



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΚΑΡΑΛΕΞΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΙΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΡΑΛΕΞΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΙΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Επόπτης:

Αν. Καθηγητής ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς 2008



UNIVERSITY OF
PIRAEUS

POSTGRADUATE PROGRAM

HEALTH MANAGEMENT



TEI OF
PIRAEUS

KARALEXI AIKATERINI

Comparative analysis of the functionality of similar clinics in a Public Hospital

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”
University of Piraeus, Greece

Supervisor:

PANTELIDIS PANTELIS

PIRAEUS 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν.

Ειδικότερα θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά:

- τον Επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Παντελίδη Παντελή για την καθοδήγησή του στη διεξαγωγή της έρευνας και

- τον Λέκτορα κ. Βοζίκη Αθανάσιο για τις οδηγίες και παρατηρήσεις του κατά τη συγγραφή της εργασίας

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Οικονομικό Διευθυντή, το τμήμα Στατιστικής και στελέχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του υπό μελέτη Δημόσιου Νοσοκομείου για την παροχή στοιχείων και στατιστικών δεδομένων.

**Συγκριτική ανάλυση λειτουργικότητας όμοιων κλινικών σε Δημόσιο
Νοσοκομείο
Καραλέξη Αικατερίνη**

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετήσει τη διαχρονική πορεία της απόδοσης δύο όμοιων κλινικών ενός Δημόσιου Νοσοκομείου, προκειμένου να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες υγείας που παρέχουν. Οι ίδιες συνθήκες κάτω από τις οποίες λειτουργούν αυτές οι δύο κλινικές μας επέτρεψαν να συγκρίνουμε τη λειτουργικότητά τους και να αναζητήσουμε αιτίες για τυχόν διαφοροποιήσεις της.

Η εργασία μας πραγματοποιήθηκε με ανάλυση δεικτών αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας, μέσα από τους οποίους παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του επιπέδου παραγωγικότητας και για τις δύο κλινικές. Η σύγκριση μεταξύ των δύο έδειξε ότι δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητά τους, ενώ οι διαφορές που παρατηρήθηκαν σε κάποιες από τις τιμές των ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών που αναλύθηκαν οφείλονται πιθανώς στη διαφορετική πολιτική αντιμετώπισης των περιστατικών που χρήζουν παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και της τακτικής που ακολουθείται για τη διαχείριση των κλινών.

Παρόλο που η αποδοτικότητα των κλινικών παρουσίασε διαχρονικά σημαντική βελτίωση, παρατίθενται προτάσεις προκειμένου να συνεχιστεί η αναπτυξιακή τους πορεία και να αναζητηθούν λειτουργικά χαρακτηριστικά που θα δώσουν νέα ώθηση και δυναμική.

Λέξεις κλειδιά

Αξιολόγηση Δημόσιων Νοσοκομείων, αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, δείκτες αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, αποτελεσματικότητα υγειονομικής περίθαλψης, αποδοτικότητα φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεσματικότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Comparative analysis of the functionality of similar clinics in a Public Hospital

Karalexi Aikaterini

Abstract

The purpose of this project is to study the diachronic course of efficiency of two similar clinics of a Public Hospital, so as to assess the health services which they provide. The identical conditions under which they function have allowed us to compare their functionality and to seek reasons for any differentiations.

Our project was carried out by analyzing indexes of assessment which are used in the health sector, through which an significant increase of the level of productivity in both clinics was observed. The comparison between the two showed that there was no significant difference between their functionality, while the differences which were observed in some of the values of the quantity and quality indexes which were analysed are possibly due to the different policy of treatment regarding cases which require the provision of in-patient health care and the policy which is followed for the management of beds.

Although the efficiency of the clinics presented important improvement diachronically, suggestions are offered so that their developmental course is continued and functional characteristics are found which will offer new thrust and dynamic.

Key words

Assessment of Public Hospitals, assessment of health services, indexes of assessment of health services, efficiency of health care, efficiency of the commissions of provision of health services, efficiency of provided health services

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	2
Σκοπός	2
Στόχος	3
Σημασία της έρευνας	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο – ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1. Οργάνωση του κλάδου υγείας στην Ελλάδα	5
1.1.1. Πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	5
1.1.2. Δευτεροβάθμια περίθαλψη	5
1.1.3. Τριτοβάθμια περίθαλψη.....	6
1.2. Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	6
1.3. Το δυναμικό των υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας	7
1.4. Καθεστώς λειτουργίας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.	9
1.5. Τύποι Νοσοκομείων.....	11
1.6. Στόχος Δημοσίων Νοσοκομείων	12
1.7. Σύντομη περιγραφή βασικών λειτουργιών Νοσοκομείου	12
1.7.1. Κύριες λειτουργίες.....	12
1.7.2. Υποστηρικτικές λειτουργίες	14
1. Προμήθειες	14
2. Οικονομική διαχείριση.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	
2.1. Η έννοια της αξιολόγησης	17
2.2. Τύποι αξιολόγησης	20
2.3. Το μεθοδολογικό πλαίσιο της αξιολόγησης	22
2.4. Η διαδικασία της αξιολόγησης	22
2.5. Αξιολόγηση Δημόσιων Νοσοκομείων.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο – ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

3.1. Δείκτες αξιολόγησης.....	25
3.2. Περιγραφική ταξινόμηση των μέτρων απόδοσης – δείκτες αποδοτικότητας.....	26
3.3. Τύποι δεικτών	27
3.4. Ενδεικτικοί δείκτες μέτρησης αποτελεσματικότητας & αποδοτικότητας στην υγεία.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο – CASE STUDY - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

4.1. Γενική παρουσίαση της ταυτότητας του Νοσοκομείου.....	34
4.1.1. Βασικά στοιχεία του Νοσοκομείου	34
4.1.2. Σύντομη ιστορική αναδρομή	34
4.1.3. Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου.....	35
4.2. Οργάνωση – λειτουργίες και συστήματα του Νοσοκομείου.....	36
4.2.1. Ο Διοικητής.....	36
4.2.2. Διοικητική διάρθρωση	37
4.2.2.1. Ιατρική υπηρεσία	38
4.2.2.2. Νοσηλευτική υπηρεσία.....	39
4.2.2.3. Διοικητική υπηρεσία.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο – ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

Εισαγωγή	43
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.....	44
5.1. Ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου.....	44
5.1.1. Απασχολούμενο προσωπικό ανά υπηρεσία	44
5.1.2. Κατανομή προσωπικού ανά ειδικότητα	45
5.1.3. Εξέλιξη μεγέθους προσωπικού ανά κλάδο	50
5.2. Συνολικές κλίνες του Νοσοκομείου	52
5.3. Παθολογικές κλινικές	54
5.3.1. Αριθμός κλινών ανά Παθολογική κλινική.....	54
5.3.2. Ανθρώπινο δυναμικό Παθολογικών κλινικών.....	56
α. Απασχολούμενοι ανά κλίνη.....	57

β. Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη	59
γ. Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη	61
ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	63
5.4. Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας - παραγωγικότητας	63
5.4.1. Συνολικές ημέρες νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική ή σύνολο ασθενο-ημερών	63
5.4.2. Αριθμός Νοσηλευόμενων ασθενών	64
5.4.3. Μέσος ημερήσιος αριθμός Νοσηλευόμενων	66
5.4.4. Αριθμός εισαγωγών	67
5.4.5. Αριθμός τακτικών εισαγωγών	69
5.4.6. Επείγουσες εισαγωγές.....	70
5.4.7. Νοσηλευόμενοι ανά απασχολούμενο άτομο.....	72
5.4.8. Νοσηλευόμενοι ανά ιατρό	73
5.4.9. Νοσηλευόμενοι ανά νοσηλευτικό προσωπικό.....	74
5.4.10. Δείκτης θνητότητας	75
5.5. Βασικοί δείκτες απόδοσης.....	77
5.5.1. Πληρότητα (utilization)	77
5.5.2. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κλινική (average length of stay)	79
5.6. Σύνθετοι δείκτες.....	81
5.6.1. Ρυθμός εισροής ασθενών Ρκ (throughput).....	82
5.6.2. Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά κλινική Ρε (turnover interval).....	84
5.7. Σύνθετοι δείκτες παραγωγικότητας – αποδοτικότητας-λειτουργικότητας.....	86
5.7.1. Δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας, Ιρ.....	86
5.7.2. Σχέση παραγωγής (ασθενών) προς απασχολούμενους.....	88
5.7.3. Σχέση παραγωγής (ημέρες νοσηλείας) προς κλίνες	89
5.7.4. Σχέση παραγωγής (ημέρες νοσηλείας) προς απασχολούμενους ή Σχέση όγκου παραγωγής προς εισροές (παραγωγικότητα απασχολούμενων)	91
5.7.5. Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών (δείκτης αποδοτικότητας υγειονομικής μονάδας)	92
5.7.6. Σχέση συνολικής παραγωγής (εκροών) και εισροών	94

5.7.7. Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού υγειονομικής μονάδας.....	95
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1. Συμπεράσματα	97
6.2. Προτάσεις – προοπτικές	103

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	108
--------------------	-----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ – ΠΙΝΑΚΩΝ & ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1.1.: Κατανομή κλινών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.....	8
Διάγραμμα 5.1.: Κατανομή προσωπικού ανά ειδικότητα.....	45
Διάγραμμα 5.2: Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος ιατρικού δυναμικού σε ποσοστό %	47
Διάγραμμα 5.3.: Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος νοσηλευτικού δυναμικού σε ποσοστό %	48
Διάγραμμα 5.4.: Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος επιστημονικού μη ιατρικού προσωπικού σε ποσοστό %.....	49
Διάγραμμα 5.5.: Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος διοικητικού προσωπικού σε ποσοστό %.....	50
Διάγραμμα 5.6.: Διαγραμματική απεικόνιση συνολικού προσωπικού του Νοσοκομείου για τα έτη 2003-2007.....	52
Διάγραμμα 5.7: Δυναμικότητα του Νοσοκομείου σε συνολικές κλίνες.....	53
Διάγραμμα 5.8: Κλίνες ανά Παθολογική κλινική.....	55
Διάγραμμα 5.9: Αναλογία κλινών ανά Παθολογική κλινική στο σύνολο των κλινών του Νοσοκομείου.....	56
Διάγραμμα 5.10: Αναλογία απασχολουμένων ανά Παθολογική κλινική.....	58
Διάγραμμα 5.11: Αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη	60
Διάγραμμα 5.12: Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά Παθολογική κλινική.....	62
Διάγραμμα 5.13: Ημέρες νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική	64
Διάγραμμα 5.14: Αριθμός νοσηλευόμενων ανά Παθολογική κλινική	65
Διάγραμμα 5.15: Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών	67
Διάγραμμα 5.16: Αριθμός εισαγωγών ανά Παθολογική κλινική	68
Διάγραμμα 5.17: Αριθμός τακτικών εισαγωγών ανά Παθολογική κλινική.....	70
Διάγραμμα 5.18: Επείγουσες εισαγωγές ανά Παθολογική κλινική.....	71
Διάγραμμα 5.19: Νοσηλεύόμενοι ανά απασχολούμενο άτομο	72
Διάγραμμα 5.20: Νοσηλεύόμενοι ανά ιατρό	73
Διάγραμμα 5.21: Νοσηλεύόμενοι ανά νοσηλευτικό προσωπικό.....	75

Διάγραμμα 5.22: Θνητότητα ανά Παθολογική κλινική.....	76
Διάγραμμα 5.23: Πληρότητα Παθολογικών κλινικών για τα έτη 2000-2007.	78
Διάγραμμα 5.24: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική	81
Διάγραμμα 5.25: Ρυθμός εισροής ασθενών ανά Παθολογική κλινική	83
Διάγραμμα 5.26: Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά Παθολογική κλινική	85
Διάγραμμα 5.27: Δείκτης I _{p1} για τις Παθολογικές κλινικές.....	87
Διάγραμμα 5.28: Νοσηλεύόμενοι ασθενείς ανά απασχολούμενο προσωπικό	89
Διάγραμμα 5.29: Σχέση παραγωγής (ημέρες Νοσηλείας) προς κλίνες ανά Παθολογική κλινική	90
Διάγραμμα 5.30: Παραγωγικότητα απασχολουμένων στις Παθολογικές κλινικές.....	92
Διάγραμμα 5.31: Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών ανά κλινική.....	93
Διάγραμμα 5.32: Σχέση εκροών & εισροών.....	95
Διάγραμμα 5.33: Δείκτης Νοσηλευτικού προσωπικού	96

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.1: Κατανομή κλινών ανά νομική μορφή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (1996-2003)	8
Πίνακας 5.1: Συνολικό προσωπικό του υπό μελέτη Νοσοκομείου	44
Πίνακας 5.2: Κατάσταση πλήρωσης θέσεων προσωπικού.....	46
Πίνακας 5.3: Εξέλιξη μεγέθους προσωπικού ανά κλάδο	51
Πίνακας 5.4: Συνολικός αριθμός κλινών	52
Πίνακας 5.5: Αριθμός κλινών ανά Παθολογική κλινική	54
Πίνακας 5.6: Ποσοστό κλινών των Παθολογικών κλινικών στο σύνολο των κλινών του Νοσοκομείου.....	55
Πίνακας 5.7: Απασχολούμενοι Παθολογικών κλινικών.....	57
Πίνακας 5.8: Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη στις Παθολογικές κλινικές.....	58
Πίνακας 5.9: Αριθμός ιατρών Παθολογικών κλινικών.....	59
Πίνακας 5.10: Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη.....	60
Πίνακας 5.11: Νοσηλευτικό προσωπικό Παθολογικών κλινικών	61
Πίνακας 5.12: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη.....	62
Πίνακας 5.13: Ημέρες Νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική.....	63

Πίνακας 5.14: Αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών για τις Παθολογικές κλινικές	65
Πίνακας 5.15: Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών	66
Πίνακας 5.16: Αριθμός εισαγωγών για την Α΄ και Β΄ Παθολογική κλινική	68
Πίνακας 5.17: Αριθμός τακτικών εισαγωγών	69
Πίνακας 5.18: Επείγουσες εισαγωγές ανά Παθολογική κλινική	71
Πίνακας 5.19: Νοσηλευόμενοι ανά απασχολούμενο άτομο	72
Πίνακας 5.20: Νοσηλευόμενοι Παθολογικών κλινικών ανά ιατρό	73
Πίνακας 5.21: Νοσηλευόμενοι ανά Νοσηλευτικό προσωπικό	74
Πίνακας 5.22: Θνητότητα ανά Παθολογική κλινική	76
Πίνακας 5.23: Πληρότητα Παθολογικών κλινικών	78
Πίνακας 5.24: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Παθολογικών κλινικών	80
Πίνακας 5.25: Ρυθμός εισροής ασθενών Παθολογικών κλινικών	83
Πίνακας 5.26: Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά Παθολογική κλινική	85
Πίνακας 5.27: Σχέση νοσηλευόμενων προς κλίνες για την Α΄ & Β΄ Παθολογική κλινική	87
Πίνακας 5.28: Σχέση νοσηλευόμενων προς το απασχολούμενο προσωπικό για τις Παθολογικές κλινικές	88
Πίνακας 5.29: Σχέση παραγωγής προς κλίνες ανά Παθολογική κλινική	90
Πίνακας 5.30: Παραγωγικότητα απασχολουμένων για τις Παθολογικές κλινικές	91
Πίνακας 5.31: Αποδοτικότητα Παθολογικών κλινικών	93
Πίνακας 5.32: Σχέση συνολικής παραγωγής (εκροών) και εισροών ανά Παθολογική κλινική	94
Πίνακας 5.33: Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού	96

ΣΧΗΜΑΤΑ

Σχήμα 2.1: Η θέση της αξιολόγησης στην εθνική υγειονομική ανάπτυξη	17
Σχήμα 2.2: Η έννοια και το περιεχόμενο της αξιολόγησης	19
Σχήμα 4.1: Οργανωτική δομή του Νοσοκομείου	36
Σχήμα 4.2: Διοικητική διάρθρωση του Νοσοκομείου	37
Σχήμα 4.3: Ιατρική Υπηρεσία	39
Σχήμα 4.4.: Νοσηλευτική Υπηρεσία	40

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

- Α.Ε.Π. = Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Δ.Υ.ΠΕ. = Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών
Ε.Ο.Φ. = Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Σ.Υ. = Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Σ.Υ.Ε. = Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
Ι.Κ.Α. = Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Μ.Δ.Ν. = Μέγιστη Διάρκεια Νοσηλείας
Μ.Ε.Θ. = Μονάδα Εντατικής Φροντίδας
Ν.Π.Δ.Δ. = Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ. = Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Π.Ο.Υ. = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠεΣΥΠ = Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας και Πρόνοιας
Π.Φ.Υ. = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Τ.Ε.Ι. = Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων
Τ.Ε.Π. = Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Φ.Ι.ΑΠ. = Φυσική Ιατρική Αποκατάσταση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύγχρονο περιβάλλον μέσα στο οποίο καλούνται να λειτουργήσουν οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ταχύτατα μεταβαλλόμενο. Ένα δυναμικό Σύστημα Υγείας οφείλει να μελετά, να αναλύει και να αξιολογεί το παραγόμενο έργο και τη λειτουργική αποδοτικότητα των υγειονομικών του μονάδων προκειμένου να εξασφαλιστεί η ορθολογική κατανομή των διατιθέμενων οικονομικών πόρων γιατί μόνο έτσι μπορεί να βελτιώνει διαρκώς την παραγωγή, τη διάθεση και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του.

Το Σύστημα Υγείας της χώρας μας καλείται να αντιμετωπίσει σημαντικά προβλήματα που δημιουργούν οι αυξημένες απαιτήσεις για υπηρεσίες φροντίδας υγείας τέτοια όπως η γήρανση του πληθυσμού, οι κοινωνικές ανισότητες και η αύξηση των δαπανών λόγω νέων και ακριβών τεχνολογιών και συνεχιζόμενων ιατρικών επιτευγμάτων. Είναι κοινά αποδεκτό ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας διαθέτει περιορισμένους πόρους, καθώς οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία (5,3% του ΑΕΠ για το 2000) είναι οι χαμηλότερες μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα κονδύλια που διατίθενται για την υγεία δεν επαρκούν για την εύρυθμη λειτουργία του Υγειονομικού Συστήματος και πολύ περισσότερο για τη βελτίωσή του, κατά συνέπεια είναι απαραίτητο να επιδιωχθεί η βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών του προκειμένου να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Χρέος της πολιτείας είναι να επιλέγει τους κατάλληλους συνδυασμούς που θα επιτύχουν την άριστη κατανομή των οικονομικών πόρων για την υγεία, σε σχέση με τις απεριόριστες ανθρώπινες ανάγκες και οι βασικοί στόχοι κάθε συστήματος υγείας πρέπει να είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα Δημόσια Νοσοκομεία είναι ο πιο σημαντικοί φορείς του Συστήματος Υγείας και απορροφούν το μεγαλύτερο μερίδιο των οικονομικών του πόρων και γι' αυτό είναι πολύ σημαντικές οι έρευνες που αναφέρονται στη βελτίωση της απόδοσης των υπηρεσιών που προσφέρουν. Μέσα από αυτή την οπτική πλευρά επιλέξαμε ως θέμα της εργασίας μας την αξιολόγηση της αποδοτικότητας δύο κλινικών ενός Δημόσιου Νοσοκομείου της χώρας μας, καθώς θεωρούμε ότι οι κατάλληλες αναλύσεις βοηθούν στη σωστή λήψη αποφάσεων και βελτιώνουν την ποιοτική και ποσοτική παροχή των παραγόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση των Νοσοκομείων προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για την αποδοτικότητά τους

στηρίζεται σε μέτρα απόδοσης που αναφέρονται στις συνολικές ημέρες νοσηλείας, στο ποσοστό κάλυψης των κλινών, στον αριθμό των εξετασθέντων στα εξωτερικά ιατρεία κ.ά.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνά μας έγινε μία συνοπτική παρουσίαση των ομάδων δεικτών αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα, με τη χρησιμοποίηση ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών που μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται να είναι οι κυριότεροι, σε Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο της χώρας μας προκειμένου να αξιολογηθεί η πορεία ανάπτυξης των δύο Παθολογικών του κλινικών. Οι δείκτες αυτοί αναλύθηκαν, αξιολογήθηκαν, εκτιμήθηκαν και διατυπώθηκαν συμπεράσματα και προτάσεις για την περαιτέρω ανάπτυξη των κλινικών.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τη διαχρονική πορεία της απόδοσης δύο όμοιων κλινικών (Παθολογικών) ενός Δημόσιου Νοσοκομείου, προκειμένου να αξιολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιλέξαμε κλινικές αυτού του είδους καθώς κρίναμε ότι είναι οι πιο χαρακτηριστικές ενός Νοσοκομείου, λόγω της πληθώρας αλλά και της φύσης των περιστατικών που νοσηλεύουν. Το γεγονός ότι οι δύο αυτές κλινικές λειτουργούν κάτω από το ίδιο καθεστώς, με ισάριθμο περίπου προσωπικό και ίδιου μεγέθους οικονομικούς πόρους είναι μία πολύ καλή μελέτη περίπτωσης για να εξαχθούν συμπεράσματα για την αποδοτικότητά τους. Με την έρευνά μας αποσκοπούμε στο:

- Να καταγραφεί η υφισταμένη πραγματικότητα με ενιαίο τρόπο, να αναδειχθεί η ταυτότητα των κλινικών, τα επιμέρους χαρακτηριστικά και οι ιδιομορφίες του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντός τους.
- Να καταγραφούν οι συντελεστές παραγωγής των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν (εισροές) με έμφαση κυρίως το ανθρώπινο δυναμικό όπως προκύπτει από τον Οργανισμό, αλλά και όπως οι ανάγκες έχουν διαμορφώσει.
- Να καταγραφούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες (εκροές) με ενιαίο τρόπο ώστε να υπάρχει δυνατότητα ασφαλών συμπερασμάτων.

- Να αναλυθούν τα παραπάνω στοιχεία ώστε να διατυπωθεί με όσο γίνεται μεγαλύτερη πιστότητα η ακριβής τους θέση.

Στόχος και αναμενόμενο όφελος από την έρευνα μας είναι:

- Η αξιολόγηση δύο Παθολογικών κλινικών ενός Γενικού Δημόσιου Νοσοκομείου.
- Η αξιολόγηση με αντικειμενικά κριτήρια (απόδοσης έργου κ.λ.π.) της λειτουργικής ικανότητας των Νοσηλευτικών μονάδων.
- Η ανάδειξη των παραμέτρων που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις Στρατηγικού Σχεδιασμού.
- Να αναδειχθεί η προοπτική των κλινικών και να διατυπωθούν προτάσεις που θα ενισχύσουν τις περαιτέρω επιλογές της διοίκησης.
- Να αξιολογηθεί το μοντέλο διοίκησης (ως παράγοντας λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων)

Σημασία της έρευνας

Τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της εργασίας επεκτείνονται και πέρα απ' την περιοχή των Παθολογικών κλινικών, στις οποίες αναφέρεται η μελέτη και ευελπιστούμε ότι θα είναι ωφέλιμα και χρήσιμα και σε άλλου είδους κλινικές των Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η εργασία μας διακρίνεται σε έξι μέρη:

Στο πρώτο μέρος πραγματοποιείται μία γενική ανασκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στην Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας.

Στο τρίτο μέρος παρουσιάζουμε τους Δείκτες αξιολόγησης που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο τομέα της Υγείας.

Στο τέταρτο μέρος ακολουθεί η μελέτη περίπτωσης και πιο συγκεκριμένα παρουσιάζουμε στοιχεία της ταυτότητας του Γενικού Νοσοκομείου που επιλέξαμε για την έρευνά μας, του αντικείμενου εργασιών του και της οργάνωσής του.

Στο πέμπτο μέρος γίνεται αναφορά σε έναν από τους κρίσιμότερους συντελεστές (εισροές) που επηρεάζουν άμεσα την ποιοτική και ποσοτική παραγωγή υπηρεσιών υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο Νοσοκομείο. Έτσι παρουσιάζεται το υπάρχον προσωπικό το οποίο καταγράφεται και παρουσιάζεται κατά υπηρεσία (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική κ.λ.π.) αναλυτικά και κατά ειδικότητα. Στη συνέχεια εντοπίζουμε τον ενδιαφέρον μας στις δύο Παθολογικές κλινικές, οι οποίες αποτέλεσαν το αντικείμενο της έρευνάς μας, για τις οποίες γίνεται ανάλυση των ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών τέτοιων όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, η κάλυψη κλινών, η αδράνεια κλίνης κλπ. Η ανάλυση έγινε για κάθε Παθολογική κλινική χωριστά και ακολούθησε σύγκριση των δεικτών τους.

Τέλος παρατίθενται βασικά συμπεράσματα απ' την παραπάνω ανάλυση και ορισμένες προτάσεις – προοπτικές που μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση και την περαιτέρω αναπτυξιακή πορεία των εν λόγω κλινικών. Τα συμπεράσματα αυτά έχουν ως τελικό στόχο την αποτελεσματική τους χρήση:

- Στην ορθολογική λειτουργία των κλινικών
- Στην αναβάθμιση και αξιοποίηση των πόρων που αυτές διαθέτουν ή μπορούν να εξασφαλίσουν.
- Στην παροχή υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Οργάνωση του κλάδου υγείας στην Ελλάδα

Ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται στις τρεις ακόλουθες κατηγορίες ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται:

1.1.1. Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Το είδος αυτό των υπηρεσιών υγείας αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και περιλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών οι οποίες δεν προϋποθέτουν τη νοσηλεία του χρήστη υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο. Την κατηγορία αυτή καλύπτουν δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς υγείας και πιο συγκεκριμένα:

- Διαγνωστικά κέντρα τα οποία διαθέτουν τον ανάλογο τεχνολογικό εξοπλισμό.
- Εξωτερικά ιατρεία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας τα οποία λειτουργούν στις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων ή κλινικών και αποτελούν κατ' ουσία διαγνωστικά κέντρα.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια τα οποία λειτουργούν σε συνοικιακό επίπεδο και παρέχουν περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών εντός των εγκαταστάσεών τους, κυρίως λόγω του περιορισμένου ιατρομηχανολογικού εξοπλισμού που διαθέτουν.
- Ιδιωτικά ιατρεία.

1.1.2. Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται υγειονομικές υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη υγείας παρέχεται από τους παρακάτω φορείς:

- Ιδιωτικά Νοσοκομεία και κλινικές που ουσιαστικά αποτελούν αυτόνομες ιδιωτικές επιχειρήσεις, αφορούν κατά προσέγγιση το 60% του συνόλου των φορέων υγείας της χώρας και διαθέτουν σημαντικό αριθμό κλινών (30% του συνολικού).

- Ένα μικρό αριθμό φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και αφορούν ανεξάρτητα κέντρα παροχής υγείας, επιχορηγούμενα από το Ελληνικό Κράτος.

- Τα Δημόσια Νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως ο μεγαλύτερος φορέας παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, χρηματοδοτούνται από το Κράτος μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και κατέχουν το 70% του συνόλου των κλινών.

1.1.3. Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Το είδος αυτό υπηρεσιών υγείας παρέχεται από τα Περιφερειακά Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό για τη κάλυψη εξειδικευμένων περιπτώσεων.

1. 2. Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα απαρτίζεται από τέσσερις κυρίους φορείς: το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης και τον Ιδιωτικό τομέα. Οι φορείς αυτοί λειτουργούν ανεξάρτητα μεταξύ τους, με συνέπεια συχνά να αλληλοαναιρούνται και να προκαλείται ανισότητα στην προσπελασιμότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, 1995).

Η πρωτοβάθμια, αλλά ακόμη περισσότερο η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρέχεται από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το οποίο αποτελεί τον κύριο πυλώνα του τομέα υγείας στην χώρα μας. Η χρηματοδότησή τους γίνεται κυρίως απ' τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς περίπου το 90% των συνολικών νοσοκομειακών εξόδων καλύπτονται από κρατικές επιχορηγήσεις (Αλετράς, 1997). Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι κατά το έτος 1992, το 51% των συνολικών δαπανών υγείας (3,8% του Α.Ε.Π.) και το 83% των δημοσίων κονδυλίων υγείας απορροφήθηκαν από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (Πολύζος, 1994).

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το έτος 2000, το Ε.Σ.Υ. παρείχε φροντίδα υγείας ανά την επικράτεια με την ακόλουθη διάταξη των υγειονομικών μονάδων του:

α) στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) συνέβαλλαν τα Πολυιατρεία Ι.Κ.Α. (38,8% της ΠΦΥ), οι ιδιώτες ιατροί (34,4%), τα 1351 Περιφερικά Ιατρεία και 190 Κέντρα Υγείας (12,5%), τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (11,2%) και τα πολυιατρεία άλλων ασφαλιστικών ταμείων πλην του Ι.Κ.Α.(2,5%) και

β) στην παροχή Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας συμμετείχαν 114 Δημόσια Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., 229 ιδιωτικές κλινικές και 28 Δημόσια Νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ. (στρατιωτικά, Ι.Κ.Α. κ.α.) (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2000).

