει επαρκής εξοπλισμός ή αν υπάρχει, δεν είναι σωστά τοποθετημένος, τότε κάποια στιγμή θα υπάρξουν σοβαρά προβλήματα και στην απόδοση του συστήματος και στην ποιότητα των υπηρεσιών ,με αντίκτυπο τους νοσηλευόμενους, το ίδιο το προσωπικό και γενικότερα την ίδια την κοινωνία. Για το λόγο αυτό, παρακάτω θα αναφέρουμε κάποιες προτάσεις για σωστή διαχείριση και αξιοποίηση κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού.

Από την απότομη αύξηση του ετήσιου προϋπολογισμού που παρατηρήθηκε το έτος 2005 φανερώνεται η προσπάθεια του νοσοκομείου να ενισχυθεί με τελευταίας τεχνολογίας εξοπλισμό, ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει με αξιοπρέπεια στις αυξανόμενες και ειδικότερες απαιτήσεις-ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Με ταυτόχρονη, βέβαια, ενημέρωση και εκπαίδευση του εκάστοτε προσωπικού. Το γεγονός ,επίσης, ότι το οικονομικό ισοζύγιο ανάμεσα στα έσοδα και στα έξοδα κάθε έτους είχε θετικό πρόσημο φανερώνει ότι το νοσοκομείο δεν είναι ζημιολόγο και ότι μπορεί να σταθεί στο χώρο της υγείας με αξιοπρέπεια χωρίς συνεχείς οικονομικές ενισχύσεις και παρεμβάσεις από τον εκάστοτε κρατικό προϋπολογισμό.

Συνεπώς, με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν μέσω της μελέτης και με τους αντίστοιχους δείκτες, είναι εμφανές ότι η πορεία του συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος μπορεί να χαρακτηριστεί ανοδική, με περιθώρια διόρθωσης, ώστε στο εγγύς μέλλον να παρουσιάσει μεγαλύτερη βελτίωση, με διάρκεια φυσικά, και να μπορέσει με τον τρόπο αυτό να παίξει σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας

Αυτό όμως που πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του κάποιος που μπαίνει στη διαδικασία της αξιολόγησης και σύγκρισης, είναι ότι κάθε νοσοκομείο παρουσιάζει ιδιαιτερότητες ανάλογα με τον τομέα στον οποίο εξειδικεύεται ή φημίζεται και ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένος και ομοιογενής τρόπος συλλογής πληροφοριών και στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Εισαγωγή

Είναι κοινή διαπίστωση πως για να θεωρηθεί ένα Σύστημα Υγείας αποτελεσματικό και αποδοτικό χρειάζεται εκσυγχρονισμός, μακροχρόνιος προγραμματισμός και σχεδιασμός, αλλαγή νοοτροπίας, ευελιξία και προσαρμογή στην εκάστοτε πραγματικότητα

Ο ανθρώπινος παράγοντας θεωρείται από τους πιο σημαντικούς στη διαχείριση και λειτουργία του συστήματος. Για το λόγο αυτό οι προτάσεις μας θα επικεντρωθούν κυρίως στον αριθμό, στη στελέχωση νοσηλευτικών κυρίως τμημάτων και στη σωστή κατανομή του προσωπικού στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία περιλαμβάνεται και το υπό μελέτη νοσοκομείο. (Washington, national academy press 1996)

Η αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων πόρων σημαίνει σωστή επιλογή προσωπικού, επαρκή κατάρτιση αυτού, σωστή κάλυψη των επιτελικών και γραμμικών θέσεων, σωστή ενημέρωση και συνεχή επιμόρφωση, ώστε το προσωπικό να γίνει περισσότερο παραγωγικό, ποιοτικό και αποτελεσματικό, και να μπορέσουν τελικά όλοι να ανταποκριθούν στην κοινωνική τους αποστολή, που είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας με ποιότητα.

Δεδομένης της απαίτησης για παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής κυρίως φροντίδας, η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών των διαφόρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποτελεί αντικείμενο έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες. Οι ισχύοντες οργανισμοί των νοσοκομείων, κυρίως αυτοί που διατυπώνονται με το ΠΔ 87/1986 του Υπουργείου Υγείας δεν μπορούν να καλύψουν τις ποσοτικές και ποιοτικές

ανάγκες σε προσωπικό των ιδρυμάτων, καθώς η έως σήμερα κατανομή του προσωπικού πραγματοποιείται εμπειρικά, κυρίως με βάση τον αριθμό των κλινών κάθε νοσηλευτικού τμήματος και όχι βάσει των αναγκών του ασθενούς, του επιπέδου γνώσεων και επιδεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σκοπός των προτάσεών μας είναι να διατυπωθεί ένα αδρό πλάνο νοσηλευτικής στελέχωσης για τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας και του υπό μελέτη νοσοκομείου φυσικά, ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν, αν αυτό είναι ποτέ εφικτό, οι ανάγκες στελέχωσης, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε νοσηλευτικού ιδρύματος.