1.3. Το δυναμικό των υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) το 2003 λειτουργούσαν συνολικά σε ολόκληρη τη χώρα 327 φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας με συνολικό αριθμό 51.762 κλινών (158 κλίνες ανά φορέα κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 35.814 κλίνες (μερίδιο 69,2%) αντιστοιχούν σε 142 φορείς του δημοσίου και 14.528 κλίνες (μερίδιο 28,1%) σε 179 ιδιωτικούς, ενώ ήταν καταγεγραμμένες και 1.420 κλίνες σε 6 φορείς οι οποίοι λειτουργούσαν ως Ν.Π.Ι.Δ. Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή του συνόλου των κλινών, η περιφέρεια της πρωτεύουσας παρουσιάζει την μεγαλύτερη συγκέντρωση καθώς σ' αυτήν λειτουργούσαν συνολικά 22.464 κλίνες το 2003 (μερίδιο 43,4%) και ακολουθεί η περιφέρεια της Μακεδονίας με 12.172 κλίνες και μερίδιο 23,5% στο σύνολο των κλινών της χώρας. «Φτωχότερη» περιφέρεια σε συνολικό αριθμό κλινών, αναδεικνύεται και για το 2003 αυτή των Ιονίων Νήσων (μόλις 979 κλίνες).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

Κατανομή κλινών ανά νομική μορφή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (1996-2003)

Έτος	Σύνολο φορέων υγείας	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

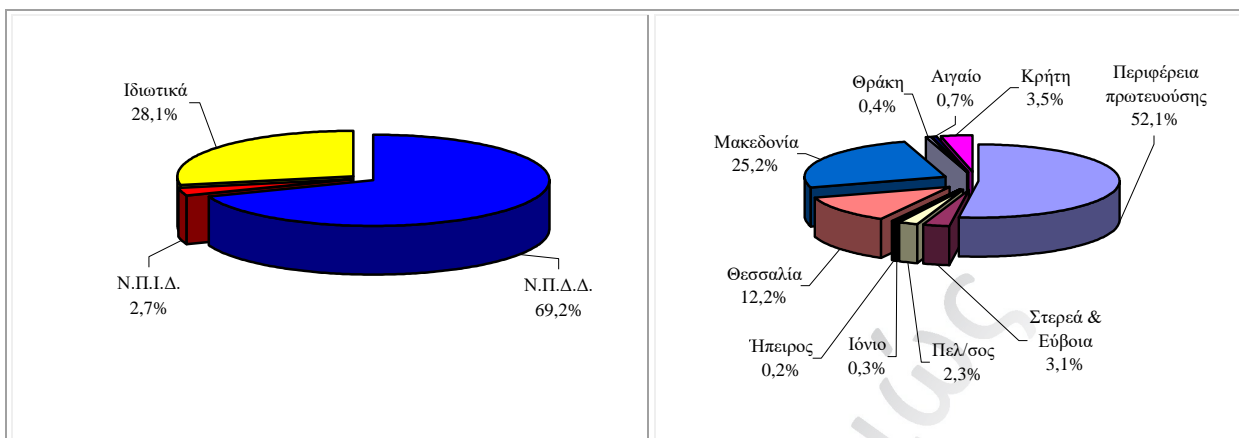
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1.

Κατανομή κλινών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (2003)

α) Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

β) Γεωγραφική κατανομή κλινών των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα



Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Όσον αφορά ειδικά τις κλίνες των ιδιωτικών υγειονομικών φορέων το 2003 στην περιφέρεια της πρωτεύουσας ήταν συγκεντρωμένο το 52,1% (7.575 κλίνες) του συνόλου των ιδιωτικών κλινών και στην περιφέρεια Μακεδονίας το 25,2% (3.655 κλίνες).

1.4. Καθεστώς λειτουργίας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83) κατέστησε τα ελληνικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα που επιχορηγούνται, άμεσα ή έμμεσα, από το ελληνικό δημόσιο, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) προσδίδοντας σε αυτά τη νομική υπόσταση της αποκεντρωμένης δημόσιας υπηρεσίας. Με το Ν.2889/01 τα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), που είναι Ν.Π.Δ.Δ., δηλαδή δεν άλλαξε ουσιαστικά η νομική υπόστασή τους. Το 2005 τα Πε.Σ.Υ.Π. μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.).

Τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ πιο ειδικά είναι:

1. Χρηματοδοτούνται κύρια από τον κρατικό προϋπολογισμό για δαπάνες μισθοδοσίας που κυμαίνονται από 55% μέχρι 65% του προϋπολογισμού τους και δευτερευόντως από τα ασφαλιστικά ταμεία (Ο.Γ.Α., Ι.Κ.Α., Τ.Σ.Α.Υ. κ.τ.λ.) και αποζημιώνονται με τη μορφή του κλειστού ημερήσιου νοσηλίου. Ο προσδιορισμός της τιμής αυτού περιλαμβάνει ιατρικές, διαγνωστικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες. Είναι γεγονός ότι οι συνεχώς

αυξανόμενοι συντελεστές κόστους και η χαμηλή οριοθέτηση των τιμών των νοσηλίων και των παρακλινικών αποζημιώσεων (πολύ πιο κάτω του πραγματικού κόστους) δημιουργούν ελλείμματα που μειώνουν την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ύψος αποζημίωσης των νοσηλίων καθορίστηκε από το Κράτος το 1998 και των παρακλινικών το 1991. Άλλη σημαντική αιτία που οδηγεί σε συσσώρευση ελλειμμάτων τα Δημόσια Νοσοκομεία είναι η αναδρομική αποζημίωση των νοσηλίων από τα ασφαλιστικά ταμεία, μία κατάσταση που οδηγεί στη καθυστέρηση της καταβολής των οφειλών των Νοσοκομείων στους προμηθευτές τους. Οι προμηθευτές απ' τη σειρά τους γνωρίζοντας αυτή τη καθυστέρηση, συμπεριλαμβάνουν στην τιμή πώλησης των προϊόντων τους και τόκους αυξάνοντας έτσι τις τιμές. Ανάληψη των συσσωρευμένων ελλειμμάτων από το Κράτος που ρυθμίστηκαν το 1977 και το 2001 με ομόλογα του Δημοσίου, δεν επέλυσαν το πρόβλημα. Τα κονδύλια που διατίθενται την τελευταία εικοσαετία για το ΕΣΥ δεν επαρκούν για την εύρυθμη λειτουργία του. Οι προβλεπόμενες δημόσιες δαπάνες για τον τομέα της υγείας είναι δεδομένες και παραμένουν επί δεκαετίες καθηλωμένες στο ίδιο περίπου ποσοστό του ΑΕΠ: 5,1% την περίοδο 1981-1986 και 5,3% το 2000 και είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

2. Τα έσοδα των Νοσοκομείων εξαρτώνται από την κεντρική διοίκηση που καθορίζει την πολιτική των εσόδων και των επιχορηγήσεων ενώ η χρηματοδότηση τους στηρίζεται σε ανοιχτούς προϋπολογισμούς, η σύνταξη όμως των οποίων γίνεται με βάση την προηγούμενη οικονομική χρήση χωρίς να εκτιμούνται οι πραγματικές ανάγκες και δυνατότητες του επομένου χρόνου. Όμως πολλά νοσοκομεία στη διάρκεια του έτους υπερβαίνουν τους προϋπολογισμούς τους είτε γιατί καταφέρνουν να επιδοτηθούν πρόσθετα από την κεντρική διοίκηση, είτε γιατί δημιουργούν ελλείμματα. Έτσι η αναδρομική αποζημίωση και λοιπές γραφειοκρατικές διαδικασίες των Νοσοκομείων δημιουργούν κίνητρα για ανεξέλεγκτες δαπάνες και μη ορθολογική χρήση των κονδυλίων.

3. Τα Δημόσια Νοσοκομεία καθορίζονται ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι παρεμβάσεις της κεντρικής εξουσίας στον τρόπο λειτουργίας τους είναι έντονες όπως στον καθορισμό του ύψους του ημερησίου νοσηλίου, στη χρηματοδότηση, στις προσλήψεις προσωπικού, στο καθορισμό ενιαίου μισθολογίου, στη θέσπιση ανοιχτών προϋπολογισμών. Έτσι η έλλειψη ανταγωνιστικότητας και προοπτικής κέρδους οδηγούν σε απουσία κινήτρων αποδοτικότητας.

4. Οι σχέσεις εργασίας στα Δημόσια Νοσοκομεία διέπονται από το Δημόσιο Υπαλληλικό Κώδικα και απουσιάζουν κανόνες που αυξάνουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Επιπρόσθετα απουσιάζουν ειδικευμένα στελέχη που θα διοικήσουν αποτελεσματικά.

5. Η ιατροκεντρική μορφή των δημόσιων νοσοκομείων δυσχεραίνει κάθε προσπάθεια της εκτελεστικής εξουσίας για ορθολογική διαχείριση των οικονομικών και άλλων πόρων.

1.5. Τύποι Νοσοκομείων

Ο νοσοκομειακός τομέας περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους ιδρυμάτων, που διακρίνονται ανάλογα με τα εξής χαρακτηριστικά:

α. Το σκοπό ή τη λειτουργία τους.

Διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά (general) νοσοκομεία έχουν τμήματα των περισσότερων ή όλων των ειδικοτήτων, ενώ τα ειδικά (specialty) εξειδικεύονται στη νοσηλεία περιπτώσεων ορισμένων μόνο ειδικοτήτων (μαιευτικά, ψυχιατρικά, Οφθαλμιατρείο, Ωνάσειο, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο ή δερματικών παθήσεων).

β. Το είδος των περιπτώσεων που νοσηλεύουν

Διακρίνονται σε νοσοκομεία «οξείας νοσηλείας» (acute hospitals), όπου η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη από ένα μήνα και σε νοσοκομεία χρονίων περιπτώσεων (long-term hospitals), τα οποία είναι γενικής νοσηλείας (π.χ. γηριατρικά) ή ειδικής νοσηλείας (π.χ. ψυχιατρικά).

γ. Τη νομική τους μορφή

Διακρίνονται σε κρατικά, δημοτικά, κοινωφελή ιδρύματα ασφαλιστικών οργανισμών και ιδιωτικά. Εδώ η κυριότερη διάκριση αφορά στην ιδιοκτησία και στο χαρακτήρα της οικονομικής τους οργάνωσης.

δ. Τη γεωγραφική τους εμβέλεια και τον πληθυσμό που εξυπηρετούν

Διακρίνονται σε τοπικά (local), με περιοχή ευθύνης έως 50.000 κατοίκους, νομαρχιακά (district), που εξυπηρετούν έως 200.000 κατοίκους και περιφερειακά (regional) για πληθυσμό μέχρι 1.000.000. Το εύρος της έκτασης της περιοχής ή του πληθυσμού που εξυπηρετούν

ορίζει και το εύρος των υπηρεσιών που τα διάφορα νοσοκομεία πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν. Τα τοπικά και νομαρχιακά νοσοκομεία ανήκουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και τα περιφερειακά στην τριτοβάθμια.

ε. Τον εκπαιδευτικό τους ρόλο.

Διακρίνονται σε αμιγώς πανεπιστημιακά, σε νοσοκομεία που έχουν περιορισμένο εκπαιδευτικό ρόλο αφού διαθέτουν μόνο ορισμένα πανεπιστημιακά τμήματα και σε νοσοκομεία που δεν επιτελούν εκπαιδευτικό έργο. Τα νοσοκομεία με εκπαιδευτικό ρόλο εντάσσονται συνήθως στην κατηγορία της τριτοβάθμιας φροντίδας.

1.6. Στόχος Δημοσίων Νοσοκομείων

Βασικός στόχος των δημοσίων Νοσοκομείων είναι η παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασθενείς, όμως λόγω της ιδιομορφίας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος και κυρίως της έλλειψης συγκροτημένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχουν υπηρεσίες υγείας όλων των επιπέδων και μορφών.

Σε αντίθεση με τα ιδιωτικά τα δημόσια Νοσοκομεία έχουν δύο (2) επιπλέον ειδικότερους στόχους:

(α) την εκπαίδευση των ιατρών, των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας κατά την περίοδο της εξειδίκευσής τους σε συγκεκριμένες επίσημες ειδικότητες και

(β) την επιστημονική έρευνα στους επιμέρους τομείς της ιατρικής και των άλλων επιστημών υγείας.

Οι παραπάνω σκοποί διαφοροποιούν τα δημόσια Νοσοκομεία από υπόλοιπους δημόσιους Οργανισμούς, οι στόχοι των οποίων είναι περισσότερο «οικονομικοί».

1.7. Σύντομη περιγραφή βασικών λειτουργιών Δημόσιου Νοσοκομείου

Οι λειτουργίες που είναι δυνατό να παρασχεθούν σε ένα Νοσοκομείο διακρίνονται στις κύριες, δηλαδή σε αυτές που αναφέρονται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και έχουν άμεση επίδραση στο χρήστη υγείας και στις δευτερεύουσες που είναι υποστηρικτικές και αφορούν την εσωτερική λειτουργία του Νοσοκομείου.

1.7.1. Κύριες λειτουργίες

Οι κύριες λειτουργίες των Δημοσίων Νοσοκομείων είναι η παροχή Πρωτοβάθμιας (παροχή πρώτων βοηθειών, πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων και προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής) και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (τακτικές και επείγουσες εισαγωγές ασθενών για υγειονομική περίθαλψη). Οι χρήστες των υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

α) σε αυτούς που δεν έχουν άμεση ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας και είναι δυνατός ο προγραμματισμός της επίσκεψης τους στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι.). Ο καθορισμός της λειτουργίας του κάθε ιατρείου σ' αυτά γίνεται με βάση τη ζήτηση, αυτό δηλαδή σημαίνει ότι υπάρχουν ιατρεία που λειτουργούν καθημερινά και για όλη την εβδομάδα, ιατρεία που λειτουργούν 2 ή 3 φορές και κάποια που λειτουργούν 1 φορά την εβδομάδα. Ως βασικό στόχο έχουν :

- την εφαρμογή και υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και των Διευθύνσεων Υγιεινής.
- την παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή αποκατάστασης.
- την παροχή πρώτων βοηθειών
- την παροχή υπηρεσιών σχολικής φροντίδας
- την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- τη συνταγογραφία φαρμάκων
- την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- τον οικογενειακό προγραμματισμό

Για το σκοπό αυτό η οργάνωση των εξωτερικών ιατρείων είναι η εξής :

Ιατρική Υποστήριξη: Εφαρμόζεται σύστημα rotation για όλους τους ιατρούς. Το πρόγραμμα απασχόλησης στα εξωτερικά ιατρεία εκπονείται από την ιατρική υπηρεσία με βάση το πρόγραμμα λειτουργίας του κάθε ιατρείου.

Νοσηλευτική Υποστήριξη: Υπάρχει μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό, που αποτελεί τμήμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Διοικητική Υποστήριξη: Το τμήμα της γραμματειακής υποστήριξης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων απαρτίζεται από διοικητικούς υπαλλήλους.

Στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων λειτουργούν αίθουσες κατάλληλα διαμορφωμένες για τη πραγματοποίηση μικροεπεμβάσεων. Από την έναρξη της λειτουργίας του τμήματος η ιατρική παρακολούθηση των ασθενών γίνεται με τη χρήση ατομικού ιατρικού φακέλου.

β) σε αυτούς που απευθύνονται στο *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)* διότι η κατάσταση της υγείας τους χρήζει άμεσης ιατρικής αντιμετώπισης. Η προσέλευση των ατόμων αυτής της κατηγορίας γίνεται τόσο κατά τη διάρκεια της εφημερίας, όσο και τις υπόλοιπες ώρες και ημέρες της εβδομάδας. Η παροχή ιατρικής φροντίδας σ' αυτό το τμήμα αφορά τη παροχή πρώτων βοηθειών, την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων, την επείγουσα εισαγωγή στο Νοσοκομείο ασθενών για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και όταν είναι απαραίτητη η παραπομπή στο χειρουργείο.

1.7.2. Υποστηρικτικές Λειτουργίες Δημόσιου Νοσοκομείου

1. Προμήθειες

Τα είδη των προμηθειών είναι αναλώσιμα και πάγια. Η ροή εργασιών περιλαμβάνει:

- Την έγκριση σκοπιμότητας
- Τη διακήρυξη
- Τη διενέργεια ανάλογα του διαγωνισμού

- Την κατακύρωση
- Τη σύναψη σύμβασης
- Την προμήθεια
- Την αποθήκευση
- Τη διαχείριση
- Τον εφοδιασμό τμημάτων και
- Την ανανέωση αποθηκευμένου υλικού.

Οι παραλαβές πάσης φύσεως υλικού γίνονται από επιτροπή, μετά από έλεγχο του παραλαμβανόμενου υλικού και σύνταξη πρωτοκόλλου παραλαβής. Τα υλικά καταχωρούνται στο σύστημα και γίνονται αντιπαραβολές με τα τιμολόγια.

Η διαχείριση του φαρμακευτικού υλικού αποτελεί ευθύνη του Φαρμακευτικού Τμήματος. Γίνεται τακτικός έλεγχος αποθεμάτων και με βάση την υπάρχουσα ποσότητα και τις προβλέψεις της ζήτησης συντάσσονται τα δελτία παραγγελίας προς τους αντίστοιχους προμηθευτές. Αντίγραφα των παραστατικών μένουν στο φαρμακείο και τα πρωτότυπα διαβιβάζονται στο λογιστήριο.

Για ειδικές-έκτακτες περιπτώσεις ελλείψεων πάσης φύσεως (και φαρμάκων) υλικού, γίνονται έκτακτες μικροπρομήθειες με υπηρεσιακά σημειώματα για τις οποίες ακολουθείται η διαδικασία (σκοπιμότητα, έγκριση κ.λπ.)

2. Οικονομική Διαχείριση

α) Προϋπολογισμός

Ο προϋπολογισμός είναι η απεικόνιση των εσόδων και των εξόδων του Νοσοκομείου για το τρέχον οικονομικό έτος. Το οικονομικό έτος αρχίζει στις 1/1 και τελειώνει στις 31/12. Η ταξινόμηση των εσόδων και των εξόδων κατατάσσονται ανάλογα με την αιτία και τη φύση τους σε ομάδες και κατηγορίες. Οποιαδήποτε έσοδα δεν εισπράχθηκαν στο τρέχον οικονομικό έτος μεταφέρονται στο νέο σαν έσοδα, ενώ τα έξοδα σαν μεταφερόμενες πιστώσεις.

β) Έσοδα

Με την έκδοση απόδειξης είσπραξης πραγματοποιούνται τα έσοδα του Νοσοκομείου κατά την στιγμή που πραγματοποιείται η δoσοληψία. Η απόδειξη φέρει τις υπογραφές του αρμόδιου υπαλλήλου, του αρμόδιου διευθυντή και του Διοικητή. Το αρχείο των αποδείξεων είσπραξης, και το ταμείο ενημερώνονται για κάθε απόδειξη που εκδίδεται. Στο γραφείο χρηματικού παραμένει το στέλεχος της απόδειξης σαν μέρος όλου του οικονομικού υλικού προς το Ελεγκτικό συνέδριο. Με την έκδοση της απόδειξης είσπραξης ενημερώνονται το καθολικό εσόδων, το ημερολόγιο ταμείου, και το ημερολόγιο εσόδων. Σε περίπτωση ακύρωσης απόδειξης είσπραξης πραγματοποιούνται αρνητικές εγγραφές.

γ) Έξοδα

Για κάθε δαπάνη που πραγματοποιεί το Νοσοκομείο εκδίδεται χρηματικό ένταλμα, μέσω του οποίου πραγματοποιούνται οι πληρωμές στους δικαιούχους, η έκδοση του οποίου πραγματοποιείται στο Λογιστήριο αφού υπογράψει ο προϊστάμενος οικονομικών υπηρεσιών, ο διοικητικός διευθυντής και ο Διοικητής του Νοσοκομείου. Από τα αντίγραφα του χρηματικού εντάλματος ενημερώνονται:

- α) Το γραφείο χρηματικού για την έκδοση επιταγής
- β) Το Ελεγκτικό Συνέδριο
- γ) Το γραφείο κρατήσεων και
- δ) Το λογιστήριο για την ετήσια ενημέρωση του Ελεγκτικού Συνεδρίου.

δ) Κρατήσεις ασφαλιστικών ταμείων

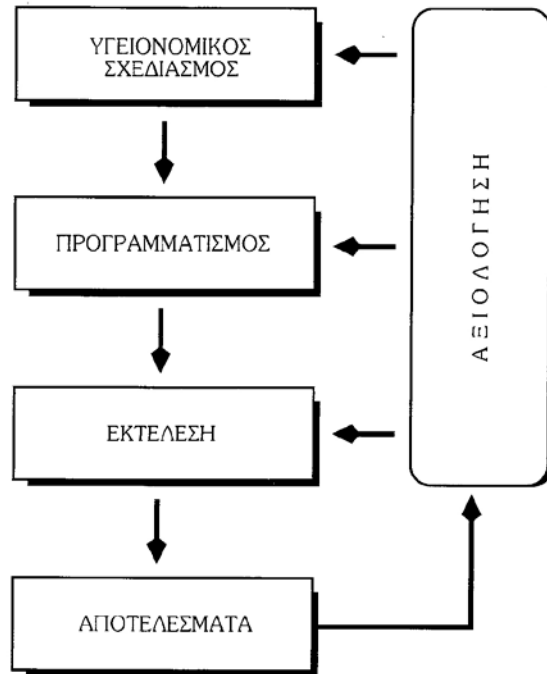
Για κάθε χρηματικό ένταλμα που εκδίδεται κρατείται ποσό υπέρ διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων, το οποίο αποδίδεται σε μηνιαία βάση στα ασφαλιστικά ταμεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

2.1. Η έννοια της αξιολόγησης

Η έννοια της αξιολόγησης υπονοεί τη συστηματική εκτίμηση του βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων και προδιαγραφών ενός συστήματος (προγράμματος ή υπηρεσίας) μέσα σε καθορισμένο χρονικό διάστημα, με αντικειμενικό σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων, των μέσων και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται ώστε η επίτευξη των υγειονομικών επιδιώξεων να είναι πληρέστερη. Από την άποψη αυτή η αξιολόγηση εντάσσεται μέσα στη συνολική διαδικασία του Εθνικού Υγειονομικού Προγραμματισμού και αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων στον τομέα του προγραμματισμού και της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (σχήμα 2 -1).



ΣΧΗΜΑ 2-1

Η θέση της αξιολόγησης στην Εθνική Υγειονομική Ανάπτυξη

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της αξιολόγησης έχει απασχολήσει αρκετά τη διεθνή βιβλιογραφία. Διάφορα σχήματα έχουν προταθεί κατά καιρούς για να διευκρινίσουν και να ταξινομήσουν τα στοιχεία που την συνθέτουν. Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π. Ο. Υ.) πρότεινε το 1967 να περιλαμβάνει η ταξινόμηση αυτή τρία στοιχεία: α) την επάρκεια (adequacy), β) την αποδοτικότητα (efficiency) και γ) την επιστημονικο-τεχνική ποιότητα (scientific-technical quality). Δύο χρόνια αργότερα η American Public Health Association πρότεινε ένα διαφορετικό σχήμα που περιελάμβανε τέσσερις βασικές έννοιες: α) την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility), β) την ποιότητά τους, γ) την συνέχεια της περίθαλψης (continuity) και δ) την αποδοτικότητα. Το 1972 ο Cochrane μιλούσε για: α) την ισότητα (equity), β) την αποτελεσματικότητα (effectiveness) και γ) την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, σαν αντικείμενο αξιολόγησης.

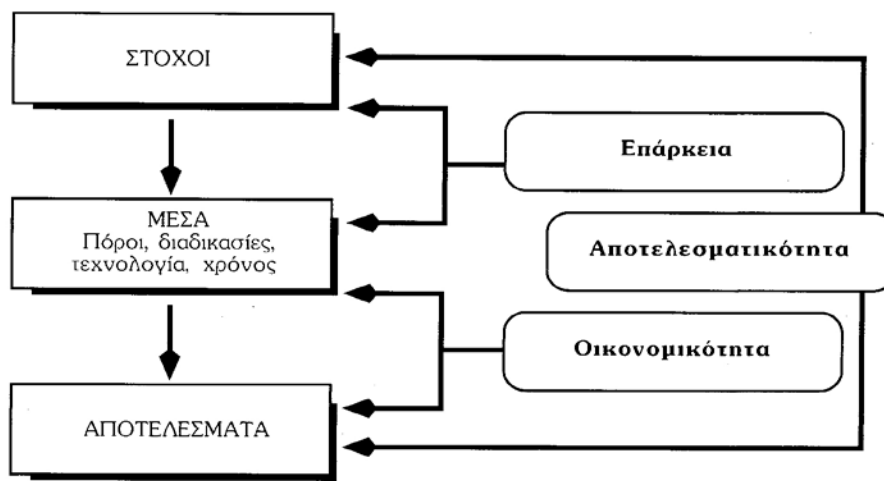
Ο Π.Ο.Υ. επανερχόμενος στο θέμα το 1981 πρότεινε έξι έννοιες που συνθέτουν το περιεχόμενο της αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας από το σχεδιασμό του μέχρι την εφαρμογή και τη λειτουργία του:

- 1) Την καταλληλότητα (*relevance*) της υγειονομικής πολιτικής σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, τις ανθρώπινες ανάγκες και τις κοινωνικο-υγειονομικές προτεραιότητες.
- 2) Την επάρκεια υπηρεσιών και πόρων, ιδιαίτερα σε τομείς προτεραιότητας.
- 3) Την πρόοδο (*progress*) των υγειονομικών δραστηριοτήτων (σύγκριση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σε δεδομένο χρόνο μ' αυτές που προγραμματίστηκε να πραγματοποιηθούν).
- 4) Την αποδοτικότητα των υπηρεσιών, που είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων προς τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν.
- 5) Την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υπό το πρίσμα της βελτίωσης της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού.
- 6) Την επίπτωση (*impact*) του προγράμματος στη συνολική κοινωνική και υγειονομική ανάπτυξη.

Τέλος, σε μελέτη του 1982 (Vuori HV) γίνεται δεκτό ότι τα χαρακτηριστικά της «καλής ιατρικής περίθαλψης» - και κατά συνέπεια και οι τομείς της αξιολόγησης - μπορούν να ταξινομηθούν κάτω από τους όρους:

- α) αποτελεσματικότητα
- β) αποδοτικότητα
- γ) επάρκεια και
- δ) επιστημονικο-τεχνική ποιότητα .

Είναι σαφές ότι στις τυπολογίες που προτάθηκαν υπάρχουν ορισμένες διαφορές, οι οποίες όμως δεν φαίνεται να υποδηλώνουν διαφορετικές αντιλήψεις για το περιεχόμενο της αξιολόγησης, αλλά προέρχονται μάλλον από τη διαφορετική έμφαση που δίνεται κάθε φορά σε ορισμένες πτυχές των υπηρεσιών υγείας. Ο βασικός πυρήνας όλων των προτάσεων παραμένει κοινός: Αν θεωρήσουμε ότι για την επίτευξη ορισμένων υγειονομικών στόχων χρησιμοποιούνται κάποια μέσα και προκύπτουν ορισμένα αποτελέσματα (σχήμα 2-2) τότε τα βασικά προβλήματα αξιολόγησης που προκύπτουν αφορούν:



ΣΧΗΜΑ 2-2

Η έννοια και το περιεχόμενο της αξιολόγησης

1. Τη συσχέτιση των μέσων που χρησιμοποιούνται προς τους επιδιωκόμενους στόχους, υπό το πρίσμα του κατά πόσο είναι κατάλληλα και επαρκούν για να επιτευχθούν οι στόχοι. Η συσχέτιση αυτή συνιστά την επάρκεια (adequacy) των υπηρεσιών υγείας. Αν στην επάρκεια αναγνωρίσουμε πέρα από τον ποσοτικό και έναν ποιοτικό χαρακτήρα, τότε αυτή μπορεί να συμπεριλάβει και την έννοια της επιστημονικής και τεχνολογικής ποιότητας (scientific-technical quality). Επιπλέον η επάρκεια προϋποθέτει την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (accessability) κατά τον ίδιο βαθμό για όλο τον πληθυσμό (ισότητα-equity). Ακόμη η «επάρκεια στο χρόνο» περιλαμβάνει τη συνέχεια της περίθαλψης (continuity) και τη διάθεση υπηρεσιών σε κάθε χρονική στιγμή (availability).

2. Τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν προς τους στόχους που καθορίστηκαν. Η σχέση αυτή αντιπροσωπεύει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (effectiveness) και μετράει ουσιαστικά το βαθμό επίτευξης των επιδιωκόμενων ή

επιθυμητών στόχων. Κατά ένα ορισμό περισσότερο «ιατρικό», η αποτελεσματικότητα ορίζεται σαν ο βαθμός βελτίωσης της εξέλιξης μιας νόσου.

3. Τη σχέση των *αποτελεσμάτων* που επιτεύχθηκαν προς τα κάθε είδους *μέσα* που χρησιμοποιήθηκαν για τον σκοπό αυτό, η οποία αποτελεί την αποδοτικότητα των υπηρεσιών ή προγραμμάτων υγείας (efficiency). Η αποδοτικότητα αντιπροσωπεύει το πηλίκο των θεωρητικά ελάχιστων πόρων που θα χρειαζόνταν για την επίτευξη των υγειονομικών στόχων, προς αυτούς που στην πραγματικότητα χρησιμοποιήθηκαν.

2.2. Τύποι αξιολόγησης

Υπάρχουν διάφοροι τύποι αξιολόγησης των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων των συστημάτων, τεχνολογιών, προγραμμάτων ή υπηρεσιών υγείας. Αυτοί ταξινομούνται κυρίως βάσει των ειδών κόστους και επιπτώσεων που μετρούνται, αλλά και των χρησιμοποιούμενων μεθόδων μέτρησης. Τρεις είναι οι κύριοι τύποι μμελετών αξιολόγησης του κόστους και των επιπτώσεων:

α) Η ανάλυση κόστους-ωφελειών που συγκρίνει δύο ή περισσότερα συστήματα, τεχνολογίες, προγράμματα ή υπηρεσίες και εκφράζει τόσο τις εισροές όσο και τις εκροές σε χρήμα.

β) Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας κατά την οποία μετρώνται οι εισροές σε χρήμα και οι εκροές σε φυσικές μονάδες όπως π.χ. χρόνια ζωής που διασώθηκαν.

γ) Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας συγκρίνει δύο ή περισσότερες εναλλακτικές. Όπως και στην περίπτωση της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, έτσι και σ' αυτήν οι εισροές μετρώνται σε χρήμα, αλλά οι εκροές αναφορικά με την ποιότητα ή χρησιμότητά τους.

Άλλοι τύποι αξιολόγησης είναι:

α) Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (*cost-minimization analysis-CMA*): εφαρμόζεται όταν δύο ή περισσότερες εναλλακτικές επιδεικνύουν ισοδύναμα αποτελέσματα και πρέπει να συγκριθεί το κόστος της κάθε μιας. Η ανάλυση αναδεικνύει την φθηνότερη εναλλακτική.

β) Η ανάλυση κόστους ασθένειας (*cost-of-illness-COI*): καθορίζει τις οικονομικές επιπτώσεις μιας νόσου.

γ) Οι αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής (*quality of life assessments-QOL*): μετρούν τις επιπτώσεις ενός συστήματος, μιας τεχνολογίας, ενός προγράμματος ή μιας υπηρεσίας υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η επιλογή της μεθοδολογίας αξιολόγησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: τους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης, τους διατιθέμενους πόρους, το είδος του προβλήματος που έχουμε να αντιμετωπίσουμε, τα υπάρχοντα δεδομένα-πληροφορίες και το τρόπο μέτρησης (αποτίμησης) των επιπτώσεων.

2.3. Το μεθοδολογικό πλαίσιο της αξιολόγησης

Ο απλούστερος τρόπος αξιολόγησης ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας είναι η αναλυτική περιγραφή και εκτίμηση των συντελεστών λειτουργίας του συστήματος, η οποία επιτρέπει την αδρή καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Εκτός απ' αυτόν, η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τρεις ακόμη βασικούς τρόπους:

- 1) Με την ποσοτική αποτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται και των πόρων που καταναλίσκονται.
- 2) Με την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 3) Με την εκτίμηση της βελτίωσης των δεικτών υγείας που επιφέρει η λειτουργία του συστήματος.

2.4. Η διαδικασία της αξιολόγησης

1. Καθορισμός του αντικειμένου της αξιολόγησης και σαφής διατύπωση του διερευνημένου ερωτήματος (κοινωνικο-οικονομική υπόθεση). Η αξιολόγηση αφορά είτε μεμονωμένα θεραπευτικά ή διαγνωστικά μέτρα (medical audit), είτε ολόκληρες κατηγορίες υπηρεσιών. Στη δεύτερη περίπτωση η αξιολόγηση μπορεί να αναφέρεται συνολικά στις υπηρεσίες υγείας ή σε συγκεκριμένους τομείς των υπηρεσιών.

2. Καθορισμός των στόχων της υπό αξιολόγηση υπηρεσίας ή προγράμματος. Οι στόχοι μιας υγειονομικής δραστηριότητας, υπηρεσίας ή προγράμματος μπορεί να είναι γενικοί ή ειδικοί. Οι γενικοί στόχοι (ή σκοποί) καθορίζουν τις κύριες προθέσεις του προγράμματος χωρίς να υπεισέρχονται στις λεπτομέρειες του επιδιωκόμενου αποτελέσματος. Τον τομέα αυτόν καλύπτουν οι ειδικοί στόχοι, που πρέπει να είναι διατυπωμένοι με σαφήνεια και εξειδικευμένοι κατά τομείς. Πολύ συχνά όμως κατά την τρέχουσα υγειονομική δραστηριότητα οι ειδικοί στόχοι δεν καθορίζονται, γεγονός που αναμφισβήτητα θέτει εμπόδια στην ολοκλήρωση της αξιολόγησης. Πάντως αυτό δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ότι αποτελεί ικανή αιτία για να μη γίνει αξιολόγηση. Οι γενικοί στόχοι μπορούν να εξειδικεύονται κατά τομείς σύμφωνα με κριτήρια βασισμένα στη διεθνή υγειονομική πρακτική ή με βάση γενικά αποδεκτά πρότυπα. Αυτό βέβαια προσδίδει ένα γενικό και πιθανολογικό χαρακτήρα στην αξιολόγηση, παρ' όλα αυτά όμως, χρήσιμο και αναγκαίο.

Είναι γενικά επιθυμητό οι κάθε είδους στόχοι να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή (π.χ. μείωση της βρεφικής θνησιμότητας από την τιμή Α στην τιμή Β, στο χρονικό διάστημα Χ). Εντούτοις αυτό - ιδιαίτερα στους γενικούς στόχους - δεν είναι πάντοτε εφικτό και οδηγεί κατ' ανάγκη στον καθορισμό των στόχων μόνο με ποιοτικά κριτήρια. Επειδή αντικειμενικός σκοπός όλων των υγειονομικών προγραμμάτων και υπηρεσιών είναι η μείωση των προβλημάτων και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, οι στόχοι κατά κανόνα εκφράζονται σαν ποσοστά βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού. Είναι όμως δυνατό να τεθούν και άλλοι ενδιάμεσοι στόχοι όπως η βελτίωση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, η αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, η βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών δραστηριοτήτων κ.λ.π.

3. Το υλικό της αξιολόγησης: Η οργάνωση κάθε διαδικασίας αξιολόγησης προαπαιτεί

ακόμη την εξασφάλιση μιας σειράς πληροφοριών, αναγκαίων για την διεξαγωγή των μετρήσεων και τον υπολογισμό των απαιτούμενων δεικτών. Οι πληροφορίες θα πρέπει να είναι επαρκείς, ακριβείς και να μπορούν να συγκεντρωθούν εύκολα και έγκαιρα. Εντούτοις κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εύκολο ή απαιτεί εξειδικευμένες και πολυδάπανες επιδημιολογικές έρευνες. Η ευκολότερη λύση είναι να καθορισθεί εκ των προτέρων το είδος των μετρήσεων που θα πραγματοποιηθούν ώστε οι απαιτούμενες πληροφορίες να συγκεντρώνονται ήδη από τις διάφορες υπηρεσίες. Οι συνηθέστερες πηγές πληροφοριών είναι:

- α) Στατιστικές που αφορούν τον πληθυσμό και τη φυσική του κίνηση.
- β) Στατιστικές που αφορούν τη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
- γ) Τα ιατρικά αρχεία και οι φάκελοι ασθενών.
- δ) Οι καταγραφές διαφόρων ασθενειών.
- ε) Επιδημιολογικές έρευνες.
- στ) Οι γνώμες των ασθενών.
- ζ) Άλλες πηγές πληροφοριών, ακόμη και εκτός του υγειονομικού τομέα.

4. Επιλογή των μεθοδολογιών που θα χρησιμοποιηθούν και καθορισμός των μετρήσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν.

5. Συλλογή των στοιχείων.

6. Ανάλυση των στοιχείων και αποτελέσματα.

2.5. Αξιολόγηση Δημοσίων Νοσοκομείων

Η αξιολόγηση στα Δημόσια Νοσοκομεία είναι μια δύσκολη υπόθεση λόγω της πολυπλοκότητας και της ιδιομορφίας του προϊόντος της υγείας που παράγουν και θα πρέπει να αναφέρεται σε τρία επίπεδα:

α. Της παραγωγικότητας η οποία υπολογίζεται από την «κατανάλωση» των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς και εκφράζεται με αριθμητικά δεδομένα.

β. Της αποδοτικότητας η οποία αποτυπώνεται μέσα από ειδικούς δείκτες που φανερώνουν το βαθμό αξιοποίησης των διαθέσιμων ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών πόρων

γ. Της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

3.1. Δείκτες αξιολόγησης

Οι δείκτες είναι συνήθως τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης και μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών. Δείκτης είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο ποσοτικό μέτρο μιας διαδικασίας ή ενός αποτελέσματος, το οποίο σχετίζεται με μία ή περισσότερες διαστάσεις της απόδοσης όπως είναι η αποτελεσματικότητα και η καταλληλότητα. Οι ιδιότητες που περιέχονται στον ορισμό των δεικτών αναφέρονται και αναλύονται παρακάτω:

1. Οι δείκτες είναι ποσοτικό μέτρο. Τα ποσοτικά δεδομένα εκφράζονται με συγκεκριμένες μονάδες μέτρησης που δεν εκφράζουν καμία κρίση ούτε κανένα συμπέρασμα σχετικά με τη

διαδικασία που μετριέται, παρά παρέχουν συγκεκριμένες αντικειμενικές πληροφορίες που απαιτούν περαιτέρω ανάλυση και ερμηνεία.

2. Είναι αξιόπιστοι και έγκυροι. Ένας δείκτης είναι αξιόπιστος (reliable) εφόσον διαφορετικές παρατηρήσεις (ή ο ίδιος παρατηρητής σε πολλές περιστάσεις), επιτυγχάνουν την ίδια μέτρηση για το ίδιο γεγονός. Ένας δείκτης είναι έγκυρος (valid) εφόσον αυτή η μέτρηση αναγνωρίζει μια ευκαιρία για τη βελτίωση της απόδοσης (ή αναγνωρίζει ένα φαινόμενο που αξίζει περαιτέρω επανεξέτασης, το οποίο είναι ένα βήμα για την αναγνώριση μιας ευκαιρίας για βελτίωση).

3. Συμμετέχουν στην διαδικασία και στο αποτέλεσμα. Οι δείκτες, καθορίζουν είτε ένα συγκεκριμένο μέρος της διαδικασίας που μετριέται ή ένα αποτέλεσμα της διαδικασίας. Η μέτρηση των αποτελεσμάτων είναι απαραίτητη για να διδαχθούμε από τα αποτελέσματα, ενώ η μέτρηση της διαδικασίας είναι απαραίτητη για να μάθουμε τι προκάλεσε αυτά τα αποτελέσματα.

Ανεξάρτητα από το περιεχόμενό τους οι δείκτες πρέπει να εκπληρώνουν μερικές βασικές προϋποθέσεις :

α) Να είναι *έγκυροι (valid)*: να μετράνε δηλαδή πραγματικά αυτό το οποίο προορίζονται να μετρήσουν.

β) Να είναι *αντικειμενικοί (objective) και αξιόπιστοι*: να δίνουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από το πρόσωπο που τους χρησιμοποιεί και τις συνθήκες μέτρησης.

γ) Να είναι *ευαίσθητοι (sensitive)*: ν' αντιδρούν κατά τις αλλαγές του υπό μελέτη φαινομένου.

δ) Να είναι *εξειδικευμένοι (specific)*, δηλαδή ικανοί ν' αντιδρούν στις αλλαγές της κατάστασης μόνο του συγκεκριμένου φαινομένου που μελετάται

3.2. Περιγραφική ταξινόμηση των Μέτρων Απόδοσης - Δείκτες Αποδοτικότητας

Η Joint Commission¹ έχει αναγνωρίσει τις ακόλουθες εννέα διαστάσεις της απόδοσης, μέσα από τις οποίες μπορεί να προκύψουν οι ομάδες δεικτών:

¹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000, σελ. 20

Αποτελεσματικότητα (efficacy) της περίθαλψης – Ο βαθμός στον οποίο έχει αποδειχθεί ότι η περίθαλψη και οι υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή επιφέρουν τα επιθυμητά ή προγραμματισμένα αποτελέσματα.

Καταλληλότητα (appropriateness) – Ο βαθμός στον οποίο η περίθαλψη και οι υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή σχετίζονται με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς με δεδομένη την υπάρχουσα γνώση.

Διαθεσιμότητα (availability) – Ο βαθμός στον οποίο διατίθεται κατάλληλη περίθαλψη και υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς.

Εγκαιρότητα (timeliness) – Ο βαθμός στον οποίο η περίθαλψη και οι υπηρεσίες παρέχονται στον ασθενή, τον πιο ωφέλιμο ή απαραίτητο χρόνο.

Αποτελεσματικότητα (effectiveness) του οργανισμού – Ο βαθμός στον οποίο η περίθαλψη και οι υπηρεσίες παρέχονται με τον ορθό τρόπο με δεδομένη την υπάρχουσα γνώση, για την επίτευξη του επιθυμητού ή προγραμματισμένου αποτελέσματος για τον ασθενή.

Συνέχεια (continuity) – Ο βαθμός στον οποίο υπάρχει συντονισμός μεταξύ διαφόρων αρχών ή οργανισμών που συνεργάζονται για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης στον ασθενή και ο βαθμός που αυτό συμβαίνει στη διάρκεια του χρόνου.

Ασφάλεια (safety) – Ο βαθμός στον οποίο μειώνονται οι κίνδυνοι στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

Αποδοτικότητα (efficiency) – Η σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης και των πόρων που χρησιμοποιούνται για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή και

Σεβασμός και φροντίδα των χρηστών υγείας (respect and caring) – Ο βαθμός στον οποίο όσοι παρέχουν υγειονομική περίθαλψη και άλλες σχετικές υπηρεσίες λειτουργούν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες του ασθενούς, καθώς και ο βαθμός στον οποίο συμμετέχει ο ασθενής σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία του².

² Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000, σελ. 16

3.3. Τύποι δεικτών

Υπάρχουν τρεις συνιστώσες της ποιότητας: η δομή, η διαδικασία και το αποτέλεσμα και για καθεμιά από αυτές μπορούν να αναπτυχθούν κατάλληλοι δείκτες.

Οι **διαρθρωτικοί δείκτες** αναφέρονται σε δεδομένα σχετικά με τα στοιχειώδη στοιχεία που πρέπει να υπάρχουν σε ένα Νοσοκομείο, έτσι ώστε αυτό να λειτουργεί ικανοποιητικά και αποτελεσματικά. Τέτοια είναι τα χαρακτηριστικά ενός Νοσοκομείου όπως η οργανωτική δομή, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, η απογραφή ασθενών, οικονομικά στοιχεία κ.ά.

Οι **δείκτες διαδικασιών** περιλαμβάνουν στοιχεία της υγειονομικής περίθαλψης (πώς παρέχεται αυτή και οι σχετικές υπηρεσίες) και αφορούν: τη διάγνωση, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, την ενημέρωση των ασθενών και των συγγενών σχετικά με την πορεία της υγείας και την εξέλιξη της θεραπείας τους. Επίσης αναφέρονται και σε στοιχεία που αφορούν τον τρόπο αντιμετώπισης των καταναλωτών υγείας από τους θεράποντες ιατρούς, αλλά και το κατά πόσο οι ασθενείς συμμετέχουν στη θεραπεία τους ή τηρούν τις συμβουλές των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον περιλαμβάνουν μη κλινικές δραστηριότητες που στηρίζουν τις καθημερινές λειτουργίες του νοσοκομείου (π.χ. παρασκευή του φαγητού για τους ασθενείς).

Τα **κλινικά αποτελέσματα (outcomes)** είναι πολυδιάστατα και οι δείκτες που βασίζονται σε αυτά περιλαμβάνουν στοιχεία όπως είναι οι λόγοι εσόδων - εξόδων, η ικανοποίηση του ασθενούς και του προσωπικού, η παραγωγικότητα και η αποδοτικότητα και δίνουν στοιχεία σχετικά με τις εκβάσεις του έργου που πραγματοποιείται. Επίσης μπορεί να περιλαμβάνουν επιπτώσεις από βλάβες ή κινδύνους για την υγεία.

Οι διαρθρωτικοί δείκτες αξιολογούν συνήθως την ικανότητα ενός νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, αλλά δεν αποκαλύπτουν πληροφορίες σχετικά με την πραγματική απόδοση λόγω του ότι βασίζονται κατά πολύ σε υποκειμενικές εκτιμήσεις, σε αντίθεση με τους δείκτες διαδικασιών και αποτελεσμάτων που παράγουν συνήθως δεδομένα που περιγράφουν την πραγματική απόδοση. Λόγω του παραπάνω τα Νοσοκομεία συχνά διαθέτουν περισσότερο χρόνο για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων για τη διαδικασία και τα αποτελέσματα, απ' ό,τι για τη συλλογή και ανάλυση των διαρθρωτικών δεδομένων.

Οι δείκτες μέτρησης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας χωρίζονται σε δύο κυρίως κατηγορίες: **Γενικούς και ειδικούς**

Οι **γενικοί** δείκτες αναφέρονται:

- στο χρόνο ανταπόκρισης στα αιτήματα των πολιτών
- στο ποσοστό ικανοποίησης των παραπόνων που υποβάλλονται
- στην εφαρμογή νέων τεχνολογιών
- στο κόστος διαχείρισης και
- στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι **ειδικοί** δείκτες αντιστοιχούν στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρονται σε κάθε υγειονομική μονάδα.

Οι δείκτες μπορούν επίσης να είναι:

Δημογραφικοί ή περιγραφικοί δείκτες (demographic or descriptive measures) οι οποίοι δίνουν δεδομένα που χαρακτηρίζουν έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών. Τα στοιχεία των περιγραφικών δεδομένων περιλαμβάνουν την ηλικία του ασθενούς, το φύλο του, τον αριθμό και τη συχνότητα των εισαγωγών του, τον ιατρό που του παρέχει θεραπεία, τη θεραπεία και τη διάγνωση. Αν δεν συμπληρωθούν όμως αυτά τα δεδομένα με στοιχεία άλλων διαδικασιών και αποτελεσμάτων δεν παρέχουν επαρκείς πληροφορίες έτσι ώστε να οδηγήσουν σε σημαντικά αποτελέσματα.

Κλινικοί δείκτες (clinical measures) οι οποίοι μπορεί να είναι γενικοί ή να αναφέρονται σε συγκεκριμένες νόσους και να αφορούν δεδομένα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας ενός ασθενούς (επιδείνωση, βελτίωση ή σταθεροποίηση). Τα γενικά μέτρα υγείας εφαρμόζονται ευρέως σε μεγάλους πληθυσμούς ασθενών και σχετίζονται με διαγνωστικές κατηγορίες. Το Συνοπτικό Έντυπο της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form) που περιλαμβάνει 36 Στοιχεία (SF-36), είναι ένα

συνηθισμένο γενικό ερωτηματολόγιο. Αξιολογεί την κατάσταση της υγείας και την ευεξία χρησιμοποιώντας 36 ερωτήσεις σε επτά υποκλίμακες: φυσική λειτουργία, σωματικό άλγος, περιορισμοί ρόλων ως αποτέλεσμα προβλημάτων υγείας, συναισθηματική υγεία, κοινωνική λειτουργία, ενέργεια/κόπωση και γενικές αντιλήψεις περί υγείας.

Δείκτες που αναφέρονται σε κάποια συγκεκριμένη νόσο (disease-specific measures) και στοχεύουν σε ειδικά καθορισμένες ομάδες ασθενών, με κοινές διαγνώσεις και παρόμοια συμπτώματα. Η Λειτουργική Αξιολόγηση της Θεραπείας του Καρκίνου [Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)] η οποία έχει διάφορες εκδοχές για τον καρκίνο του μαστού, του προστάτη, των πνευμόνων και άλλων μορφών καρκίνου είναι ένα παράδειγμα που αναφέρεται ειδικά σε μια νόσο.

Δείκτες κατάστασης της υγείας ενός ασθενούς (health status measures) που συλλέγουν δεδομένα σχετικά με τη φυσική και ψυχολογική του κατάσταση, τη λειτουργικότητά του, την ευεξία του και την ποιότητα της ζωής του. Τα φυσιολογικά κλινικά δεδομένα περιλαμβάνουν στοιχεία όπως ζωτικές ενδείξεις, αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων, αντιδράσεις στη θεραπεία, εμφάνιση και σοβαρότητα των επιπλοκών μιας ασθένειας, βαθμό ενέργειας ή κόπωσης και ένταση του άλγους που βιώνει ο ασθενής. Παραδείγματα ψυχολογικών δεδομένων περιλαμβάνουν τις γνωστικές ικανότητες, τις διαδικασίες σκέψης, τις συναισθηματικές καταστάσεις, τα ψυχιατρικά ή ψυχολογικά συμπτώματα, τις αντιδράσεις στα συμπτώματα, τη διάγνωση, τις θεραπείες και την πρόγνωση της εμφανιζόμενης ασθένειας, τα αισθήματα αυτοεκτίμησης, την κοινωνική λειτουργία και την ψυχαγωγία - διασκέδαση.

Λειτουργικοί δείκτες (functional measures) που αξιολογούν την ικανότητα του ασθενή να επιστρέψει στη φυσιολογική του ζωή και να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής μετά τη θεραπεία του. Επίσης μπορεί να αξιολογούν τη βλάβη (ανατομική ή φυσιολογική δυσλειτουργία), την εξασθένηση, την ανικανότητα ή την αναπηρία (περιορισμοί που προκύπτουν από τη βλάβη). Τα τυποποιημένα μεθοδολογικά εργαλεία που αξιολογούν τη λειτουργική ικανότητα εστιάζονται συνήθως στην αναπηρία. Ένα παράδειγμα, είναι ο δείκτης φυσικών ικανοτήτων της εταιρείας RAND (PCI), ο οποίος εξετάζει τις επιδράσεις της ασθένειας και των θεραπειών στην ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί συνήθεις εργασίες της καθημερινής ζωής.

Δείκτες της ευεξίας και της ποιότητας ζωής (*measures of well-being and quality of life*) που εξετάζουν τις αντιλήψεις του ασθενούς για τη σημερινή κατάσταση της υγείας του και τις συνθήκες της ζωής του, στοιχεία τα οποία είναι συνήθως υποκειμενικά. Καθώς ο πόνος και τα σωματικά συμπτώματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα και την αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας έχουν δημιουργηθεί πολυάριθμα όργανα για την αξιολόγηση του αντιλαμβανόμενου πόνου και των σωματικών συμπτωμάτων. Τα μέσα απεικόνισης του πόνου και η γραμμική αναλογική κλίμακα αξιολογούν και τα δύο τον χρόνιο πόνο. Το Τροποποιημένο Ερωτηματολόγιο Σωματικής Αντίληψης [*Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ)*], το οποίο περιλαμβάνει 22 στοιχεία αναφοράς, εκτιμά μία ευρύτερη κλίμακα σωματικών ασθενειών.

Διοικητικοί δείκτες (*administrative measures*) που αποκαλύπτουν δεδομένα αναγκαία για την ορθή λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων και κρίσεων σχετικά με τις λειτουργίες του Νοσοκομείου και μπορεί να αναφέρονται σε κλινικές ή μη κλινικές διαδικασίες και αποτελέσματα. Για παράδειγμα τα διοικητικά μέτρα μπορεί να εξετάζουν λειτουργίες όπως είναι η δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών και η διαθεσιμότητα ιατρών, η αξιοποίηση των πόρων, η παραγωγικότητα του προσωπικού – ιατρών, οι λειτουργικές δαπάνες, η αποδοτικότητα και οι μεταβολές του προσωπικού. Δεδομένα που αναφέρονται στον ασθενή, το προσωπικό και τις αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς για την υγειονομική τους περίθαλψη και την παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι σημαντικά στοιχεία για τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Τα μέτρα αναφοράς (*benchmark measures*) συλλέγουν δεδομένα για συγκριτική ανάλυση της απόδοσης όπως είναι τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, τα σφάλματα της φαρμακευτικής αγωγής. Αποτελέσματα όπως είναι το μείγμα ασθενών, η διάρκεια νοσηλείας και η ικανοποίηση του ασθενούς είναι χαρακτηριστικά είδη μη κλινικών δεδομένων που χρησιμοποιούνται για σκοπούς σύγκρισης³.

³ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000, σελ.31-33

3.4. Ενδεικτικοί δείκτες μέτρησης αποτελεσματικότητα & αποδοτικότητα στην υγεία

Ορισμένοι δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο τομέα υγείας, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών τους, είναι οι ακόλουθοι:

1. Αριθμός εσωτερικών ασθενών / έτος
2. Αριθμός εξωτερικών ασθενών / έτος
3. Ποσοστά παιδικής θνησιμότητας
4. Κατανάλωση αλκοόλ κατά κεφαλήν (λίτρα) / έτος
5. Κατανάλωση καπνού κατά κεφαλή (γραμμάρια) / έτος
6. Συνολικές δαπάνες υγείας κατά κεφαλή
7. Δαπάνες φαρμάκων κατά κεφαλή
8. Αριθμός γιατρών ανά 1000 κατοίκους
9. Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους
10. Μέση διάρκεια επείγουσας νοσηλείας
11. Αριθμός εσωτερικών ασθενών των νοσοκομείων ανά 1000 κατοίκους
12. Αναλογία εσωτερικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν για χρονικό διάστημα τριών μηνών
13. Μέσος αριθμός εκτελούμενων συνταγών από φαρμακεία και άλλες υπηρεσίες υγείας
14. Κόστος φαρμάκων ανά συνταγή
15. Ποσοστό θανάτων άνω των 65 ετών στο σύνολο των θανάτων
16. Ποσοστό προγενετικής θνησιμότητας
17. Ποσοστό αμβλώσεων ανά 1000 κατοίκους
18. Ποσοστό γυναικών μεταξύ 25-64 ετών που υποβάλλονται σε pap-test
19. Ποσοστό παιδιών 0-5 ετών που τυγχάνουν οδοντιατρικής παρακολούθησης
20. Ειδικές νοσηλευτικές υπηρεσίες: εσωτερικοί ασθενείς (απόλυτος αριθμός και ανά διαθέσιμο κρεβάτι), μέση παραμονή, περίθαλψη εξωτερικών ασθενών (εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά)

21. Αριθμός ασθενών που περιμένουν για X μήνες να εξυπηρετηθούν (για μη επείγουσα νοσηλεία, ή για μονομερή περίθαλψη ή για την πρώτη εξέταση)
22. Αριθμός ασθενών που εξετάστηκαν εντός X λεπτών από την άφιξή τους στα επείγοντα περιστατικά
23. Αριθμός εξωτερικών ασθενών που έγιναν δεκτοί X λεπτά μετά το προκαθορισμένο ραντεβού τους
24. Αριθμός ασθενοφόρων που καταφθάνουν εντός χρόνου- στόχου σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού
25. Ποσοστό θνησιμότητας ασθενών με καρδιακές παθήσεις
26. Ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο ατόμων κάτω των 65 ετών
27. Σχέση ηλικίας πληθυσμού και ποσοστού θανάτων από καρκίνο
28. Ποσοστό αλκοολικών ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού
29. Ποσοστό εθισμένων στα ναρκωτικά στο σύνολο του πληθυσμού (κατά κατηγορία πληθυσμού)
30. Ποσοστό ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS (κατά κατηγορία)
31. Κόστος κατ' άτομο ανά πρόγραμμα φροντίδας (μητρότητας, δυσκολίες μάθησης κλπ)
32. Ποσοστό περιπτώσεων μονοήμερης περίθαλψης στο σύνολο των εισαγωγών σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα
33. Μέσος όρος παραμονής ανά ομάδα ασθενών που υποβάλλονται σε ειδική διαγνωστική εξέταση
34. Αριθμός νοσηλειών ανά 1000 κατοίκους
35. Αριθμός κλινών ανά νοσηλευτική υπηρεσία
36. Μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο (σε ημέρες)
37. Μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο πριν από εγχείρηση (σε ημέρες)
38. Αριθμός κατ' οίκον επισκέψεων που διεξάγονται από τις υπηρεσίες υγείας
39. Ποσοστό εργατών που εξετάστηκαν στην εργασία τους και παρουσιάζουν ειδικό νόσημα
40. Ποσοστό παραπόνων για τις υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των παραπόνων για τη δημόσια διοίκηση

41. Ποσοστό εφήβων καπνιστών στο σύνολο των εφήβων (άντρες – γυναίκες)
42. Αριθμός νοσοκομείων που έχουν κάποια μορφή πιστοποίησης (ISO, HACCP, κλπ).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

CASE STUDY – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

4.1. Γενική παρουσίαση της ταυτότητας του Νοσοκομείου

4.1.1. Βασικά στοιχεία του Νοσοκομείου

Το Δημόσιο Νοσοκομείο με το οποίο θα ασχοληθούμε είναι ένα Γενικό Νοσοκομείο που βρίσκεται σε μια βιομηχανική περιοχή, κοντά σε έναν από τους μεγαλύτερους συγκοινωνιακούς κόμβους της χώρας μας. Σύμφωνα με τον υφιστάμενο οργανισμό του Νοσοκομείου προβλέπονται τα εξής τμήματα :

- 16 κλινικά τμήματα
- 3 ειδικές μονάδες
- 8 εργαστηριακά τμήματα
- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Η κάθε μία από τις υπηρεσίες του διαρθρώνεται σε τομείς ή υποδιευθύνσεις, τμήματα ή/και αυτοτελή γραφεία, σύμφωνα με τον οργανισμό του. Η ανάπτυξη και η προαγωγή της ιατρικής έρευνας όσο και η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης ιατρών και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας, αποτελούν έναν από τους πρωτεύοντες σκοπούς του Νοσοκομείου. Στόχος του είναι η εύρεση των περιορισμών και των δυνατοτήτων που προκύπτουν από τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της μέχρι σήμερα δραστηριοποίησής του στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, ώστε να συντελέσει ως Νοσηλευτική Μονάδα στη γενικότερη αναβάθμιση των υπηρεσιών αυτών σε επίπεδο Περιφέρειας.