6.2 Παράγοντες προσδιορισμού της κατάλληλης στελέχωσης

Οι παράγοντες οι οποίοι είναι σωστό να ληφθούν υπόψη για τον προσδιορισμό της κατάλληλης στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων είναι οι εξής:

- ❖ Αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται
- ❖ Αριθμός των κλινών του νοσηλευτικού ιδρύματος
- ❖ Ιατρικές ειδικότητες που καλύπτει το νοσοκομείο
- ❖ Γεωγραφική και χωροταξική υποδομή του νοσοκομείου (πχ πτέρυγες, μέγεθος και διάταξη θαλάμων)
- ❖ Τεχνολογικός εξοπλισμός
- ❖ Βαρύτητα της κατάστασης των εισερχόμενων-νοσηλευόμενων
- ❖ Απαιτούμενος χρόνος παρεχόμενης φροντίδας για κάθε ασθενή χωριστά
- ❖ Κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού (νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς κα)
- ❖ Γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία προσωπικού

6.3 Πρόταση στελέχωσης σύμφωνα με το νόμο της Καλιφόρνιας

Παρακάτω θα διατυπωθεί μια πρόταση στελέχωσης που βρίσκει εφαρμογή από το 2003 , σε νοσοκομεία ορισμένων πολιτειών των ΗΠΑ, βάσει της σχετικής νομοθεσίας όπως αυτή ψηφίστηκε στην Καλιφόρνια, και θα μπορούσε με κάποιες αλλαγές και προσαρμογές ίσως, να εφαρμοστεί και στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας.

Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω νομοθεσία και λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη μας την Ελληνική πραγματικότητα, θα πρέπει να ισχύουν τα παρακάτω:

Πίνακας 17. Πρότυπο στελέχωσης νοσηλευτικών τμημάτων

1 νοσηλευτής : 1 ασθενής για τη στελέχωση των ΜΕΘ
1 νοσηλευτής : 2 ασθενείς για τη στελέχωση των Μονάδων Εγκαυμάτων και τις Μονάδες Ανάνηψης
1 νοσηλευτής : 3 ασθενείς για τη στελέχωση Παιδιατρικών τμημάτων και Μονάδων Ενδιάμεσης Φροντίδας
1 νοσηλευτής : 4 ασθενείς για τη στελέχωση ειδικών μονάδων
1 νοσηλευτής :6 ασθενείς για τη στελέχωση των γενικών Παθολογικών, Χειρουργικών και Μαιευτικών Τμημάτων
1 νοσηλευτής :1 χειρουργικό τραπέζι
1 νοσηλευτής κίνησης : 1 χειρουργική αίθουσα
1 νοσηλευτής :2 ασθενείς στο τμήμα της Αναισθητικής Φροντίδας
1 νοσηλευτής :4 ασθενείς για τη στελέχωση του τμήματος Επειγόντων Περιστατικών
1 νοσηλευτής :2 ασθενείς στην αίθουσα τοκετών
1 νοσηλευτής :5 ασθενείς για τη στελέχωση του τμήματος Τηλεμετρίας

Οι παραπάνω αναλογίες αντιστοιχούν στον **ελάχιστο αριθμό ανθρώπινου δυναμικού** που θα πρέπει να στελεχωθούν τα τμήματα, ώστε να μπορούν να λειτουργούν ικανοποιητικά. (www.pasyno.gr)

6.4 Εξασφάλιση κατάλληλης αναλογίας Νοσηλευτών – Β. Νοσηλευτών και ιατρών

Η στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να γίνεται με βάση την αναλογία Νοσηλευτών / Βοηθών Νοσηλευτών **2/1**.

Απαραίτητη, επίσης, κρίνεται η αναβάθμιση και η εξειδίκευση του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, που μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εφαρμογή διαφόρων εκπαιδευτικών προγραμμάτων – σεμιναρίων , τα οποία σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες πραγματοποιούνται και που έχουν διάρκεια τουλάχιστον 9 μήνες.