4.1.2. Σύντομη ιστορική αναδρομή

Ο πρώτος οργανισμός του Νοσοκομείου δημοσιεύθηκε το 1989 και η σταδιακή έναρξη λειτουργίας του ξεκίνησε το 1996. Από τον αρχικό οργανισμό μέχρι σήμερα έχουν γίνει 4 μεγάλες τροποποιήσεις με πλέον πρόσφατη αυτή του έτους 2004 και

αρκετές συμπληρώσεις που συνέβαλαν στην ανάπτυξη του Νοσοκομείου και στην ανάδειξη του σε μια από τις πιο σύγχρονες νοσηλευτικές μονάδες της χώρας μας.

Από το έτος 1997 το Νοσοκομείο δέχεται επείγοντα περιστατικά σε καθημερινή βάση και μέχρι τις 14.30, ενώ από το Δεκέμβριο του 2000 εντάχθηκε στο σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων που καλύπτουν τις ανάγκες της ευρύτερης περιοχής στην οποία υπάγεται. Παράλληλα το υπό συζήτηση Νοσοκομείο έχει ενταχθεί στο σύστημα ψυχιατρικής εφημερίας, υποδεχόμενο περιστατικά απ' όλη τη χώρα κάθε 2^ο Σάββατο του μήνα. Το 2002 ολοκληρώθηκε το έργο της επέκτασης και διαμόρφωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου, ένα έργο απόρροια της συνεχώς αυξανόμενης κίνησης του.

Στο Νοσοκομείο από το 1997 υπάγονται δύο κέντρα υγείας με τα Περιφερειακά Ιατρεία τους. Σήμερα το Νοσοκομείο αποτελεί μία οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα συνεχώς αναπτυσσόμενη με άριστη υποδομή σε ιατροτεχνολογικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό που καλείται καθημερινά να καλύψει τις ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη χιλιάδων κατοίκων. Από τον Μάρτιο του 2001 με την ψήφιση του νόμου 2889 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», το Νοσοκομείο αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας και Πρόνοιας .

4.1.3. Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου

Ο σκοπός του Νοσοκομείου είναι :

- Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση
- Η ανάπτυξη και η προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης του συνόλου του προσωπικού.

Αναφορικά με το ρόλο του, το υπό συζήτηση Γενικό Νοσοκομείο καλείται να εξυπηρετήσει:

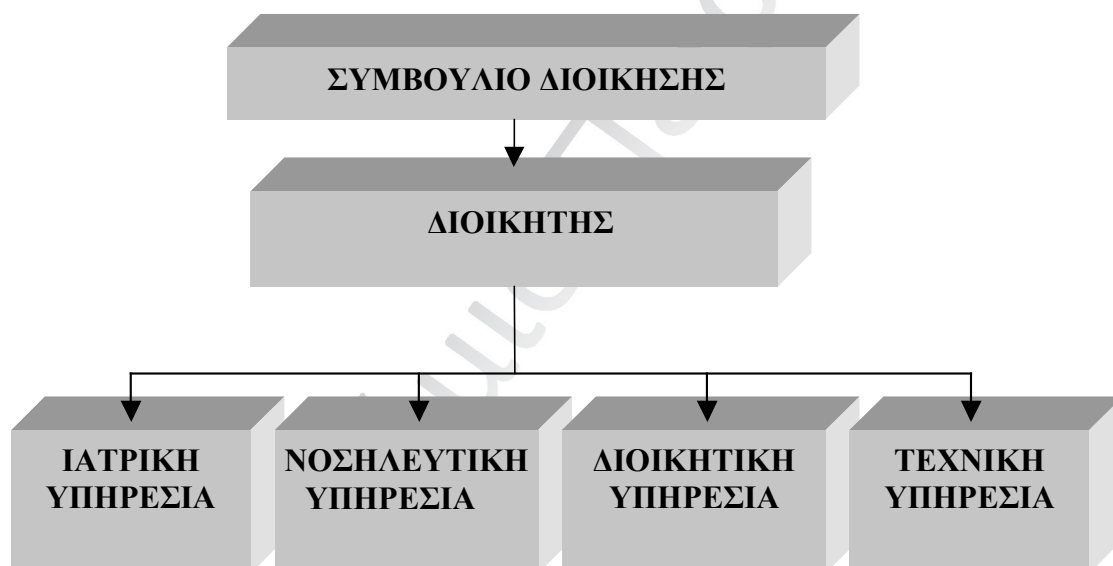
- ✓ Μια περιοχή με σημαντικές ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι στο γεωγραφικό τμήμα στο οποίο υπάγεται δεν υπάρχει καμία άλλη δημόσια ή

ιδιωτική νοσηλευτική μονάδα, γεγονός που ωθεί τόσο τους ιδιωτικούς όσο και τους δημόσιους φορείς της περιοχής σε σημαντική υποστήριξη της λειτουργίας του.

✓ Μία ευρεία περιοχή στο πλαίσιο της εφημερίας των Νοσοκομείων της ΔΥΠΕ στην οποία υπάγεται.

4.2. Οργάνωση – λειτουργίες και συστήματα του Νοσοκομείου

Η οργανωτική δομή του Νοσοκομείου απεικονίζεται με την μορφή οργανογράμματος ακολούθως:



ΣΧΗΜΑ 4-1

Οργανωτική δομή του Νοσοκομείου

4.2.1. Ο Διοικητής

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου είναι υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία του και ειδικότερα για την οργάνωση της φροντίδας του ασθενή, τη διασφάλιση και συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την πολιτική διαχείρισης και αξιολόγησης των πόρων του Νοσοκομείου, την κατάρτιση, εκπαίδευση και ορθολογική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, τον προγραμματισμό και διαχείριση της

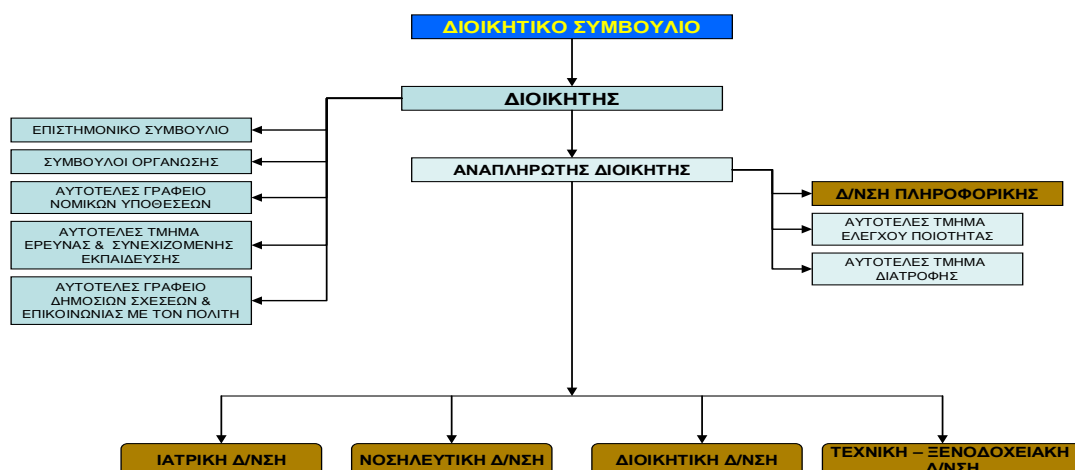
περιουσίας και των προμηθειών υλικού και εξοπλισμού, την ασφαλή διαχείριση και συντήρηση κτιρίων και υποδομών, τον προγραμματισμό της λειτουργίας του εξοπλισμού και της χωροθέτησής του και την εκπόνηση του πενταετούς προγράμματος ανάπτυξης.

4.2.2. Διοικητική διάρθρωση

Το Νοσοκομείο σήμερα, με τον υφιστάμενο οργανισμό, απαρτίζεται από τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- α) Ιατρική
- β) Νοσηλευτική
- γ) Διοικητική
- δ) Τεχνική και
- ε) από αυτοτελή γραφεία,

όπου κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τέσσερις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται στο Διοικητή του Νοσοκομείου.



ΣΧΗΜΑ 4-2

Διοικητική διάρθρωση του Νοσοκομείου

4.2.2.1. Ιατρική υπηρεσία

Σκοπός και αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και η προαγωγή της υγείας, ο προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αλλά και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Στην Ιατρική Υπηρεσία προΐσταται ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ενώ εντάσσεται σ' αυτή και το φαρμακευτικό τμήμα οι αρμοδιότητες του οποίου είναι: η ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, η φύλαξη, ταξινόμηση, παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, ο έλεγχος της χορήγησης, της διανομής, της διακίνησης και διαχείρισης του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Επιπρόσθετα έχει την ευθύνη του επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

α. Τομείς

Ο κάθε τομέας της Ιατρικής Υπηρεσίας, όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα, σύμφωνα με τον ισχύοντα οργανισμό διαρθρώνεται περαιτέρω σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

1. Παθολογικός τομέας με δύναμη εκατόν τριάντα τεσσάρων (134) κλινών
2. Χειρουργικός τομέας με δύναμη εκατόν εβδομήντα τριών (173) κλινών
3. Ψυχιατρικός τομέας με δύναμη δεκαοχτώ (18) κλινών
4. Μονάδα Βραχυχρόνιας Νοσηλείας οχτώ (8) κλινών.
5. Εργαστηριακός τομέας
6. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

β. Διατομεακά Τμήματα

-Ένα (1) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

-Ένα (1) Τμήμα ημερήσιας νοσηλείας.



ΣΧΗΜΑ 4-3

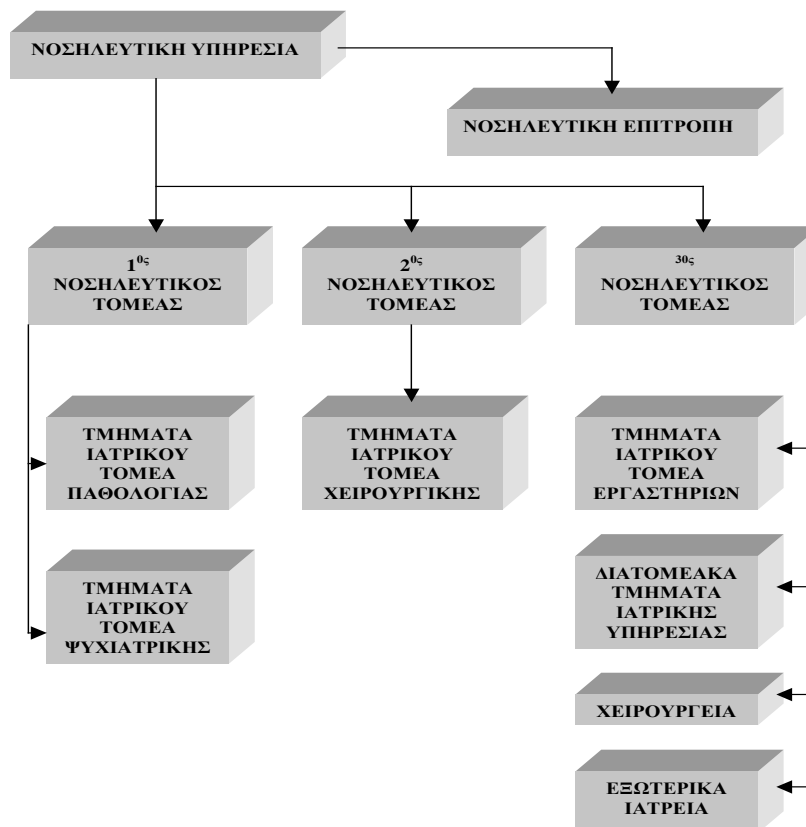
Ιατρική Υπηρεσία

4.2.2.2. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και σήμερα διαρθρώνεται σε τρεις τομείς, όπου ο καθένας χωρίζεται σε τμήματα, ως εξής:

1. Α΄ Νοσηλευτικός Τομέας με έξι (6) τμήματα
2. Β΄ Νοσηλευτικός Τομέας με έξι (6) τμήματα
3. Γ΄ Νοσηλευτικός Τομέας με έξι (6) τμήματα

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει ως καθήκοντα της την παροχή φροντίδας υγείας σε αυτούς που την έχουν ανάγκη, την προώθηση - προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης σ' αυτή και τον προγραμματισμό και έλεγχο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.



ΣΧΗΜΑ 4-4

Νοσηλευτική Υπηρεσία

4.2.2.3. Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και σήμερα με τον ισχύοντα οργανισμό διαρθρώνεται σε δύο (2) υποδιευθύνσεις :

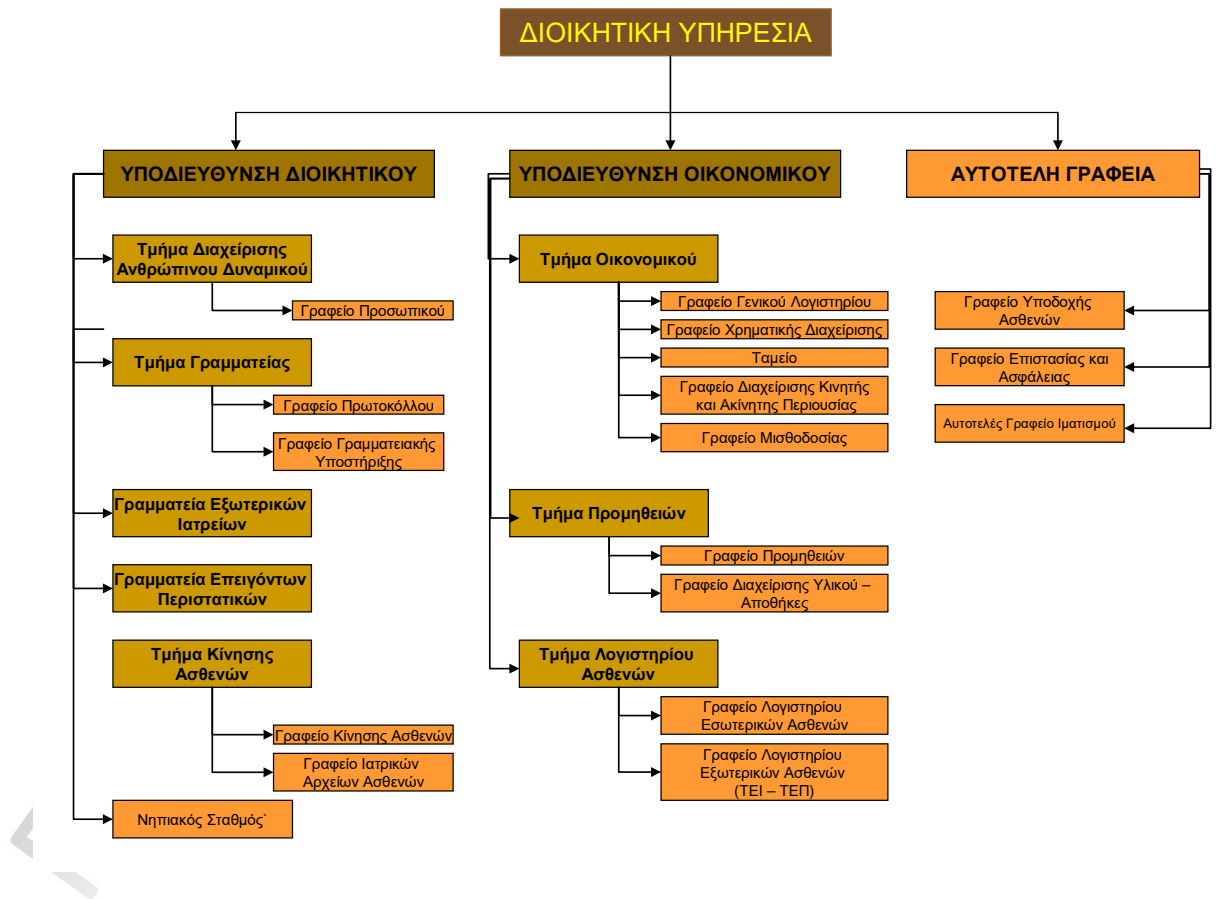
- 1) υποδιεύθυνση Διοικητικού
- 2) υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία ως εξής:

1. Η υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα :

- α) Προσωπικού
- β) Γραμματείας

- γ) Οικονομικού
 - δ) Κίνησης ασθενών
 - ε) Διατροφής
 - στ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
 - ζ) Κοινωνικής Υπηρεσίας
 - η) Πληροφορικής Οργάνωσης
 - θ) Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων)
- και στα αυτοτελή Γραφεία:
- α) Επιστασίας
 - β) Ιματισμού



ΣΧΗΜΑ 4-5
Διοικητική Υπηρεσία

2. Η υποδιεύθυνση της Τεχνικής Υπηρεσίας στα τμήματα:

- α) Τεχνικού
- β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Η Τεχνική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση σύμφωνα με τον Νόμο 2889 αν και στον ισχύοντα οργανισμό και αυτή όπως και πολλά άλλα τμήματα και γραφεία περιλαμβάνονται στη Διοικητική Υπηρεσία.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δείκτες απόδοσης αποτελούν ένα μέσο συσχέτισης της πραγματικής με τη μέγιστη δυνατή προσφορά των υπηρεσιών που παρέχει ένας φορέας υγείας. Οι πραγματικά προσφερόμενες υπηρεσίες καθορίζονται από έναν εξαιρετικά πολύπλοκο τρόπο αλληλεπιδράσεων διαφόρων παραγόντων, εσωτερικών και εξωτερικών (εξειδίκευση παρεχόμενων υπηρεσιών, αριθμός και δομή του προσωπικού, τρόπος άσκησης της διοίκησης κ.λ.π.). Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται ορισμένοι βασικοί δείκτες οι οποίοι μετρούν την «παραγωγή» του Νοσοκομείου και επιτρέπουν τη διενέργεια συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ νοσοκομείων (ή τμημάτων μέσα στο Νοσοκομείο).

Στην αρχή της μελέτη μας θα ξεκινήσουμε με δείκτες που αναφέρονται σε συνολικά μεγέθη του υπό μελέτη Νοσοκομείου (συνολικό αριθμό ανθρώπινου δυναμικού, σύνολο κλινών κ.ά.) προκειμένου να γίνει εκτίμηση της συνολικής κατάστασης που επικρατεί σ' αυτό και στη συνέχεια θα προχωρήσουμε στην ανάλυση δεικτών που αναφέρονται στις δύο Παθολογικές κλινικές ώστε να γίνει αξιολόγηση της απόδοσής τους.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

5.1. Ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου

5.1.1. Απασχολούμενο προσωπικό του Νοσοκομείου ανά υπηρεσία

ΥΠΗΡΕΣΙΑ / ΚΛΑΔΟΣ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΣΕ ΑΠΟΣΠΑΣΗ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΑΠΩΛΕΙΑ % ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	306	51	2	253	17,32
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	581	13 8	2 2	421	27,53
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	106	26	7	73	31,13
ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	177	54	2	121	31,63
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	65	5	0	60	7,69
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	150	31		119	21,19
ΣΥΝΟΛΟ	1.38	30 5	3 3	1.04 7	24,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-1

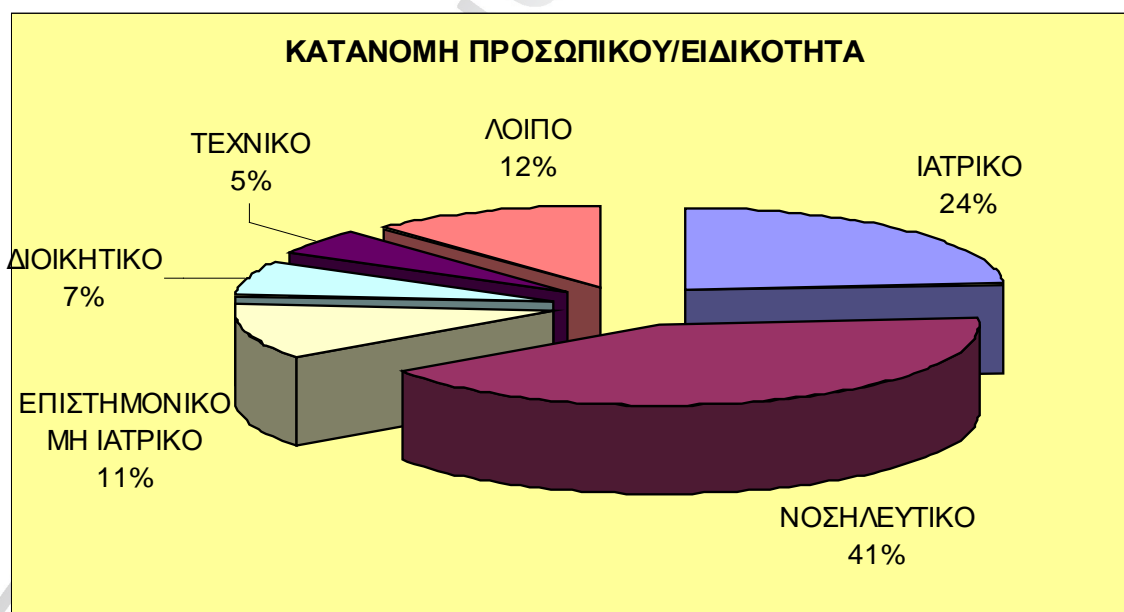
Συνολικό προσωπικό (σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία έως και 31-12-2007)

Στα παραπάνω στοιχεία, που αφορούν το συνολικό προσωπικό του υπό μελέτη Νοσοκομείου, παρατηρούμε μία απογοητευτική εικόνα καθώς το 24,4% αυτού δεν εργάζεται στο Νοσοκομείο. Η πλήρης ανάπτυξη του Νοσοκομείου είναι σε πλήρη

αναντιστοιχία με το προσωπικό, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται σημαντική επιβράδυνση στους ρυθμούς ανάπτυξής του. Η κατάσταση αυτή αποτελεί τροχοπέδη για την περαιτέρω ανάπτυξη του.

5.1.2. Κατανομή προσωπικού ανά ειδικότητα

Όπως παρατηρούμε στο διάγραμμα που ακολουθεί το Νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί και το μεγαλύτερο κομμάτι του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου με ποσοστό 41%, ενώ ακολουθεί το Ιατρικό με ποσοστό 22 %.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-1

Κατανομή προσωπικού ανά ειδικότητα

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2

Κατάσταση Πλήρωσης Θέσεων Προσωπικού στις 31-12-2007

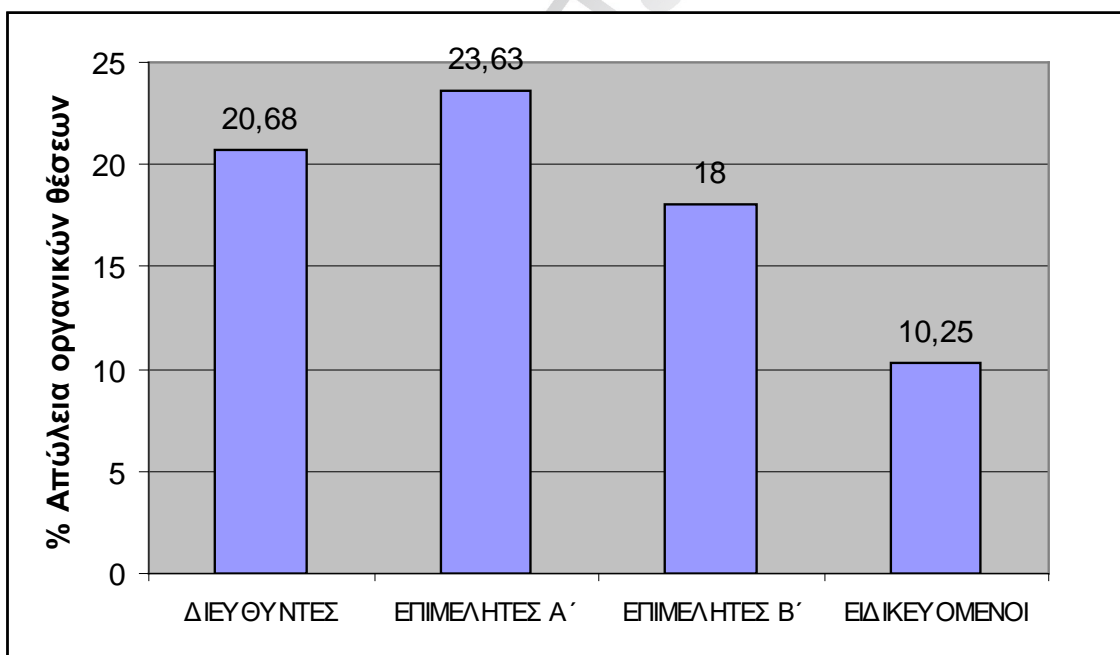
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΟΡΓΑΝΘΕΣ.	ΥΠΗΡΝΤΕΣ	ΚΕΝΕΣ	ΑΠΟΣΠ. ΣΤΟ ΝΟΣ.	ΣΥΝΟΛ.	ΑΠΟΣΠ. ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣ.	ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	ΑΠΩΛΕΙΑ % ΤΩΝ ΟΡΓΑΝ.
1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								
ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ	29	23	6	-	23	-	23	-20,68
A ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ	55	44	11	-	44	2	42	23,63
B ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ	105	86	19	-	86	-	86	18
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	117	102	15	3*	105	-	105	10,25
ΣΥΝΟΛΟ	306	255	51	3	258	2	256	16,33
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ								
Π.Ε.	41	17	24	-	17	-	17	58,53
Τ.Ε.	265	218	47	8	226	8	218	17,73
Δ.Ε.	170	137	33	2	139	14	125	26,47
Υ.Ε.	105	71	34	-	71	-	71	32,38
ΣΥΝΟΛΟ	581	443	138	10	453	22	431	25,81
3. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								
Π.Ε.	23	12	11	1	13	-	13	43,47
Τ.Ε.	73	64	9	1	65	-	65	10,95
Δ.Ε.	54	43	11	-	43	-	43	20,37
ΣΥΝΟΛΟ	150	119	31	2	121	-	121	19,33
4. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ								
Π.Ε.	28	25	3	-	25	3	22	21,42
Τ.Ε.	24	13	11	-	13	1	12	50
Δ.Ε.	54	42	12	-	42	3	39	27,77
ΣΥΝΟΛΟ	106	80	26	-	80	7	73	31,13
5. ΤΕΧΝΙΚΟ								
Π.Ε.	4	4	-	-	4	-	4	0
Τ.Ε.	8	7	1	-	7	-	7	12,5
Δ.Ε.	52	48	4	1	49	-	49	5,76
Υ.Ε.	1	1	-	-	1	-	1	0
ΣΥΝΟΛΟ	65	60	5	1	61	-	61	6,15
6. ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΙ								
Π.Ε.-Τ.Ε.-Δ.Ε.	ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΤΕ και ΔΕ)							
7. ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ								
Π.Ε.	4	3	1	-	3	-	3	
Τ.Ε.	2	2	-	-	2	-	2	
Δ.Ε.	17	13	4	-	13	1	12	
Υ.Ε.	154	105	49	-	105	1	104	
ΣΥΝΟΛΟ	177	123	54	-	123	2	121	
ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	1385	1080	305	16	1096	33	1063	

* Υπεράριθμοι ειδικευόμενοι

Αναλυτικότερα:

Παρατηρούμε ότι για το ιατρικό προσωπικό η μεγαλύτερη απώλεια σε ποσοστό επί τοις % των οργανικών θέσεων εμφανίζεται για τη κατηγορία εργαζομένων των Επιμελητών Α' που φτάνει στο υψηλό ποσοστό της τάξης του 23.63%, ενώ το αμέσως μικρότερο ποσοστό (20.68%) είναι αυτό των διευθυντών.