Όπως είχε προαναφερθεί , στη χώρα μας υπάρχει πληθώρα ιατρικού προσωπικού έναντι του λοιπού προσωπικού των νοσοκομείων. Για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών καλό θα ήταν το εθνικό σύστημα υγείας από ιατροκεντρικό να γίνει ανθρωποκεντρικό με την καλύτερη δυνατή αναλογία ιατρών και νοσηλευτών. (Κακουλίδου Κ. και συνεργάτες, 2004)

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η προσαρμογή του συστήματος υγείας γενικότερα στις νέες απαιτήσεις τις κοινωνίας, η καλή και αποτελεσματική του λειτουργία, δεν εξαρτάται μόνο από τους θεσμούς, αλλά και από τη σωστή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και από την εκάστοτε πολιτική που εφαρμόζεται για την αξιοποίησή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΠΗΓΕΣ

- ❖ Αλεξιάδης Α. Δ « Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα. Η προσπάθεια του Ν. 2889/2001.» εκδ. Δημόπουλου Μ., Θεσσαλονίκη 2003
- ❖ Αναστασιάδης Α. «Θλιβερά Ελληνικά ρεκόρ στην Υγεία», Το βήμα., 2007
- ❖ Ζέρβας Π. «Τα δικαιώματα του πολίτη κατά τη χρήση υπηρεσιών υγείας», 2001
- ❖ Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, «Συστήματα υγείας», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001
- ❖ ΙΣΤΑΜΕ «Προϋπολογισμός 2007, μια κριτική αποτίμηση», Αθήνα 2006
- ❖ Κακουλίδου Κ, Τσαρκνία Μ, Μελισσανίδου Χ, «Η αναγκαιότητα Αλλαγών στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων», νοσηλεία, τεύχος 8, σελ. 28, Ιανουάριος-Απρίλιος 2004
- ❖ Κρητικός Ι. «Οι ελλείψεις σκοτώνουν 27.000 ασθενείς το χρόνο», Έθνος της Κυριακής, 18/11/2007
- ❖ Μωραΐτης Ε. «Το Ν.Δ 2592/53 περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως. Κριτική θεώρηση μιας αναξιοποίητης ευκαιρίας για την Υγειονομική οργάνωση της χώρας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», 4,1,5-11, Αθήνα 1987
- ❖ Μωραΐτης Ε. «Ιστορική Εξέλιξη υπηρεσιών Υγείας», σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά –ΤΕΙ Πειραιά, Αθήνα 2004
- ❖ Μωραΐτης Ε. «Αρχές οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών Υγείας», σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά –ΤΕΙ Πειραιά, Αθήνα 2006
- ❖ Παπαδάκη Ε. «Τελευταίοι στις Δημόσιες δαπάνες», Τρίτη Άποψη, Αρ. φύλλου:18995, Νοέμβρης 2007

- ❖ Πολλάλης Ι. «Διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ολοκληρωμένα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας», ενημερωτικό δελτίο σύνδεσμος υποτρόφων κοινωφελούς ιδρύματος Αλέξανδρος Ωνάσης, τεύχος 36, σελ. 40-43, Ιούνιος 2007
- ❖ Πολύζος Ν. «Ζητήματα οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών υγείας», σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά –ΤΕΙ Πειραιά, Αθήνα 2008
- ❖ Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι. « Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 17(6):σελ.627-634, 2000
- ❖ Προεδρικό Διάταγμα υπ’ αριθμόν 87. «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων», Αθήνα 27/3/1986
- ❖ Σούλης Σ. «Οικονομική της Υγείας», Β΄εκδ., εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999
- ❖ Τούντας Γ. , Οικονόμου Ν. Α, «Αξιολόγηση Υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας», Οικονομικά της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(1):7-21, 2007
- ❖ Υφαντόπουλος Γ. «Τα οικονομικά της Υγείας θεωρία και πολιτική»,δεύτερη έκδοση, Εκδ. τυπωθήτω, Αθήνα 2006
- ❖ Φυντανίδου Ε. «Τι επισημαίνουν οι ειδικοί για την έλλειψη πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Ποια είναι η “αχίλλειος πτέρνα” του συστήματος υγείας. Οι κυβερνήσεις ασχολούνται με την κορυφή του ΕΣΥ, που είναι τα νοσοκομεία, και ξεχνούν τη βάση του.», Το Βήμα, Αρ. φύλλου 12938, σελ.Α48, 21-5-2000
- ❖ Χατζηδήμα «Αξιολόγηση Επενδυτικών Προγραμμάτων Υγείας», σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά –ΤΕΙ Πειραιά, Αθήνα 2007
- ❖ Health Data “ Health at a glance: OECD indicators-2005 edition”, 2006
- ❖ Wunderlich G. S., Sloan F. A., Davis C. K. «Nursing stuff in hospitals and nursing homes. Is it adequate? » Washington, National Academy Press,1996
- ❖ Greek meds fora, « Ένας νοσηλευτής για 40 ασθενείς...», Έθνοςonline ,6/12/2007

Διαδίκτυο

- ❖ www.nosokomia.gr
- ❖ www.statistics.gr
- ❖ www.docman.gr
- ❖ www.mohaw.gr
- ❖ www.iatronet.gr
- ❖ www.pasyno.gr
- ❖ www.chesme.nurs.uoa.gr
- ❖ www.who.int/healthinfo/statistics/mortdatalen
- ❖ www.iatriko.gr
- ❖ www.mednet.gr

Πανεπιστήμιο Πειραιώς