Η στατιστική ανάλυση αυτή δείχνει πως το μεγαλύτερο πρόβλημα ως προς την πλήρωση των θέσεων εργασίας για το Νοσοκομείο στη κατηγορία του ιατρικού προσωπικού, παρουσιάζεται για τους Διευθυντές αλλά και για τους Επιμελητές Α' ενώ μικρότερο φαίνεται να είναι το πρόβλημα για τους Επιμελητές Β' και τους ειδικευόμενους ιατρούς. Η κάλυψη των οργανικών θέσεων θα πρέπει να γίνει σύντομα, καθώς έτσι θα λυθούν προβλήματα που δημιουργούνται από την έλλειψη αντιστοιχίας των ζητούμενων ιατρικών υπηρεσιών και των υπηρετούντων ιατρών.

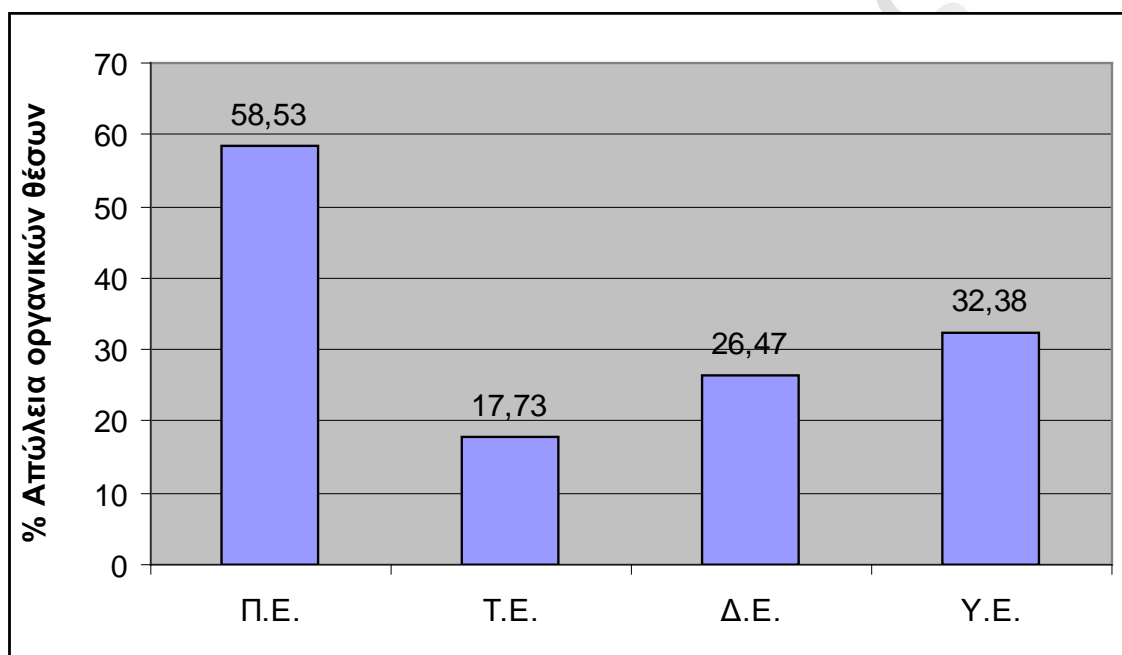


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-2

Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος Ιατρικού Δυναμικού σε ποσοστό%

Για το Νοσηλευτικό προσωπικό η κατάσταση πλήρωσης θέσεων δείχνει πως η μεγαλύτερη απώλεια σε ποσοστό % των οργανικών θέσεων εμφανίζεται για τους εργαζομένους με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (58.53%), ενώ για τους απόφοιτους

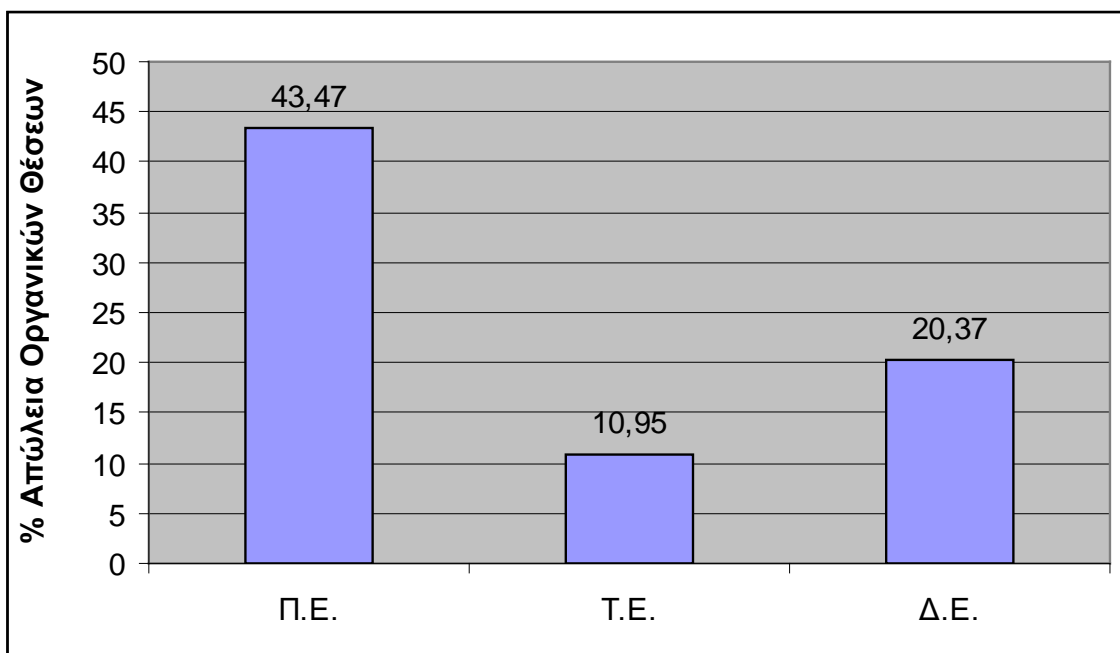
δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το αντίστοιχο ποσοστό είναι αρκετά μικρότερο (26.47%). Οι εργαζόμενοι τεχνικής εκπαίδευσης εμφανίζουν απώλεια της τάξης του 17.73%, που είναι το μικρότερο ποσοστό αυτής της κατηγορίας, στοιχείο που δείχνει πως η μεταβολή μεταξύ οργανικών θέσεων και υπάρχοντος προσωπικού για τη συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων είναι αρκετά χαμηλή.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-3

Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος Νοσηλευτικού Δυναμικού σε ποσοστό %

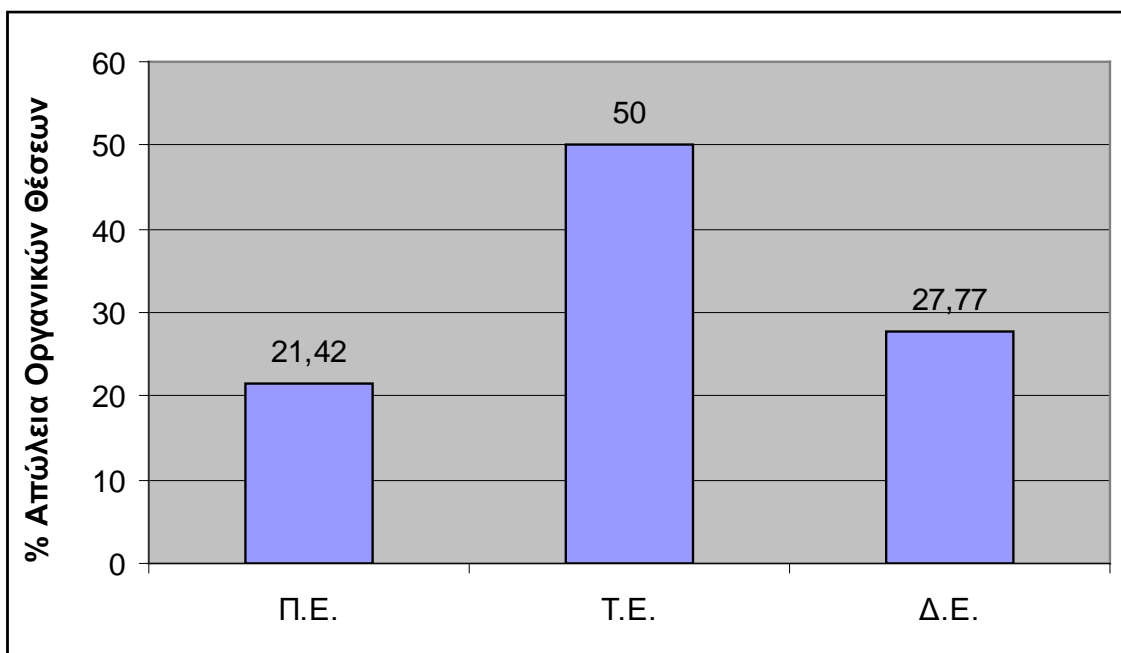
Η μεταβολή μεταξύ οργανικών θέσεων και υπάρχοντος μη ιατρικού προσωπικού παρουσιάζει μεγάλες διαφορές ανά κατηγορία προσωπικού και επίπεδο εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα τη μεγαλύτερη απώλεια εμφανίζουν, όπως και στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (43.47%) και απέχουν πολύ από το ποσοστό των αποφοίτων τεχνικής και διетуής εκπαίδευσης (10.95% και 20.37% αντιστοίχως). Φαίνεται λοιπόν πως το μεγαλύτερο πρόβλημα πλήρωσης θέσεων για το μη ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο υπό μελέτη Νοσοκομείο βρίσκεται στους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ αρκετά μικρότερο είναι το πρόβλημα για τους αποφοίτους τεχνικής και διетуής εκπαίδευσης.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-4

Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος Επιστημονικού μη Ιατρικού Προσωπικού σε ποσοστό %

Για το διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου η ανάλυση του πίνακα θέσεων προσωπικού παρουσιάζει ενδιαφέρον, αφού η απώλεια % των οργανικών θέσεων είναι πολύ μεγάλη (σε αντίθεση με αυτή του νοσηλευτικού και του μη ιατρικού προσωπικού) για τους απόφοιτους τεχνικής εκπαίδευσης και συγκεκριμένα φτάνει στο 50%, γεγονός που υποδεικνύει το πρόβλημα κάλυψης θέσεων από εργαζόμενους τέτοιου επιπέδου εκπαίδευσης. Η συνολική απώλεια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης γι' αυτή την κατηγορία προσωπικού είναι πολύ μεγάλη και αγγίζει το ποσό του 31.33%



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-5

Μεταβολή της σχέσης οργανικών θέσεων και υπάρχοντος Διοικητικού Προσωπικού σε ποσοστό %

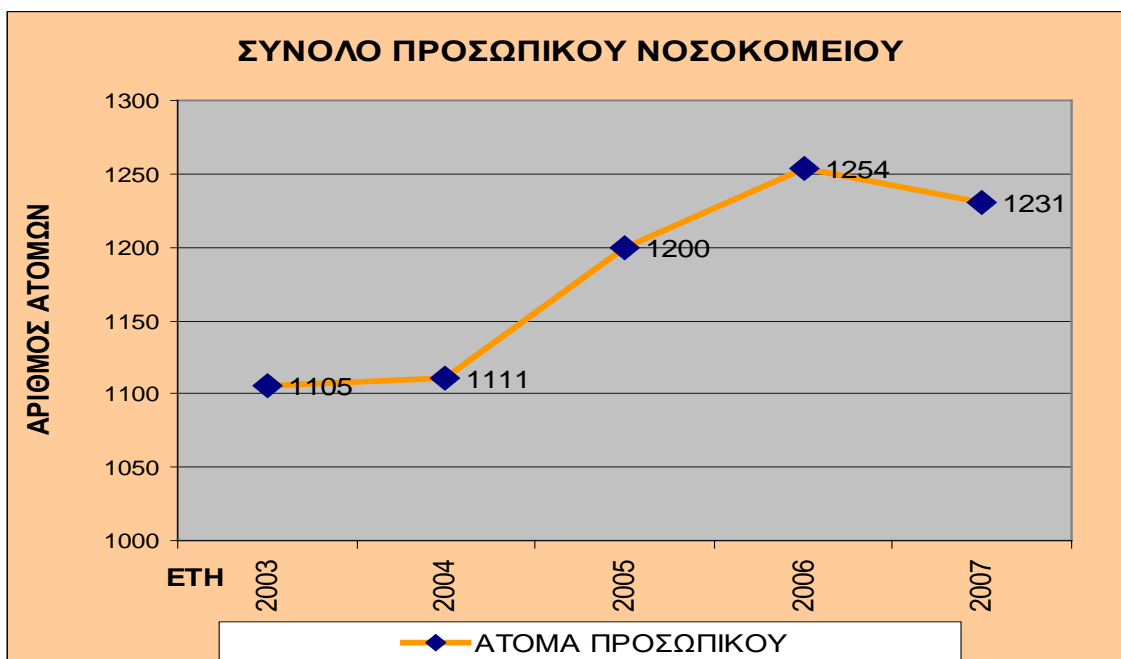
5.1.3. Εξέλιξη μεγέθους προσωπικού ανά κλάδο

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η εξέλιξη του μεγέθους του συνόλου του προσωπικού για την περίοδο 2003-2007. Παρατηρείται μια αύξηση κατά 20% αυτού για το έτος 2005, η οποία οφείλεται κυρίως στην αύξηση του έκτακτου προσωπικού, όπως επίσης μία τάση μείωσης των αποχωρήσεων και αύξησης των προσλήψεων. Η τελευταία οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στις προσλήψεις των ειδικευόμενων ιατρών, η οποία υπερβαίνει το 50% των συνολικών.

<i>Έτος</i>	2007	2006	2005	2004	2003
A. Αρχή Έτους					
Μόνιμο προσωπικό	1.072	1.074	1.091	1.158	1.178
Έκτακτο προσωπικό	94	83	18	11	9
Εποχιακό προσωπικό					
Σύνολο Αρχής περιόδου	1.168	1.157	1.109	1.169	1.187
B. ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ					
Μόνιμο προσωπικό	165	150	76	97	34
Έκτακτο προσωπικό	168	179	89	13	9
Εποχιακό προσωπικό					
Σύνολο Προσλήψεων	333	329	165	110	43
Γ. ΑΠΟΧΩΡΗΣΕΙΣ					
Μόνιμο προσωπικό	30	66	50	160	116
Έκτακτο προσωπικό	240	166	24	8	18
Εποχιακό προσωπικό					
Σύνολο Αποχωρήσεων	270	232	74	168	134
Δ. ΤΕΛΟΣ ΕΤΟΥΣ					
Μόνιμο προσωπικό	1.207	1.158	1.117	1.095	1.096
Έκτακτο προσωπικό	24	96	83	16	9
Εποχιακό προσωπικό					
Τελικό σύνολο (A+B)-Γ	1.231	1.254	1.200	1.111	1.105

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-3

Εξέλιξη μεγέθους προσωπικού ανά κλάδο



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-6

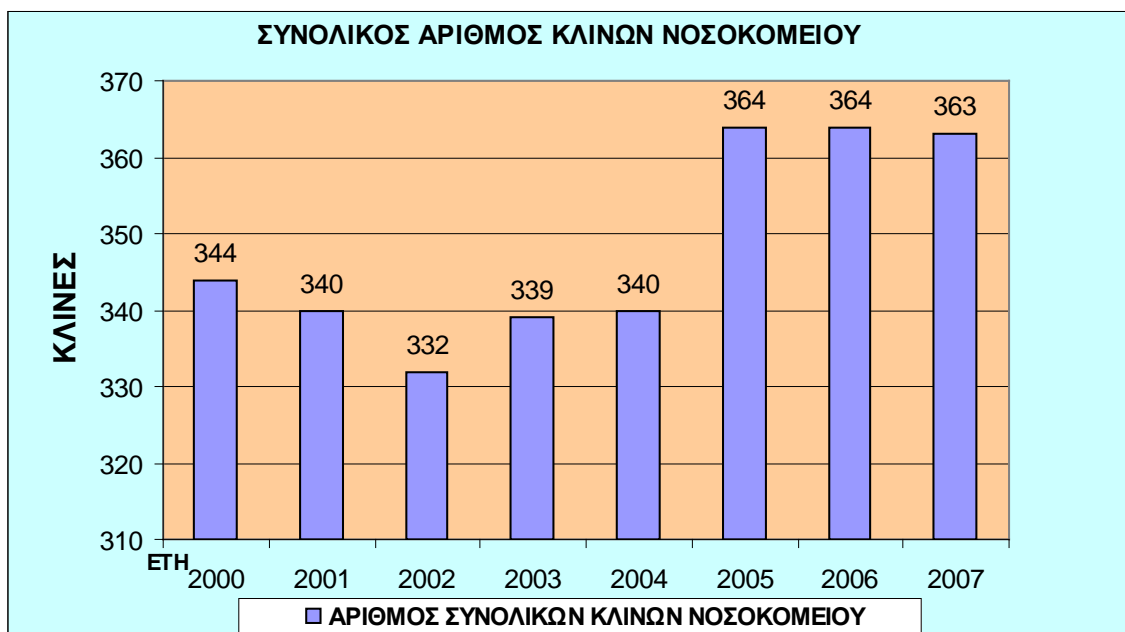
Διαγραμματική απεικόνιση συνολικού προσωπικού του Νοσοκομείου για τα έτη 2003-2007.

5.2. Συνολικές κλίνες του Νοσοκομείου

Είναι ένα λειτουργικό μέτρο που χαρακτηρίζει τη δυναμικότητα ενός Νοσοκομείου καθώς ο αριθμός των κλινών είναι, κατά συνθήκη, το κύριο μέτρο που προσδιορίζει το μέγεθος ενός νοσοκομείου. Πίσω από την έννοια των κλινών βρίσκεται η έννοια της νοσηλείας των ασθενών που εξαρτάται από το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τα χειρουργεία, τα εργαστήρια κ.λ.π. Έτσι ο αριθμός των κλινών ως μέτρο της δυναμικότητας ενός νοσοκομείου και της συνολικής δυνατότητας παροχής υπηρεσιών, έχει μόνο σχετική σημασία αφού χρησιμεύει για τον προσδιορισμό μιας τάξης μεγέθους. Έχει δηλαδή νόημα η διάκριση μεταξύ νοσοκομείων 200 και 400 κλινών, όπου πράγματι υποδηλώνεται μια ουσιαστική διαφορά στη δυναμικότητα, ενώ δεν έχει νόημα η διάκριση μεταξύ νοσοκομείων 300 και 350 κρεβατιών.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
344	340	332	339	340	364	364	363

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-4 Συνολικός αριθμός κλινών του Νοσοκομείου



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-7

Δυναμικότητα Νοσοκομείου σε συνολικές κλίνες

Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε την εξέλιξη του συνόλου των κλινών του υπό μελέτη Νοσοκομείου. Παρατηρούμε ότι το χρονικό διάστημα 2000-2007, εκτός από το 2002, παρατηρήθηκε μία διαρκή αύξηση των κλινών η οποία κορυφώθηκε τα τρία τελευταία έτη (αύξηση 20 κλινών σε σχέση με το έτος 2000).

Κατά το έτος 2001 παρουσιάστηκε μία μείωση στις κλίνες του Νοσοκομείου, σε σύγκριση με το έτος 2000. Η μείωση αυτή προκλήθηκε από τη μείωση 3 κλινών της Παιδιατρικής κλινικής και μία της Ουρολογικής. Επίσης σε αυτή τη χρονική περίοδο παρουσιάστηκε μία μείωση (κατά 2) των κλινών της Α΄ Παθολογικής κλινικής, οι οποίες διατέθηκαν στην Πνευμονολογική κλινική, πιθανώς λόγω των αυξημένων αναγκών της τελευταίας.

Για το έτος 2002 πραγματοποιήθηκε μείωση των κλινών κατά 8 η οποία ήταν κατά 2 στην Πνευμονολογική κλινική, κατά 1 στην Παιδιατρική, κατά 6 στη Γυναικολογική, ενώ είχαμε αύξηση κατά 1 στο τμήμα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).

Στο έτος 2003 οι κλίνες αυξήθηκαν κατά 7, μία αύξηση που επήλθε στη Παιδιατρική κλινική (κατά 1 κλίνη) και στη Γυναικολογική (κατά 6 κλίνες).

Το 2004 οι συνολικές κλίνες αυξήθηκαν κατά 1 (αύξηση 2 κλινών στην Α΄

Παθολογική κλινική, μείωση από 1 στην Παιδιατρική και στην Χειρουργική, μείωση 2 κλινών στην Μονάδα Εγκαυμάτων, αύξηση κατά 1 στην Ουρολογική και αύξηση κατά 2 στη Γυναικολογική).

Το 2005 οι συνολικές κλίνες αυξήθηκαν κατά 24 (μειώθηκε η Παιδιατρική κατά 1, η Μαιευτική κατά 2, αλλά αυξήθηκαν η Α΄ Παθολογική κατά 1 κλίνη, η Καρδιολογική κατά 2, το τμήμα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (Φ.Ι.ΑΠ.) κατά 3, η Χειρουργική κατά 1, η Ουρολογική κατά 1, η Γυναικολογική κατά 6, η Ψυχιατρική κατά 1, η Μονάδα Εγκαυμάτων κατά 4. Σ' αυτό το έτος άρχισε τη λειτουργία της η Μονάδα Εμφραγμάτων με 10 κλίνες.

Το 2007 μειώθηκαν κατά μία οι κλίνες στη Μ.Ε.Θ.

5.3. Παθολογικές κλινικές

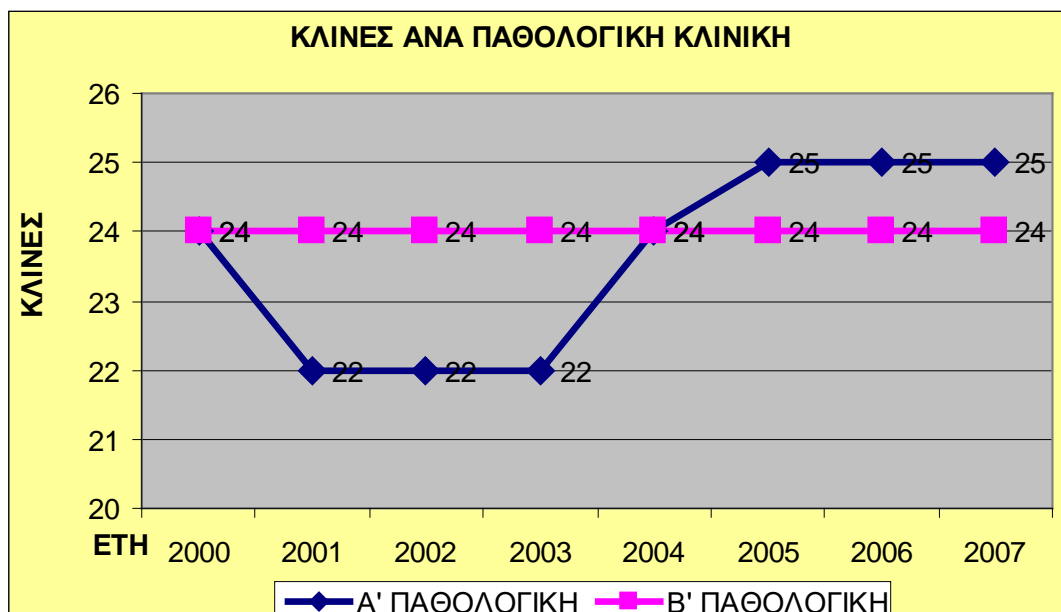
Η μελέτη της εξέλιξης της λειτουργίας των Παθολογικών κλινικών επικεντρώθηκε στην τελευταία επταετία (στα έτη 2000-2007) και περιλαμβάνει τους παρακάτω δείκτες:

5.3.1. Αριθμός κλινών ανά Παθολογική Κλινική

ΚΛΙΝΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	24	24
2001	22	24
2002	22	24
2003	22	24
2004	24	24
2005	25	24
2006	25	24
2007	25	24

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-5

Αριθμός κλινών ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-8

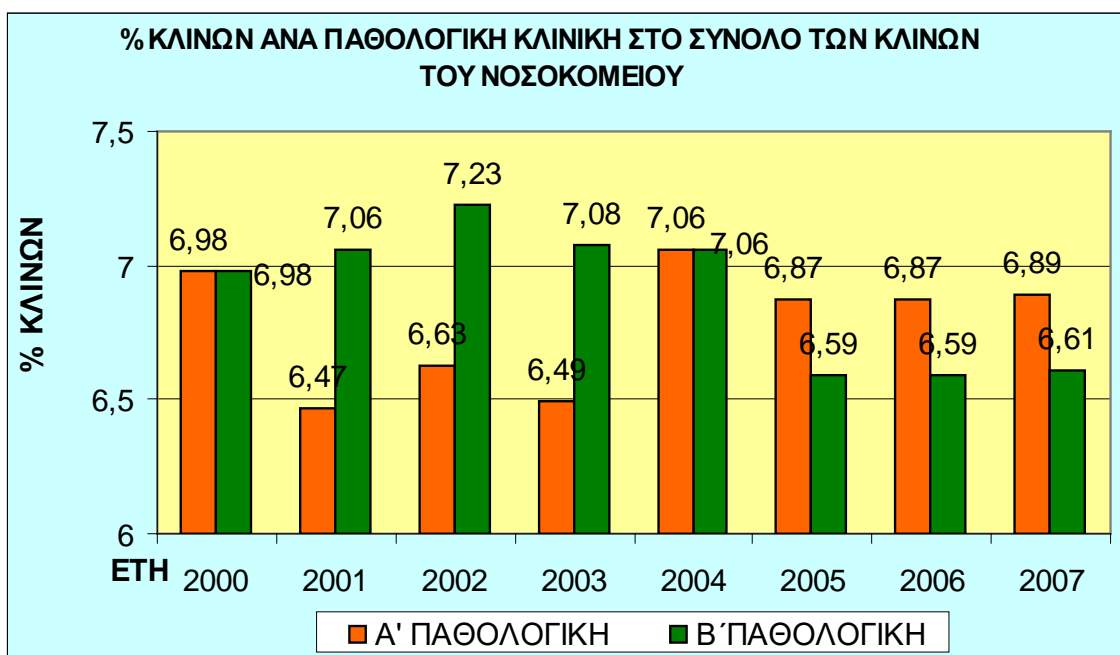
Κλίνες ανά Παθολογική κλινική

Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι κατά τη διάρκεια της δετίας (2000-2007) οι κλίνες της Β' Παθολογικής κλινικής παρέμειναν σταθερές, ενώ της Α' Παθολογικής αρχικά παρουσίασαν μία μικρή μείωση και κατά τη τριετία 2005-2007 ξεπέρασαν κατά μία κλίνη τις αντίστοιχες της Β'.

% ΚΛΙΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		
ΕΤΗ	Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	6,98	6,98
2001	6,47	7,06
2002	6,63	7,23
2003	6,49	7,08
2004	7,06	7,06
2005	6,87	6,59
2006	6,87	6,59
2007	6,89	6,61

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-6

Ποσοστό κλινών Παθολογικών κλινικών στο σύνολο των κλινών του Νοσοκομείου



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-9

Αναλογία κλινών ανά Παθολογική κλινική στο σύνολο των κλινών του Νοσοκομείου.

Το παραπάνω διάγραμμα απεικονίζει την αναλογία των κλινών των δύο Παθολογικών κλινικών σε βάθος χρόνου, σε σύγκριση με τη δυναμικότητα των κλινών που διαθέτει το Νοσοκομείο. Παρατηρούμε ότι κατά την δετία 2000-2007 τόσο οι κλίνες της Α΄ Παθολογικής όσο και οι κλίνες της Β΄ Παθολογικής δεν ξεπερνούν το 6-7,5% των συνολικών κλινών του Νοσοκομείου.

5.3.2. Ανθρώπινο δυναμικό Παθολογικών κλινικών

Όπως και σε κάθε άλλη διαδικασία παραγωγής, έτσι και στο νοσοκομείο η στελέχωση πρέπει να είναι ανάλογη με το έργο που αναμένεται να επιτελεστεί. Γενικοί δείκτες στελέχωσης που συχνά χρησιμοποιούνται είναι:

- 1 ιατρός για 4 κλίνες
- 4 νοσηλευτές-τριες για 1 ιατρό
- 1 νοσηλευτής-τρια για 1 κλίνη

Οι δείκτες αυτοί είναι διεθνώς αποδεκτοί για τη σωστή στελέχωση ενός νοσοκομείου, είναι όμως πάρα πολύ σχετικοί γιατί σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από άλλες παραμέτρους λειτουργίας ενός νοσοκομείου, καθώς η γενικότερη οργάνωση της υποδομής επηρεάζει και την απαιτούμενη στελέχωση.

α. Απασχολούμενοι ανά κλίνη

Ο δείκτης αυτός αναφέρεται στον αριθμό των εργαζομένων που μπορούν να απασχοληθούν σε μια κλινική και μπορεί να είναι: ιατροί, νοσηλευτές, μεταφορείς ασθενών, βοηθοί θαλάμου, διοικητικοί υπάλληλοι και προσωπικό καθαριότητας.

Αριθμός Απασχολούμενων έτους Α / Αριθμός Νοσηλευτικών κλινών έτους Α¹

¹ κλίνη: κατειλημμένες

ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	23	25
2001	29	29
2002	30	34
2003	33	35
2004	38	33
2005	39	37
2006	40	40
2007	41	39

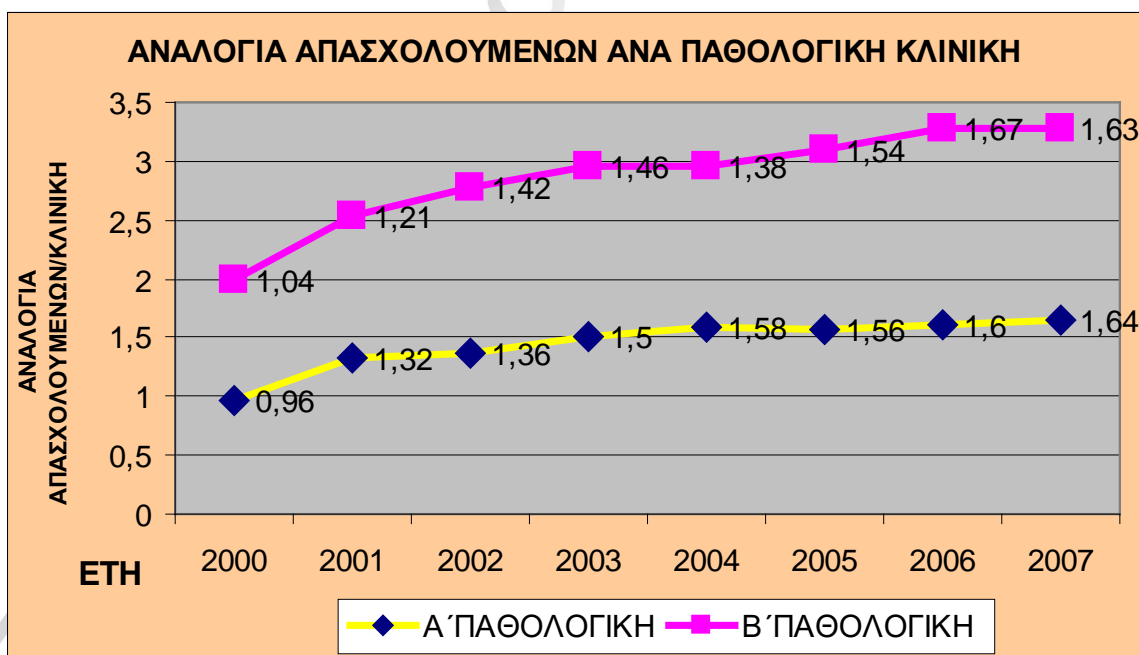
ΠΙΝΑΚΑΣ 5-7

Απασχολούμενοι Παθολογικών κλινικών

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	0,96	1,04
2001	1,32	1,21
2002	1,36	1,42
2003	1,50	1,46
2004	1,58	1,38
2005	1,56	1,54
2006	1,60	1,67
2007	1,64	1,63

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-8

Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη στις Παθολογικές κλινικές



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-10

Αναλογία απασχολούμενων ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι ο δείκτης και στις δύο κλινικές είναι ανοδικός δηλαδή ενώ αντιστοιχούσε 0.96 και 1.04 εργαζόμενος ανά κλίνη (για την Α΄ και Β΄ Παθολογική κλινική αντίστοιχα) για το έτος 2000, η αναλογία αυτή έγινε 1.64 και 1.63 (για την Α΄ και Β΄ κλινική αντίστοιχα) το 2007. Η βελτίωση αυτή αποδεικνύει ότι με τη πάροδο των ετών το Νοσοκομείο στελεχώνεται με προσωπικό ολοένα και καλύτερα.

β. Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη

Ο δείκτης εκφράζει την επάρκεια στελέχωσης των μονάδων υγείας με ιατρικό προσωπικό.

Αριθμός Ιατρών έτους Α / Αριθμός κλινών έτους Α

ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	10	11
2001	13	11
2002	13	17
2003	17	19
2004	18	15
2005	18	17
2006	20	18
2007	19	18

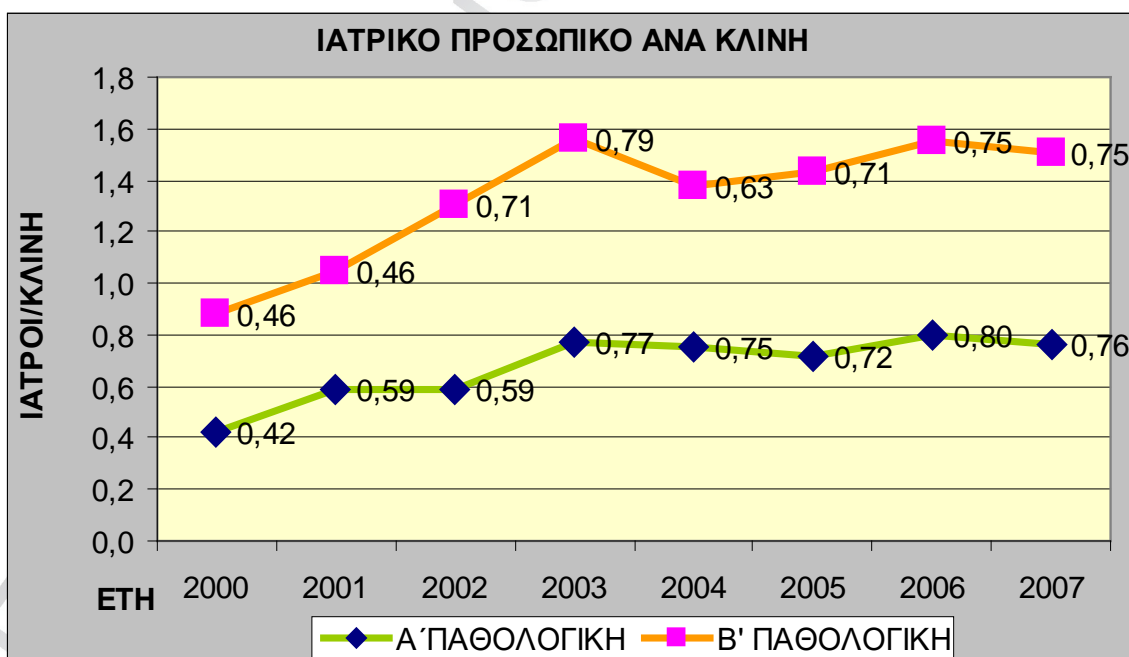
ΠΙΝΑΚΑΣ 5-9

Αριθμός ιατρών Παθολογικών κλινικών

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	0,42	0,46
2001	0,59	0,46
2002	0,59	0,71
2003	0,77	0,79
2004	0,75	0,63
2005	0,72	0,71
2006	0,80	0,75
2007	0,76	0,75

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-10

Ιατρικό Προσωπικό ανά κλίνη



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-11

Αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη

Με βάση το γενικό δείκτη στελέχωσης (1 ιατρός ανά 4 κρεβάτια –αναλογία 0,25) παρατηρούμε ότι οι αντίστοιχοι δείκτες στις δύο Παθολογικές κλινικές είναι υπερικανοποιητικοί εφόσον είναι σταθερά μεγαλύτεροι (από 0.42-0.76). Δηλαδή αντιστοιχεί περίπου από 1 ιατρός ανά 2.5 κλίνες το 2000 έως 1 ιατρός ανά 1.3 κλίνες το 2007. Αυτό οφείλεται στο ότι το Νοσοκομείο κατά το έτος 2000 βρισκόταν ακόμα στα πρώτα βήματα του, ενώ στα επόμενα χρόνια οι κλινικές στελεχώθηκαν πληρέστερα με ιατρικό προσωπικό με συνέπεια το 2007 να φτάσει σε αυτή την αναλογία.

γ. Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη

Ο δείκτης εκφράζει την επάρκεια και ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Το ποσοστό κάλυψης των κλινών χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί εάν το νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με την πραγματική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι επαρκές.

Αριθμός Νοσηλευτικού προσωπικού έτους Α / Αριθμός κλινών έτους Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	10	11
2001	13	15
2002	14	14
2003	13	13
2004	16	14
2005	16	15
2006	15	17
2007	17	16

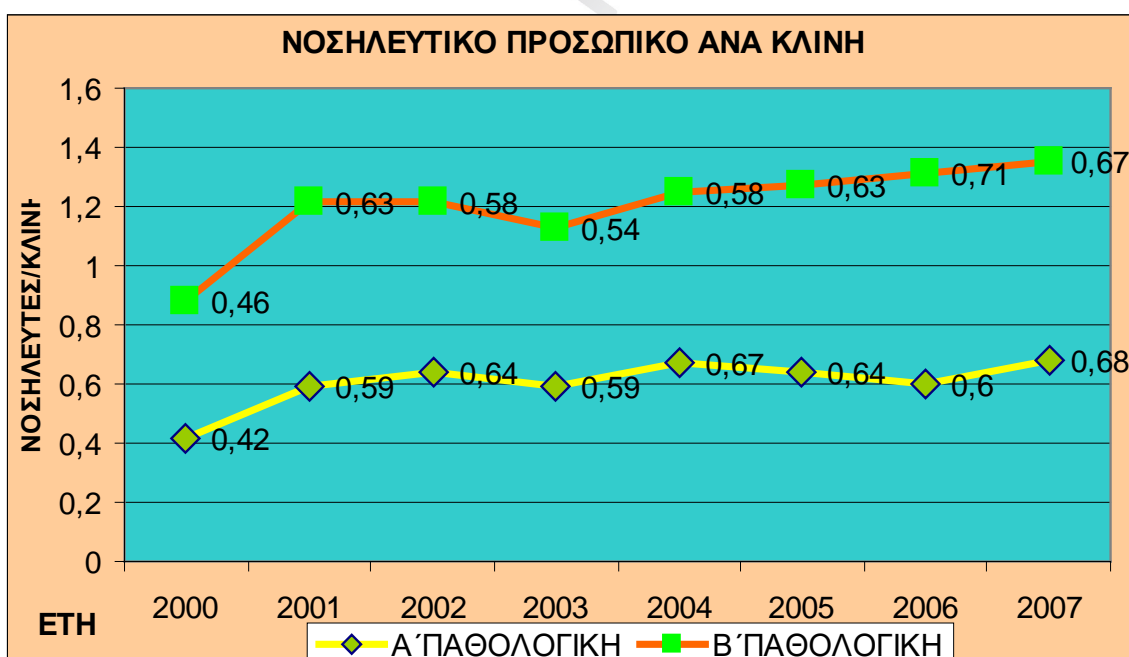
ΠΙΝΑΚΑΣ 5-11

Νοσηλευτικό προσωπικό Παθολογικών κλινικών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	0,42	0,46
2001	0,59	0,63
2002	0,64	0,58
2003	0,59	0,54
2004	0,67	0,58
2005	0,64	0,63
2006	0,60	0,71
2007	0,68	0,67

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-12

Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-12

Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά Παθολογική κλινική

Με βάση τον προαναφερόμενο δείκτη στελέχωσης (1 νοσηλεύτρια για 1 κρεβάτι) παρατηρούμε ότι οι αντίστοιχοι δείκτες στις δύο Παθολογικές κλινικές δεν είναι ικανοποιητικοί, μία διαπίστωση που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι κλινικές θα πρέπει να στελεχωθούν καλύτερα με νοσηλευτικό προσωπικό. Παρατηρούμε όμως ότι ο

δείκτης και στις δύο κλινικές είναι σταθερά ανοδικός δηλαδή ενώ αντιστοιχούσε 0.42 και 0.46 νοσηλευτής-τρια ανά κλίνη (για την Α΄ και Β΄ Παθολογική κλινική αντίστοιχα) για το έτος 2000, η αναλογία αυτή έγινε 0.68 και 0.67 για το έτος 2007 (για την Α΄ και Β΄ κλινική αντίστοιχα), πράγμα που σημαίνει ότι οι συνθήκες βελτιώνονται.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.4. Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας - παραγωγικότητας

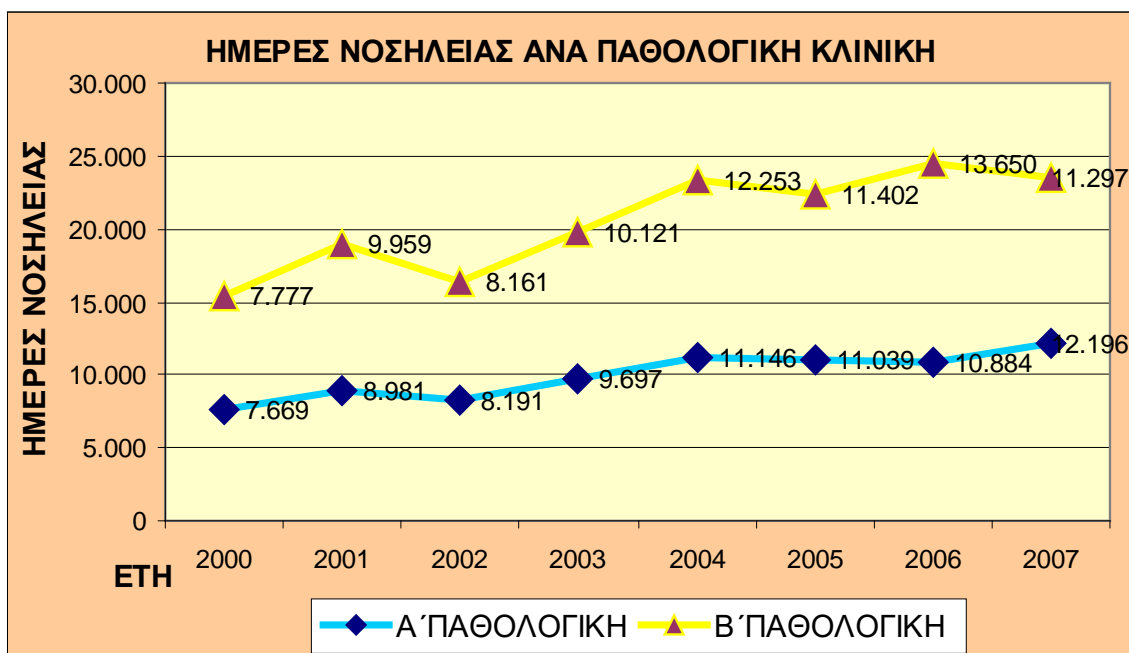
5.4.1. Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική ή σύνολο ασθενο-ημερών

Ένας πολύ βασικός δείκτης είναι αυτός των ημερών νοσηλείας, καθώς αποτελεί την αληθέστερη απόδειξη του βαθμού αξιοποίησης των δυνατοτήτων (αλλά και των πόρων) ενός Νοσοκομείου ή μίας κλινικής. Ως ημέρα νοσηλείας θεωρείται το χρονικό διάστημα παραμονής ενός ασθενή στο Νοσοκομείο. Το σύνολο των ημερών νοσηλείας είναι η διάρκεια νοσηλείας (Δ) που αποτελεί έναν από τους ουσιαστικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν τη λειτουργία ενός νοσοκομείου.

ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	7.669	7.777
2001	8.981	9.959
2002	8.191	8.161
2003	9.697	10.121
2004	11.146	12.253
2005	11.039	11.402
2006	10.884	13.650
2007	12.196	11.297

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-13

Ημέρες Νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-13

Ημέρες Νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι στις δύο Παθολογικές κλινικές το έτος 2007 είχαμε αύξηση των ημερών νοσηλείας της τάξης του 59% για την Α' και 45% για τη Β' σε σχέση με το έτος 2000.

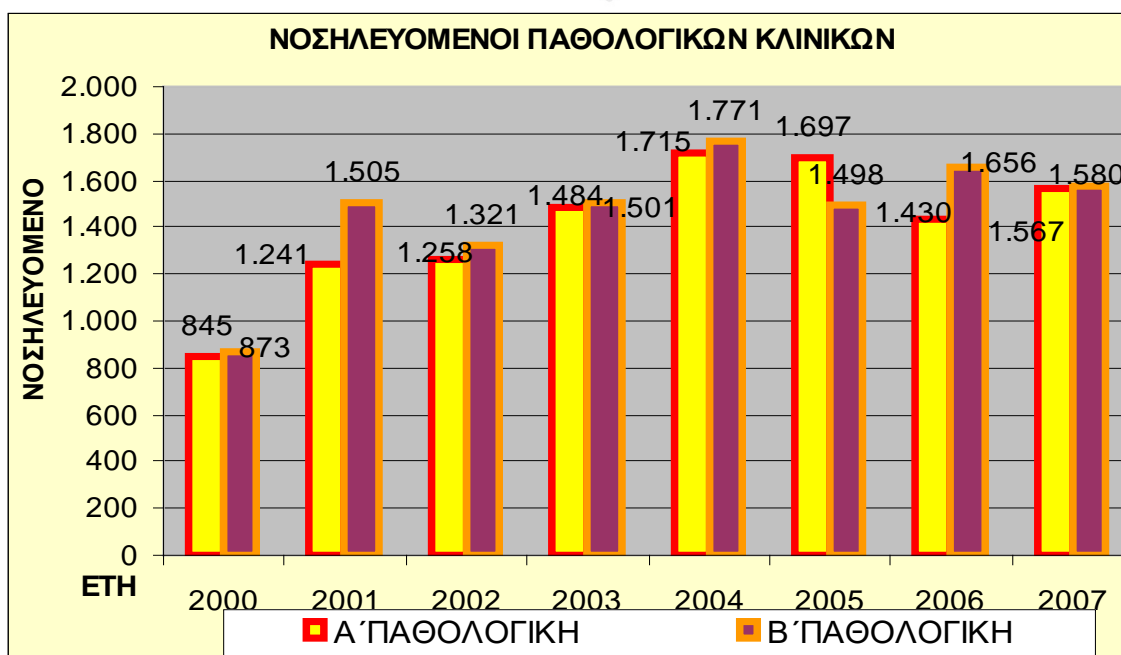
5.4.2. Αριθμός Νοσηλευόμενων ασθενών

Η αύξηση του αριθμού των εισαγωγών σε συνδυασμό με τη μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (που θα αναλυθούν παρακάτω) αύξησαν τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	845	873
2001	1.241	1.505
2002	1.258	1.321
2003	1.484	1.501
2004	1.715	1.771
2005	1.697	1.498
2006	1.430	1.656
2007	1.567	1.580

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-14

Αριθμός Νοσηλευόμενων ασθενών για τις Α΄ και Β΄ Παθολογικές κλινικές



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-14

Αριθμός Νοσηλευόμενων ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ασθενών που αναζήτησαν υγειονομική περίθαλψη στις υπό έρευνα κλινικές αυξάνεται σταθερά κατά τη διάρκεια των ετών,

στοιχείο ιδιαίτερα θετικό για την ανάπτυξη και εξέλιξή τους. Έτσι κατά το έτος 2007 ο αριθμός των νοσηλευόμενων αυξήθηκε κατά 88% για την Α' και κατά 81% για τη Β' Παθολογική κλινική.

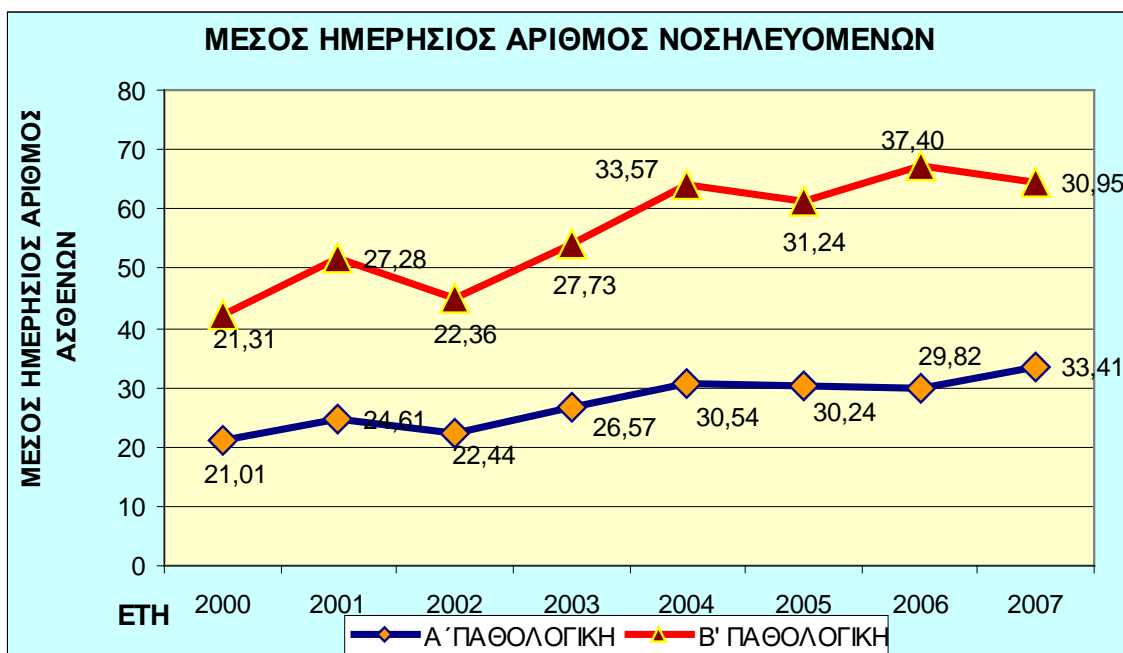
5.4.3. Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευόμενων

**Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευόμενων = Συνολικές ημέρες Νοσηλείας έτους
Α / Συνολικές Ημέρες του έτους (365)**

ΜΕΣΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		
ΕΤΗ	Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	21,01	21,31
2001	24,61	27,28
2002	22,44	22,36
2003	26,57	27,73
2004	30,54	33,57
2005	30,24	31,24
2006	29,82	37,40
2007	33,41	30,95

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-15

Μέσος ημερήσιος αριθμός Νοσηλευόμενων ασθενών



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-15

Μέσος ημερήσιος αριθμός Νοσηλευόμενων ασθενών

Παρατηρούμε ότι από το 2003 υπερκαλύπτονται οι μόνιμες κλίνες των Παθολογικών κλινικών (βλέπε διάγραμμα 5.8), γεγονός που σημαίνει ότι επιστρατεύτηκαν προσωρινές εναλλακτικές μέθοδοι νοσηλείας, λόγω της αυξημένης προσέλευσης ασθενών.

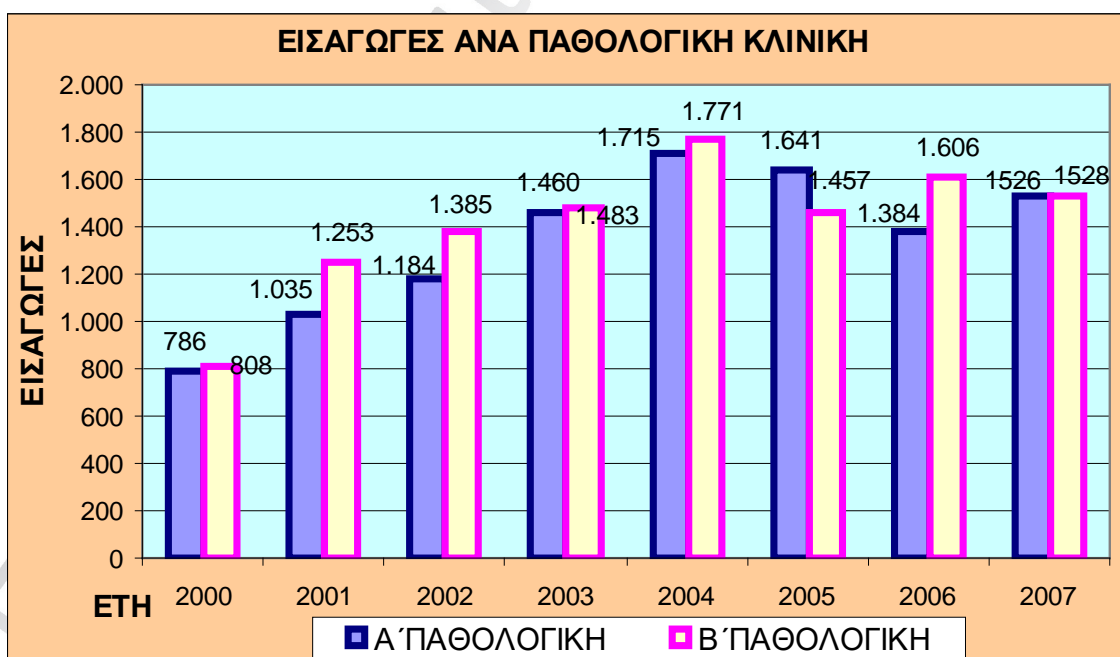
5.4.4. Αριθμός εισαγωγών

Ο αριθμός των εισαγωγών ασθενών για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι σημαντικός δείκτης, ο οποίος φανερώνει την δυναμική της Νοσοκομειακής λειτουργίας και δίνει το περιεχόμενο της ετήσιας δραστηριότητας.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	786	808
2001	1.035	1.253
2002	1.184	1.385
2003	1.460	1.483
2004	1.715	1.771
2005	1.641	1.457
2006	1.384	1.606
2007	1.526	1.528

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-16

Αριθμός εισαγωγών για την Α΄ και Β΄ Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-16

Αριθμός εισαγωγών ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε αύξηση των εισαγωγών με το πέρασμα των ετών η οποία είναι μεγαλύτερη για τη Β΄ Παθολογική κλινική, εκτός από το έτος 2005 που συμβαίνει το αντίθετο. Το 2007 όμως οι δύο κλινικές έχουν τον ίδιο περίπου αριθμό εισαγωγών.

Εάν συγκρίνουμε το διάγραμμα 5.16 με το 5.14 παρατηρούμε ότι πάντα ο αριθμός των εισαχθέντων είναι λίγο μικρότερος από τον αριθμό των νοσηλευομένων (εκτός από το έτος 2004). Αυτό πιθανώς οφείλεται στο ότι κάποιοι ασθενείς ενώ έχουν κάνει εισαγωγή σε κάποια άλλη κλινική του Νοσοκομείου, χρήζουν ανάγκης παροχής υπηρεσιών υγείας από τις Παθολογικές κλινικές και νοσηλεύονται σε αυτές χωρίς να έχουν καταγραφεί στο δυναμικό τους (δηλ. στον αριθμό των εισαγωγών τους).

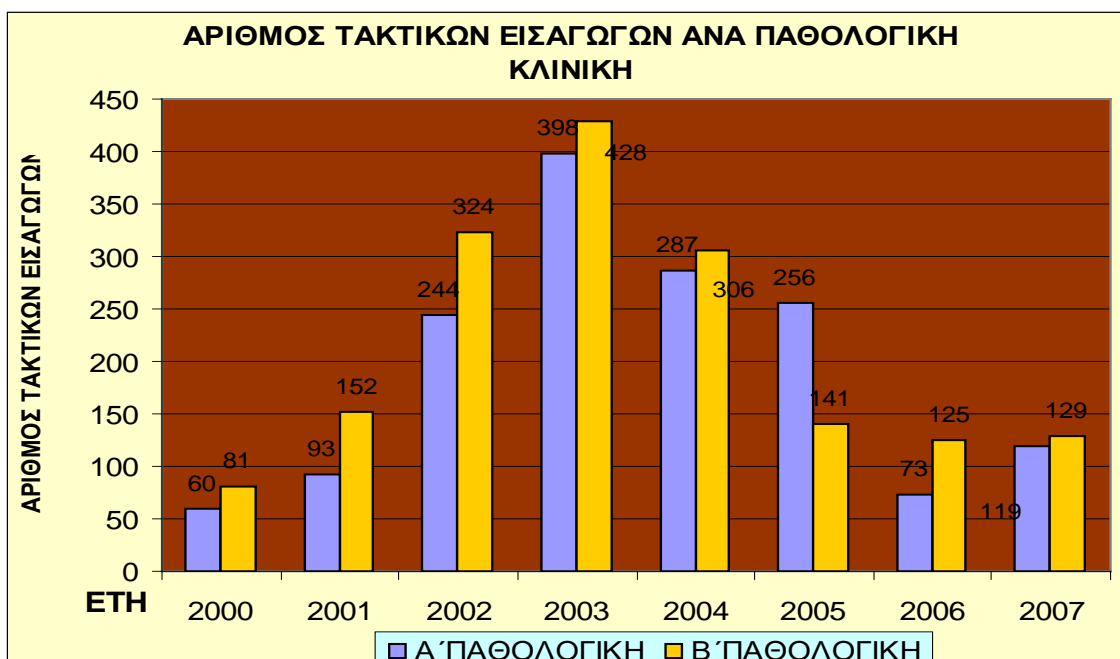
5.4.5. Αριθμός τακτικών εισαγωγών

Οι εισαγωγές αυτές πραγματοποιούνται έπειτα από προγραμματισμένο ραντεβού στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	60	81
2001	93	152
2002	244	324
2003	398	428
2004	287	306
2005	256	141
2006	73	125
2007	119	129

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-17

Αριθμός τακτικών εισαγωγών



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-17

Αριθμός τακτικών εισαγωγών ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι η Β' Παθολογική κλινική προγραμματίζει σημαντικά περισσότερες τακτικές εισαγωγές. Εξαιρέση αποτελεί το έτος 2005 όπου τα δεδομένα αντιστρέφονται. Η παρατηρούμενη αύξηση των τακτικών εισαγωγών κατά τα έτη 2002, 2003 και 2004 και για τις δύο κλινικές, εξηγείται προφανώς από τη διαφορετική πολιτική διαχείρισης των κλινών σε σχέση με τα προηγούμενα και τα επόμενα έτη.

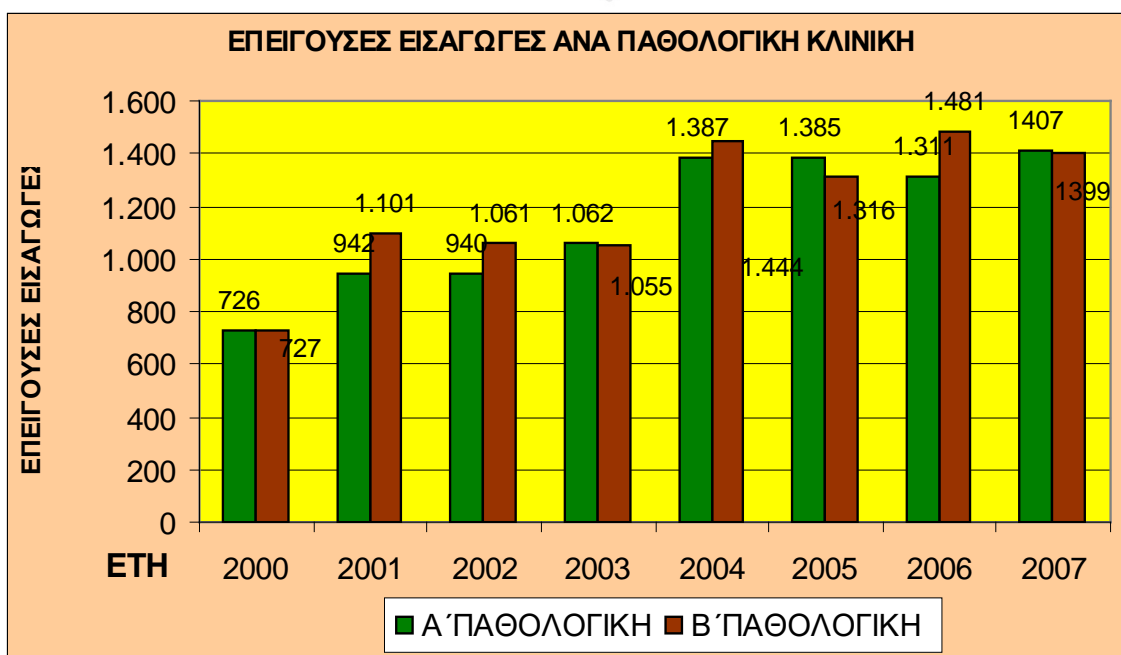
5.4.6. Επείγουσες εισαγωγές

Οι εισαγωγές αυτές πραγματοποιούνται όταν οι χρήστες υγείας έχουν απευθυνθεί στο *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)* του Νοσοκομείου και η κατάσταση της υγείας τους χρήζει άμεσης ιατρικής αντιμετώπισης.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	726	727
2001	942	1101
2002	940	1061
2003	1062	1055
2004	1387	1444
2005	1385	1316
2006	1311	1481
2007	1407	1399

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 18

Επείγουσες εισαγωγές ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-18

Επείγουσες εισαγωγές ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μία αυξητική τάση των επειγουσών εισαγωγών, με ελαφρά μεγαλύτερο αριθμό αυτών στη Β΄ Παθολογική.

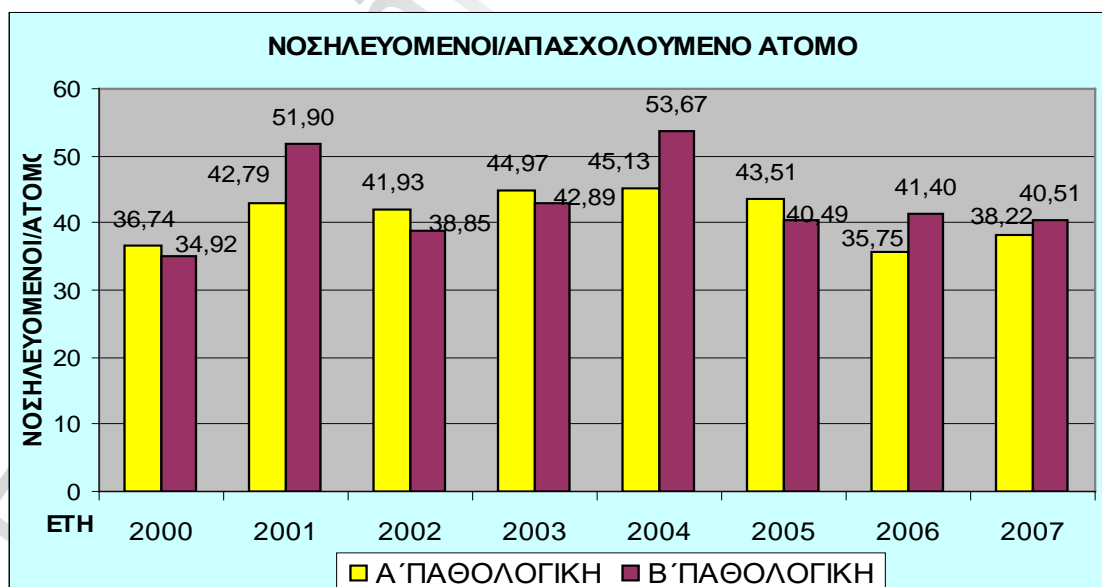
5.4.7. Νοσηλεύόμενοι ανά απασχολούμενο άτομο

Αριθμός Εισαγωγών έτους Α / Αριθμός απασχολούμενων έτους Α

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ/ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	36,74	34,92
2001	42,79	51,90
2002	41,93	38,85
2003	44,97	42,89
2004	45,13	53,67
2005	43,51	40,49
2006	35,75	41,40
2007	38,22	40,51

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-19

Νοσηλεύόμενοι ανά απασχολούμενο άτομο



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-19

Νοσηλεύόμενοι ανά απασχολούμενο άτομο

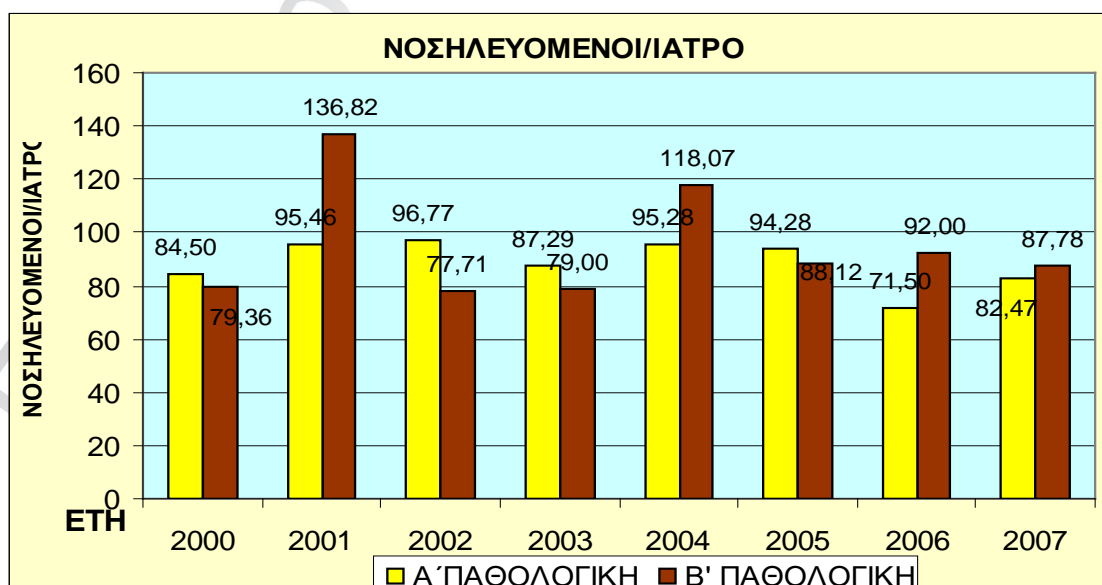
Παρατηρούμε διαρκείς αυξομειώσεις στη σχέση νοσηλεύόμενοι/απασχολούμενο άτομο με εμφάνιση της χειρότερης αναλογίας κατά το έτος 2004. Τα επόμενα έτη ο δείκτης ομαλοποιείται λόγω νέων προσλήψεων, στα επίπεδα των αρχικών ετών.

5.4.8. Νοσηλεύόμενοι ανά ιατρό

Αριθμός Εισαγωγών έτους Α / Αριθμός Ιατρών έτους Α

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ/ ΙΑΤΡΟ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	84,50	79,36
2001	95,46	136,82
2002	96,77	77,71
2003	87,29	79
2004	95,28	118,07
2005	94,28	88,12
2006	71,50	92
2007	82,47	87,78

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-20 - Νοσηλεύόμενοι Παθολογικών κλινικών ανά ιατρό



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-20

Νοσηλεύόμενοι ανά ιατρό

Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το υπάρχον ιατρικό δυναμικό δεν επαρκούσε για την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης κατά τα έτη 2001 και 2004, κυρίως στη Β΄ Παθολογική, λόγω της αυξημένης ζήτησης. Στη τελευταία τριετία παρατηρούμε μία εξομάλυνση η οποία προφανώς οφείλεται στην αύξηση των προσλήψεων.

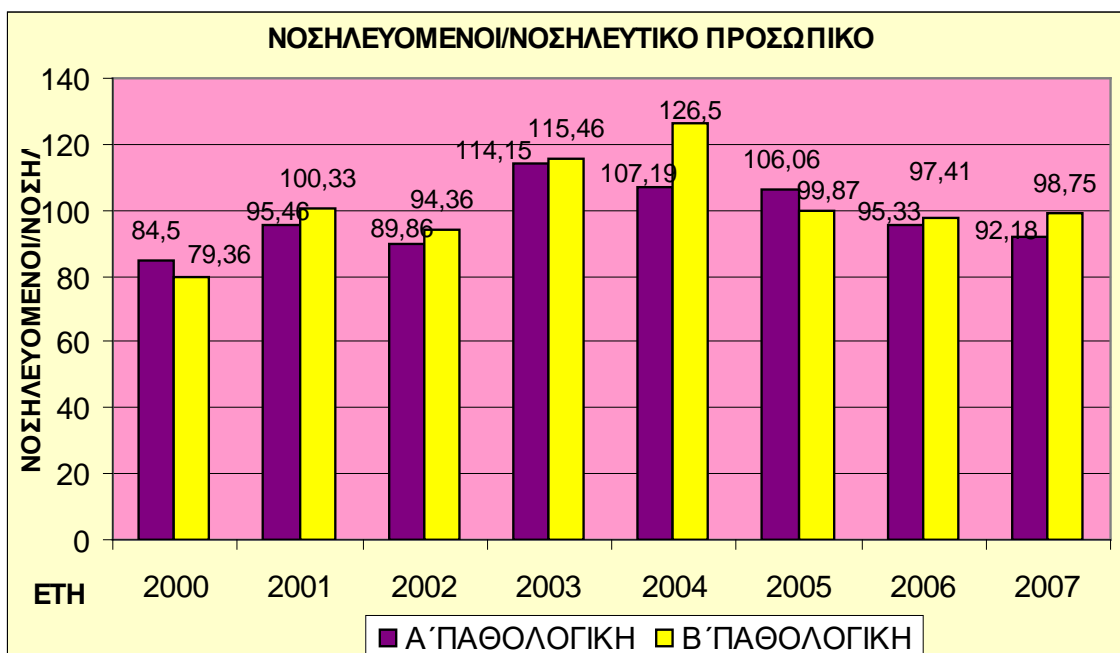
5.4.9. Νοσηλεύόμενοι ανά νοσηλευτικό προσωπικό

Αρ. Νοσηλεύόμενων έτους Α/Αρ. Νοσηλευτικού προσωπικού έτους Α

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	84,50	79,36
2001	95,46	100,33
2002	89,86	94,36
2003	114,15	115,46
2004	107,19	126,50
2005	106,06	99,87
2006	95,33	97,41
2007	92,18	98,75

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 21

Νοσηλεύόμενοι ανά Νοσηλευτικό προσωπικό



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-21

Νοσηλεύόμενοι ανά Νοσηλευτικό προσωπικό

Παρατηρούμε ασταθή συμπεριφορά του δείκτη με συνεχείς εναλλαγές αυξομειώσεων και σταθεροποίησή του στα επίπεδα των πρώτων ετών κατά τα έτη 2006 και 2007. Αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι παρόλη την αύξηση των νοσηλευόμενων συντελέστηκε καλύτερη στελέχωση ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

5.4.10. Δείκτης θνητότητας

Ο δείκτης θνητότητας μετρά το ποσοστό (%) των θανάτων ασθενών που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο. Υπό μία έννοια φανερώνει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που παρέχονται.

Θνητότητα = αριθμός θανάτων / σύνολο νοσηλευθέντων

Θνητότητα ανά Παθολογική κλινική (σε ποσοστό %)		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	7,81	4,70
2001	5,24	4,85
2002	5,88	5,07
2003	6,94	7,73
2004	6,41	6,61
2005	9,66	11,35
2006	6,43	6,22
2007	10,27	11,46

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-22

Θνητότητα ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-22

Θνητότητα ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά θνητότητας παρατηρήθηκαν τα έτη 2000, 2003, 2005 και 2007 και για τις δυο κλινικές. Ιδιαίτερα για την Α΄ Παθολογική το ποσοστό στις περισσότερες περιπτώσεις ξεπερνά το αντίστοιχο της Β΄ παρόλο που είχε, όπως είδαμε παραπάνω, λιγότερους νοσηλεύμενους.

5.5. Βασικοί δείκτες παραγωγικότητας και αποδοτικότητας

Τα λειτουργικά χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω περιγράφουν τα βασικά μεγέθη λειτουργίας του νοσοκομείου, αλλά δεν αρκούν για να έχουμε μια συνολική εικόνα. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται ορισμένοι βασικοί δείκτες, οι οποίοι μετρούν την «παραγωγή» του νοσοκομείου και επιτρέπουν τη διενέργεια συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ ή τμημάτων μέσα στο νοσοκομείο.

- Πληρότητα του νοσοκομείου (Π)
- Μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ)

5.5.1. Πληρότητα (*utilization*)

Είναι γνωστό ότι από τους σημαντικότερους δείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας είναι η **πληρότητα κλινών**. Ο αριθμός των περιπτώσεων σε συνδυασμό με τον αριθμό των κλινών προσδιορίζει ένα λειτουργικό χαρακτηριστικό του Νοσοκομείου, την Πληρότητα (Π). Ο βαθμός πληρότητας ονομάζεται επίσης και κάλυψη ή ποσοστό κάλυψης και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες, διότι εμπεριέχει στοιχεία ταυτόχρονης αξιολόγησης της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας μιας νοσοκομειακής μονάδας. Η πληρότητα είναι ένας βασικός παράγοντας αξιολόγησης της οικονομικής λειτουργίας και επιτρέπει τη διενέργεια συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ νοσοκομείων (ή τμημάτων μέσα σε αυτό). Το γεγονός ότι ένα νοσοκομείο έχει πάντα μεγάλα «σταθερά» έξοδα⁴ σημαίνει ότι χαμηλός βαθμός πληρότητας συνεπάγεται αντικοινωνική λειτουργία.

Η πληρότητα προσδιορίζεται ως το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών στο σύνολο των διαθέσιμων κλινών του Νοσοκομείου σε μια δεδομένη στιγμή και δίνεται από τον τύπο:

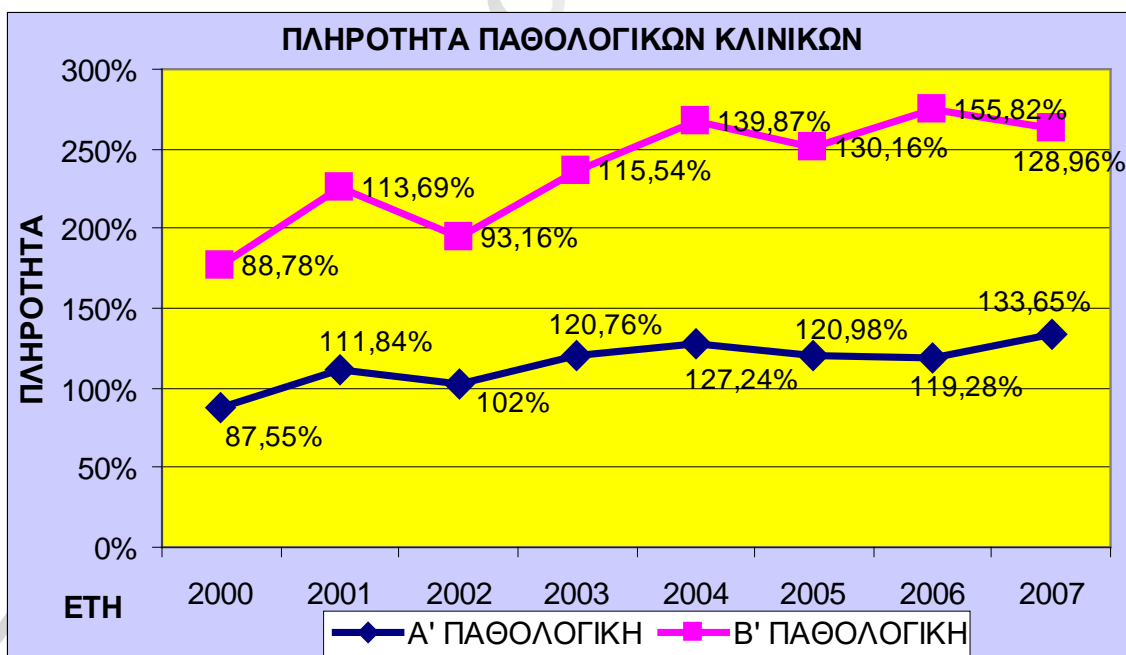
$$\text{Ποσοστό Κάλυψης} = \frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας έτους} \times 100}{\text{Αριθμός Κλινών έτους} \times 365}$$

⁴ Σταθερά έξοδα είναι οι δαπάνες που δεν εξαρτώνται από τον αριθμό των παραγόμενων προϊόντων. Στην περίπτωση του Νοσοκομείου, ένα πολύ μεγάλο μέρος της μισθοδοσίας είναι σταθερό έξοδο και δεν εξαρτάται από τον αριθμό των νοσηλευόμενων.

ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	87,55 %	88,78%
2001	111,84 %	113,69%
2002	102 %	93,16%
2003	120,76 %	115,54%
2004	127,24 %	139,87%
2005	120,98 %	130,16%
2006	119,28 %	155,82%
2007	133,65 %	128,96%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-23

Πληρότητα Παθολογικών κλινικών



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-23

Πληρότητα παθολογικών κλινικών για τα έτη 2000-2007

Παρατηρούμε πολύ υψηλά ποσοστά πληρότητας (πάνω από 90%) και για τις δύο Παθολογικές κλινικές, γεγονός που σημαίνει ότι οι κλινικές λειτουργούν υπερεντατικά και διογκώνουν το μεταβλητό κόστος⁵ με την ανάγκη για υπερωρίες, διπλές βάρδιες κ.λ.π. Για να κινείται σε καλά έως άριστα επίπεδα η πληρότητα πρέπει να είναι > του 70% και < του 85 %, ενώ η απόκλιση από τα παραπάνω όρια συνιστά αρνητική οικονομία κλίμακας. Υπό την συνθήκη αυτή οι υπό συζήτηση κλινικές απέχουν πολύ στο να εισέλθουν σε θετική οικονομία κλίμακας και συνεπώς δεν είναι αποδοτικές.

Διαπιστώνουμε επίσης ότι η πληρότητα για τη Β΄ Παθολογική κλινική είναι ιδιαίτερα αυξημένη από το 2003 σε σχέση με την Α΄ και αυτό δικαιολογείται από τη νοσηλεία περισσότερων ασθενών (όπως είδαμε παραπάνω) το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Βέβαια υπάρχει μία τάση εξισορρόπησης των ποσοστών κατά το τελευταίο έτος (2007).

5.5.2. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κλινική (average length of stay)

Από το άθροισμα των ημερών νοσηλείας και το συνολικό αριθμό νοσηλευόμενων ασθενών προσδιορίζεται ένα άλλο βασικό λειτουργικό μέγεθος των κλινικών, το οποίο μετράει το χρόνο που (κατά μέσο όρο) απαιτείται για τη νοσηλεία μίας περίπτωσης. Το μέγεθος αυτό είναι η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) που ορίζεται συνολικά ή ανά κλινική ή ανά κατηγορία νόσου, είναι μία βοηθητική παράμετρος για την καλύτερη κίνηση των περιστατικών και παρουσιάζεται από τον παρακάτω τύπο :

$$\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας} = \frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών Έτους}}$$

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας είναι ποιοτικός δείκτης, ο οποίος φανερώνει τον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών και τη λειτουργία του Νοσοκομείου. Χρησιμεύει για τον

⁵ Το κόστος που συνδέεται άμεσα με το ύψος της παραγωγής, όπως τα φάρμακα και η τροφοδοσία, ονομάζεται «μεταβλητό».

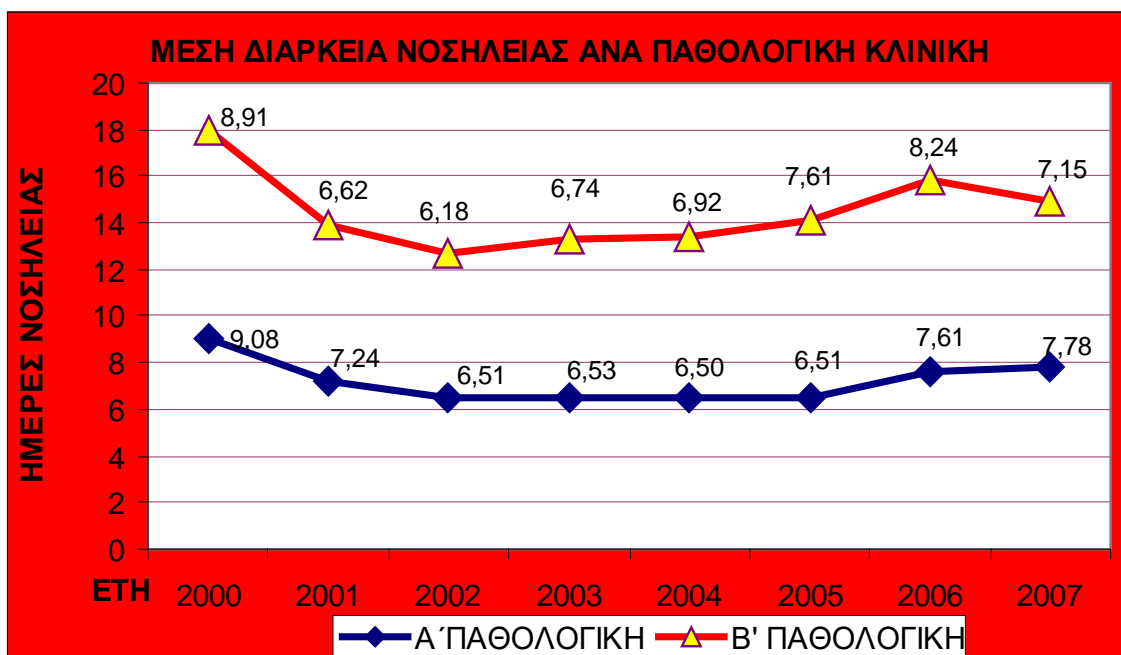
προγραμματισμό και την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων και σε συνδυασμό με άλλους δείκτες (π.χ. ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων), μπορεί να αναδείξει την αναγκαιότητα προγραμματισμού δράσεων για μείωση του αριθμού ημερών νοσηλείας. Η ταχύτητα διακίνησης των περιπτώσεων, η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων που εμπλέκονται στη διαδικασία της νοσηλείας και η ποιότητα στην περίθαλψη αποτελούν βασικούς οργανωτικούς και λειτουργικούς παράγοντες και επηρεάζουν σημαντικά τη Μ.Δ.Ν. στο επίπεδο του νοσοκομείου.⁶ Για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων ο δείκτης θα πρέπει να εκτιμάται χωριστά για τα επιμέρους τμήματα του νοσοκομείου.

ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	9,08	8,91
2001	7,24	6,62
2002	6,51	6,18
2003	6,53	6,74
2004	6,50	6,92
2005	6,51	7,61
2006	7,61	8,24
2007	7,78	7,15

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-24

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Παθολογικών κλινικών

⁶ Η ποιότητα στην περίθαλψη που επηρεάζει θετικά (μειώνει) τη ΜΔΝ μπορεί να εκφράζεται π.χ. από χαμηλή επίπτωση νοσοκομειακών λοιμώξεων. Αντίθετα, στην περίπτωση που για οικονομικούς λόγους επιδιώκεται συνειδητά η μείωση της ΜΔΝ, είναι πιθανόν να έχουμε αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της νοσηλείας.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 24

Μέση διάρκεια Νοσηλείας ανά Παθολογική κλινική

Η παρατηρούμενη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας αποτελεί ένα θετικό στοιχείο των κλινικών. Βλέπουμε ότι κατά το έτος 2000 οι Παθολογικές κλινικές είχαν σχετικά υψηλή Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (περίπου 9 ημέρες ανά ασθενή). Με το πέρασμα δύο ετών υπό την αύξηση της πίεσης για παροχή μεγαλύτερου όγκου ιατρικών υπηρεσιών η Μ.Δ.Ν. μειώθηκε φθάνοντας τελικά το μέσο όρο των ελληνικών νοσοκομείων (6-6.5 ημέρες/ασθενή) μέχρι το έτος 2005 για την Α' και μέχρι το 2004 για τη Β' Παθολογική. Τα επόμενα χρόνια οι δείκτες αυτοί χειροτέρεψαν και για τις δύο κλινικές με μεγαλύτερη επιδείνωση να παρατηρείται στη Β' Παθολογική. Οι τιμές του δείκτη για το 2002, εάν και εμφανώς μικρότερες δεν απέχουν κατά πολύ από το μέσο όρο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς από 8,7 το 1990 μειώθηκε σ' αυτές σε 5,7 το 2002 (OECD Health Data Base, 2004).

5.6. Σύνθετοι δείκτες

Οι παραπάνω δείκτες, που χρησιμοποιούνται ευρύτατα, δίνουν μια γενική εικόνα της χρησιμοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής και επιτρέπουν ορισμένες συγκρίσεις.

Δεν επιτρέπουν όμως την αξιολογική ανάλυση της λειτουργίας του νοσοκομείου, γιατί αποκρύπτουν σημαντικότερες πληροφορίες για τον τρόπο και την ένταση με την οποία χρησιμοποιείται η νοσοκομειακή υποδομή. Η πληρότητα π.χ. ενός Νοσοκομείου σε διάστημα ενός έτους δεν εξαρτάται μόνο από τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών, αλλά και από το χρόνο νοσηλείας τους. Για το λόγο αυτό η περιγραφή της λειτουργίας του νοσοκομείου απαιτεί τον υπολογισμό σύνθετων δεικτών λειτουργίας που αντανακλούν τον πραγματικό τρόπο αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Οι δείκτες αυτοί πρέπει να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και σε συνδυασμό με τους δείκτες κάλυψης και τη ΜΔΝ για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

5.6.1. Ρυθμός εισροής ασθενών P_k (throughput)

Ο ρυθμός εισροής ασθενών εκτιμά την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής, δηλαδή το βαθμό στον οποίο χρησιμοποιείται μία κλινική. Μετράει τον ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι κλίνες σε μια χρονική περίοδο (συνήθως ένα έτος) και εκφράζεται σε αριθμό ασθενών ανά κλίνη ανά μονάδα χρόνου (π.χ. 40 νοσηλευόμενοι ανά κλίνη το χρόνο). Η πορεία του δείκτη είναι αντιστρόφως ανάλογη με το δείκτη «Διαστήματος Εναλλαγής» (που θα αναλυθεί παρακάτω) διότι όσο μικρότερο χρονικό διάστημα μένει κενή μια κλίνη, τόσο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών θα φιλοξενήσει σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Ένας (από πολλούς) τύπος για τον υπολογισμό του δείκτη P_k για μια χρονική περίοδο (π.χ. 1 έτος = 365 ημέρες) είναι:

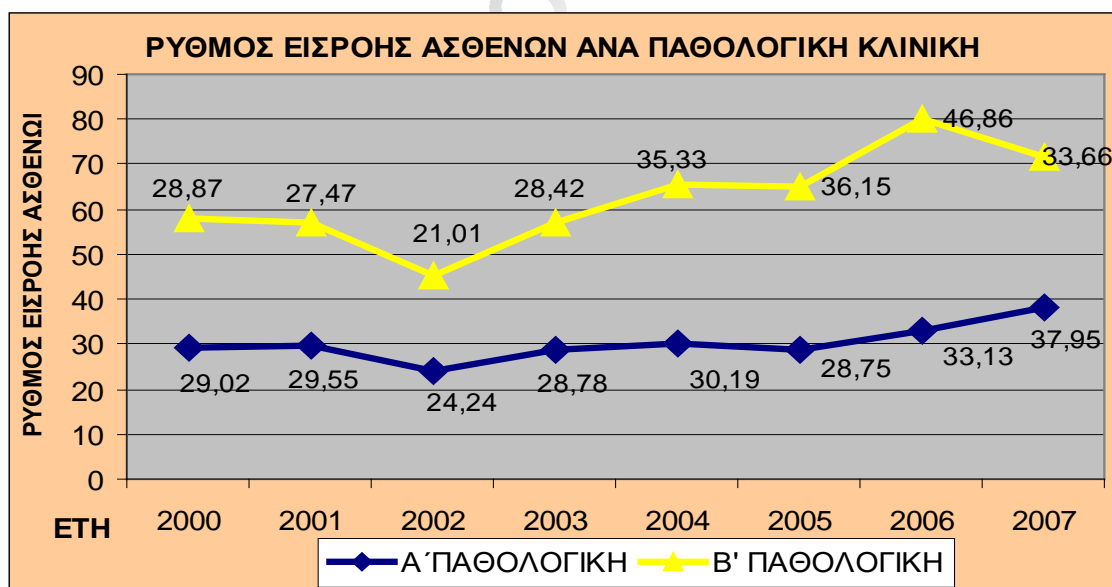
$$P_k = 365 \times \Pi / 100 \times M\Delta N$$

όπου Π =πληρότητα και $M\Delta N$ =Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	29,02	28,87
2001	29,55	27,47
2002	24,24	21,01
2003	28,78	28,42
2004	30,19	35,33
2005	28,75	36,15
2006	33,13	46,86
2007	37,95	33,66

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-25

Ρυθμός εισροής Ασθενών Παθολογικών κλινικών



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-25

Ρυθμός εισροής ασθενών ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι ο ρυθμός εισροής ασθενών μειώνεται αισθητά το 2002 λόγω της μείωσης του αντίστοιχου ποσοστού πληρότητας των δύο Παθολογικών κλινικών. Από εκεί και πέρα η πορεία είναι ανοδική και πιο έντονη στη Β΄ Παθολογική. Ίσως εκεί

οφείλεται και η μεγάλη πτώση του δείκτη κατά το τελευταίο έτος (2007) για τη Β΄ Παθολογική.

Ο ρυθμός εισροής αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κυμάνθηκε από 28 ασθενείς/κλίνη το 1990 σε 44.9 το 2002 (OECD Health Data Base, 2006).

5.6.2. Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά κλινική Ρε (turnover interval)

Ο δείκτης αυτός εκφράζει το χρόνο που μένει κενή μια κλίνη (μετρώντας το διάστημα από τη στιγμή που δεν φιλοξενεί ασθενή έως τη στιγμή που δέχεται) και μετράει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το (μέσο) αριθμό ημερών που ένα κρεβάτι μένει κενό (π.χ. μία ή δύο ημέρες).

Εκφράζεται σε αριθμό ημερών και είναι ένας δείκτης της έντασης της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Ο δείκτης είναι δυνατό να υπολογιστεί «κυλιόμενος» δηλαδή σε μηνιαία βάση και έτσι η διοίκηση να μπορεί να εντοπίζει έγκαιρα την εμφάνιση «τάσεων» και να επεμβαίνει διορθωτικά. Ένας τύπος υπολογισμού του διαστήματος εναλλαγής Ρε (για διάστημα ενός έτους) είναι:

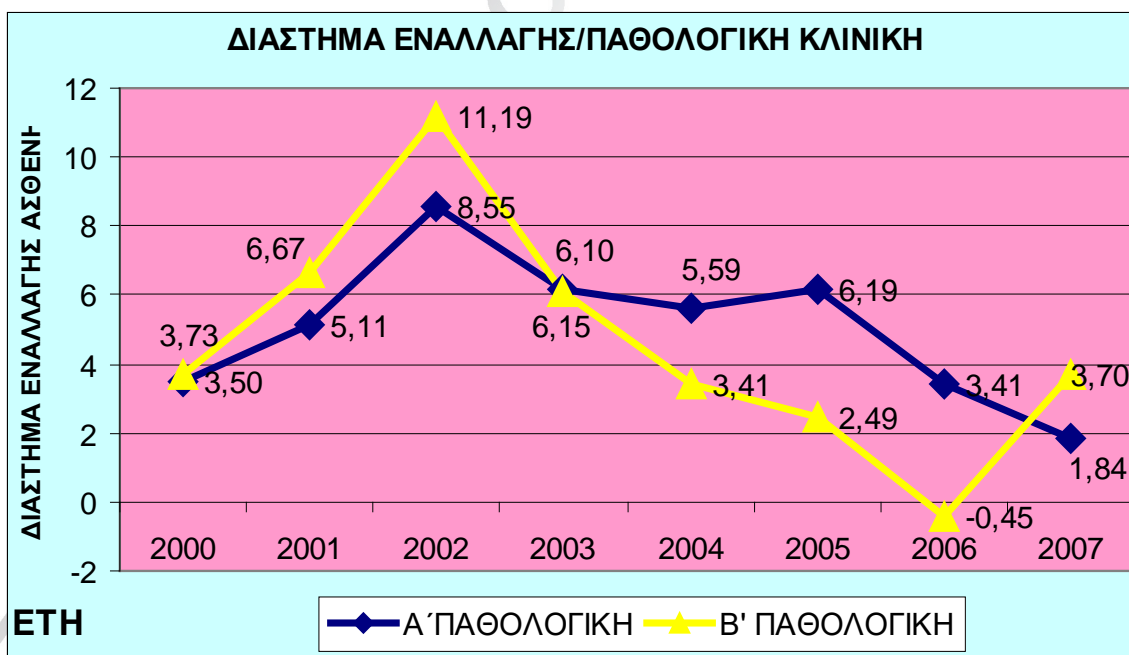
$$\text{Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών} = 365/\text{Ρκ} - \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}$$

Χαμηλές τιμές του δείκτη Ρε δείχνουν την αποδοτική αξιοποίηση των κλινών με την εντατική χρήση τους, η οποία μπορεί όμως να είναι και αποτέλεσμα έλλειψης κλινών και για το λόγο αυτό ο συγκεκριμένος δείκτης πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Ο δείκτης όμως αυτός μπορεί να υποδείξει τμήματα ή και νοσοκομεία που χρήζουν επαναπροσδιορισμό της λειτουργίας τους και της φύσης των υπηρεσιών που παρέχονται σε αυτά.

Διάστημα Εναλλαγής Ασθενή ανά κλινική		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	3,50	3,73
2001	5,11	6,67
2002	8,55	11,19
2003	6,15	6,10
2004	5,59	3,41
2005	6,19	2,49
2006	3,41	-0,45
2007	1,84	3,70

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-26

Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 26

Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά Παθολογική κλινική

Ο δείκτης διάστημα εναλλαγής ασθενή συμπεριφέρεται πλήρως αντιστρόφως ανάλογα με το δείκτη ρυθμού εισροής ασθενών (βλ. διάγραμμα 5.25). Αυτό ερμηνεύει τη πορεία που διαγράφει (άνοδος το 2002, σταθερή μείωση τα επόμενα έτη, με μία απότομη αυξητική μεταβολή για τη Β΄ Παθολογική κατά το 2007) και επηρεάζεται κυρίως από τη μεταβολή του δείκτη πληρότητας.

5.7. Σύνθετοι δείκτες παραγωγικότητας - αποδοτικότητας - λειτουργικότητας

Οι δείκτες αυτοί αντικατοπτρίζουν τη σχέση του παραγόμενου προϊόντος-εκροών προς τις χρησιμοποιούμενες εισροές

5.7.1. Δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας, I_p

Ο δείκτης αυτός περιγράφει την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας μιας υγειονομικής μονάδας για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.

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

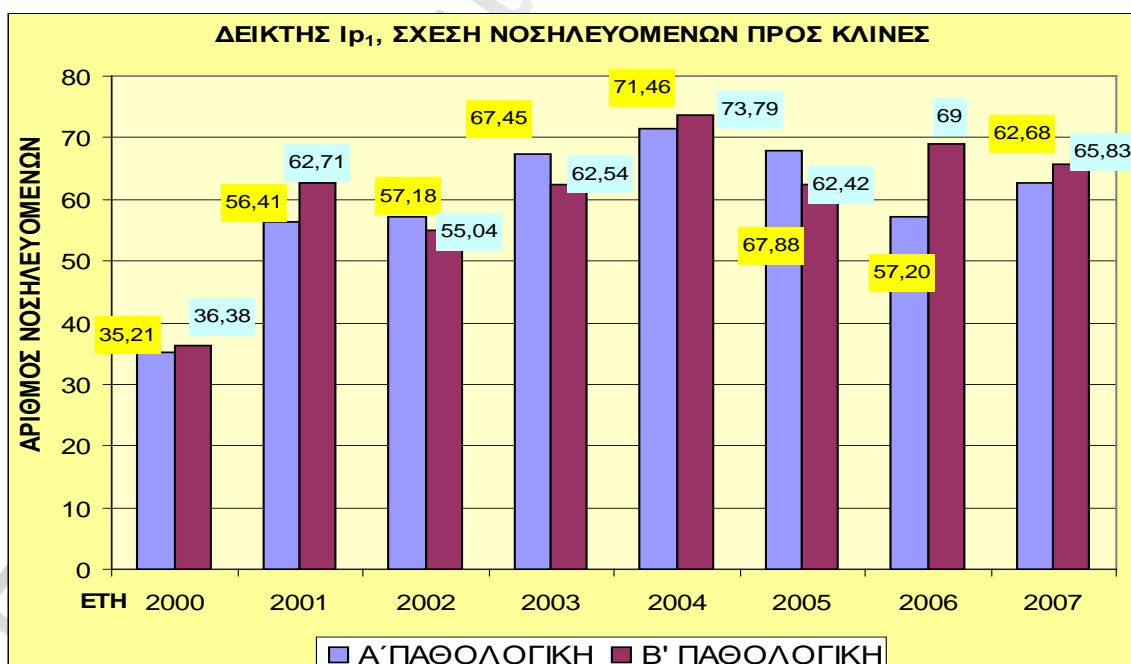
B = αριθμός κλινών

t = διάρκεια αναφοράς: έτος (365)

Σχέση Νοσηλευόμενων προς κλίνες, ανά κλινική		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	35,21	36,38
2001	56,41	62,71
2002	57,18	55,04
2003	67,45	62,54
2004	71,46	73,79
2005	67,88	62,42
2006	57,20	69
2007	62,68	65,83

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-27

Σχέση Νοσηλευόμενων προς κλίνες για την Α΄ και Β΄ Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-27

Δείκτης I_{p1} για τις Παθολογικές κλινικές

Ο δείκτης I_{p1} αυξομειώνεται κατά τη διάρκεια της δετίας (με κορύφωση και για τις δύο Παθολογικές το 2004) και τελικά εμφανίζεται βελτιωμένος στο τέλος του υπό εξέταση διαστήματος. Ο δείκτης και στις δύο κλινικές για κάθε χρόνο είναι σχεδόν ίδιος, κάτι που είναι αναμενόμενο λόγω της δυναμικότητάς τους σε κλίνες.

5.7.2. Σχέση Παραγωγής (ασθενών) προς Απασχολούμενους

$$I_{p2} = (P/Pt) \times (t/365)$$

όπου P = συνολικός αριθμός ασθενών

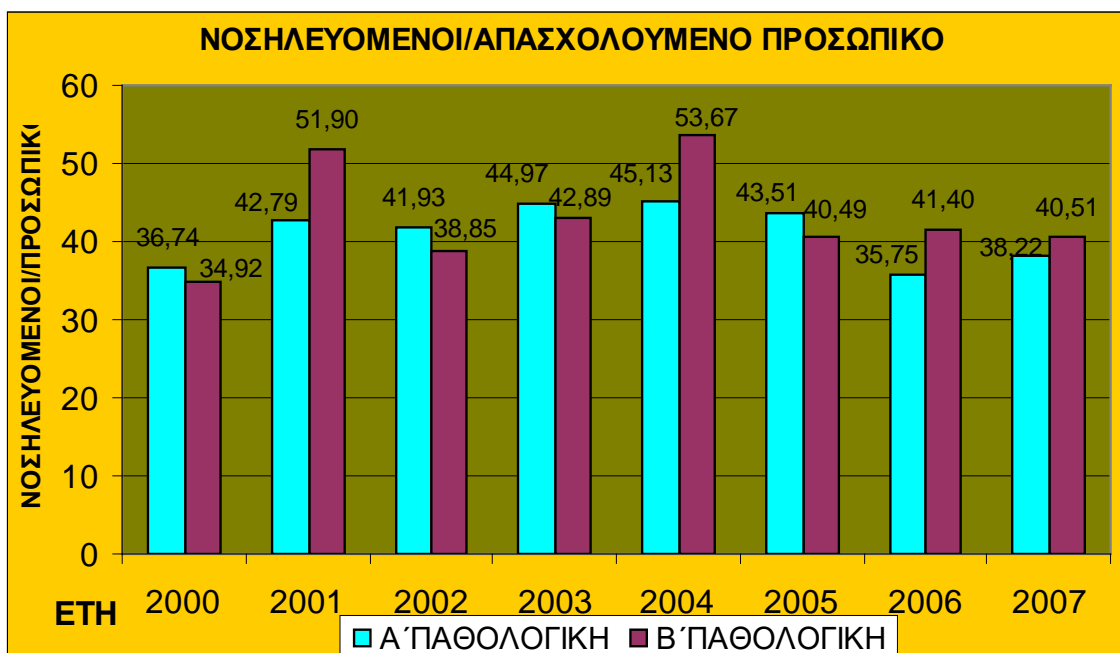
t = χρονικό διάστημα αναφοράς

Pt = συνολικός αριθμός απασχολούμενων

Σχέση Νοσηλευόμενων/Απασχολούμενο προσωπικό		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	36,74	34,92
2001	42,79	51,90
2002	41,93	38,85
2003	44,97	42,89
2004	45,13	53,67
2005	43,51	40,49
2006	35,75	41,40
2007	38,22	40,51

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-28

Σχέση Νοσηλευόμενων προς το απασχολούμενο Προσωπικό για τις Παθολογικές κλινικές



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-28

Νοσηλεύόμενοι ασθενείς ανά απασχολούμενο προσωπικό

Η ανοδική τάση του δείκτη κατά τα έτη 2001 και μετά δείχνει ότι η αύξηση του αριθμού των νοσηλευόμενων δεν ακολουθείται και από αντίστοιχη αύξηση του απασχολούμενου προσωπικού, κάτι που δείχνει να υλοποιείται κατά τα έτη 2006 και 2007 όπου ο δείκτης «εξομαλύνεται» στα επίπεδα του 2000.

5.7.3. Σχέση παραγωγής (ημέρες νοσηλείας) προς κλίνες

$$I_p = (Pd/B) \times (t/365)$$

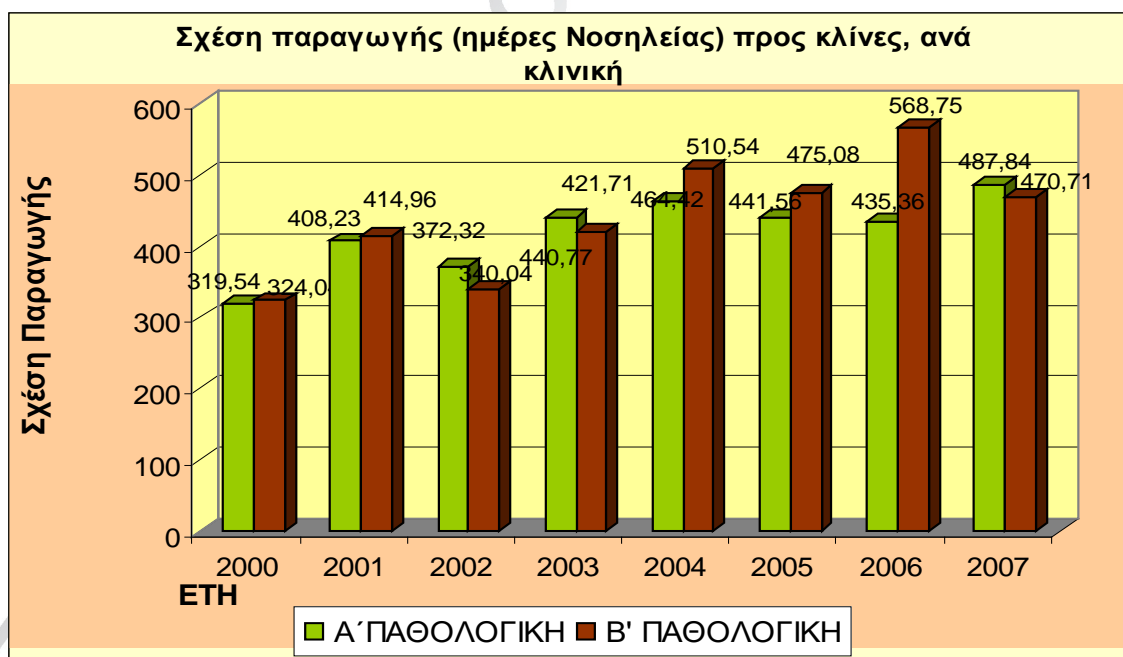
όπου Pd = συνολικός αριθμός ημερών Νοσηλείας στη χρονική περίοδο αναφοράς.

t= 1 έτος

Σχέση παραγωγής (ημέρες Νοσηλείας) προς κλίνες, ανά κλινική		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	319,54	324,04
2001	408,23	414,96
2002	372,32	340,04
2003	440,77	421,71
2004	464,42	510,54
2005	441,56	475,08
2006	435,36	568,75
2007	487,84	470,71

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-29

Σχέση παραγωγής προς κλίνες ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-29

Σχέση παραγωγής (ημέρες Νοσηλείας) προς κλίνες, ανά Παθολογική κλινική

Παρατηρούμε ότι ο συγκεκριμένος δείκτης εμφανίζει μία σχετική σταθερότητα (εκτός από τα έτη 2004 και 2006 όπου για τη Β΄ Παθολογική κλινική εμφανίζει τις μέγιστες τιμές του). Αυτό ερμηνεύεται από το ότι αυξήθηκε ελαφρά ο αριθμός των κλινών, γεγονός που σε συνδυασμό με την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού (νέες προσλήψεις) είχε σαν αποτέλεσμα τη συγκεκριμένη συμπεριφορά του δείκτη.

5.7.4. Σχέση παραγωγής (ημέρες Νοσηλείας) προς απασχολούμενους ή σχέση όγκου παραγωγής προς εισροές (παραγωγικότητα απασχολούμενων)

$$Ip_4 = (Pd / Pt) \times (t / 365)$$

όπου

P_a = Συνολικός αριθμός Ημερών Νοσηλείας

t = Χρονικό Διάστημα Αναφοράς

P_t = Συνολικός αριθμός απασχολούμενων στην κλινική

ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	333,43	311,08
2001	309,69	343,41
2002	273,03	240,03
2003	293,85	289,17
2004	293,32	371,30
2005	283,05	308,16
2006	272,10	341,25
2007	297,46	289,67

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-30

Παραγωγικότητα απασχολούμενων για τις Παθολογικές κλινικές



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-30

Παραγωγικότητα απασχολούμενων στις Παθολογικές κλινικές

Αν εξαιρέσουμε τα 2 αρχικά έτη ο δείκτης παραγωγικότητας στην Α' Παθολογική κλινική δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διακυμάνσεις. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι η αύξηση των απασχολούμενων έγινε με ανάλογο ρυθμό. Αντίθετα στη Β' Παθολογική οι διακυμάνσεις είναι πιο έντονες με μέγιστη μεταβολή στο έτος 2004, κατά το οποίο ενώ υπήρξε αύξηση των ημερών νοσηλείας παρουσιάστηκε πτώση του αριθμού των απασχολούμενων («πιέζοντας» σε αύξηση της παραγωγικότητας του υπάρχοντος προσωπικού).

5.7.5. Ie_1 = Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών (δείκτης αποδοτικότητας υγειονομικής μονάδας)

$$Ie_1 = (I_o / M.A.N.) \times (t / 365)$$

όπου

I_o = Μέση Κάλυψη Νοσοκομειακών Κλινών

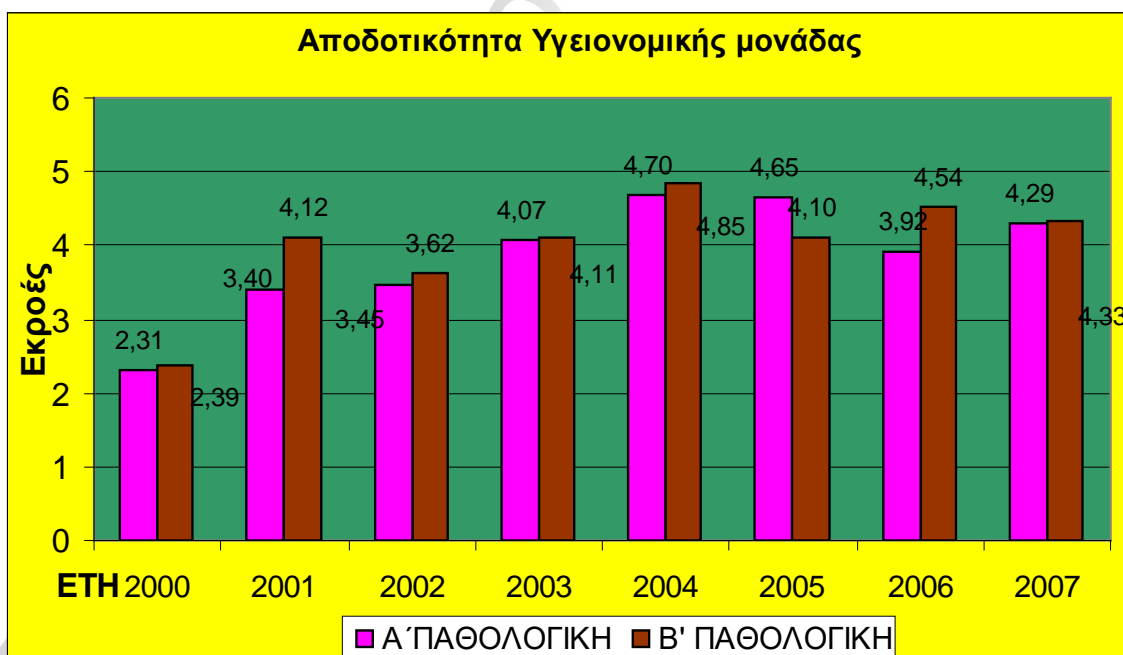
t = διάρκεια αναφοράς, έτος (365)

M.A.N. = Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	2,31	2,39
2001	3,40	4,12
2002	3,45	3,62
2003	4,07	4,11
2004	4,70	4,85
2005	4,65	4,10
2006	3,92	4,54
2007	4,29	4,33

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-31

Αποδοτικότητα Παθολογικών κλινικών



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-31

Σχέση επιπέδου εκροών ανά διάρκεια παροχών, ανά κλινική

Ο δείκτης εκτός από μία μικρή αύξηση για τη Β΄ Παθολογική για το 2001 είχε σταθερά ανοδική πορεία μέχρι το 2004 και μια σχετική σταθεροποίηση με εκατέρωθεν

εναλλαγές τα τρία τελευταία έτη. Αυτό σημαίνει ότι γενικώς οι υπηρεσίες που παρέχονται προς τους νοσηλευόμενους βελτιώνονται διαρκώς και παρουσιάζουν σταθεροποιητικές τάσεις.

5.7.6. Σχέση συνολικής παραγωγής (εκροών) και εισροών

$$Ie_2 = (Ie_1/Pt) \times B$$

Όπου:

Ie_1 = ο προαναφερόμενος δείκτης

B = αριθμός κλινών

Pt = αριθμός απασχολουμένων

Σχέση συνολικής παραγωγής (εκροών) και εισροών		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	2,41	2,30
2001	2,58	3,41
2002	2,53	2,55
2003	2,71	2,82
2004	2,97	3,53
2005	2,98	2,66
2006	2,45	2,72
2007	2,62	2,66

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-32

Σχέση συνολικής παραγωγής (εκροών) και εισροών ανά Παθολογική κλινική



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-32

Σχέση εκροών & εισροών

5.7.7. Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού υγειονομικής μονάδας

Ο δείκτης εκφράζει τη σχέση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του αριθμού των ασθενών που νοσηλεύονται ημερησίως απ' αυτό.

$$I_n = (Pnt \times 365) / Pd$$

όπου

Pnt = ο συνολικός αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής μονάδας

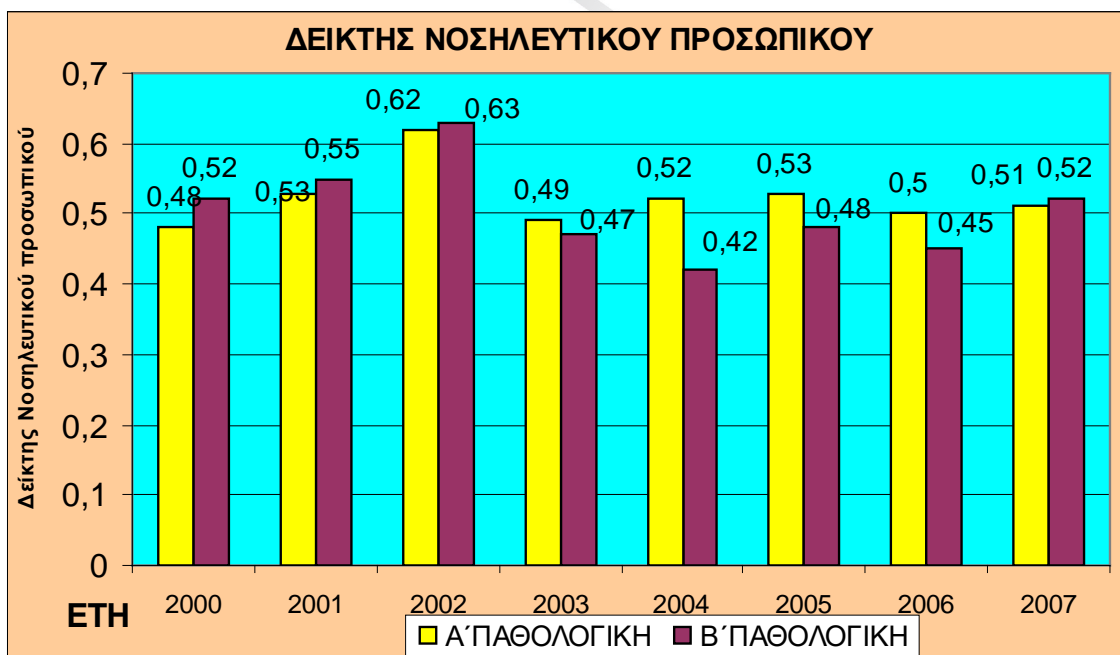
και

Pd = ο συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας ανά έτος

Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού		
ΕΤΗ	Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
2000	0,48	0,52
2001	0,53	0,55
2002	0,62	0,63
2003	0,49	0,47
2004	0,52	0,42
2005	0,53	0,48
2006	0,50	0,45
2007	0,51	0,52

ΠΙΝΑΚΑΣ 5-33

Δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-33

Δείκτης Νοσηλευτικού προσωπικού

Παρατηρούμε διαρκείς αυξομειώσεις του δείκτη και για τις δύο Παθολογικές κλινικές με κορύφωσή του το έτος 2002 και εξομάλυνσή του στα αρχικά επίπεδα κατά τα έτη 2006 και 2007. Αυτό ερμηνεύεται με τη συνεχή αναπροσαρμογή του Νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας που είχαν διαρκή αύξηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα διατυπωθούν γενικά συμπεράσματα που προκύπτουν από την αξιολόγηση της λειτουργίας των δύο Παθολογικών κλινικών και προτάσεις – προοπτικές για την περαιτέρω βελτίωσή τους.

6.1. Συμπεράσματα

Από την παραπάνω ανάλυση παρατηρούμε ότι δεν προκύπτουν σημαντικές διαφορές στους ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες μεταξύ των δύο Παθολογικών κλινικών καθώς για το διάστημα 2000–2007 και οι δύο παρουσιάζουν μια συνεχή ανοδική τάση σε όλους σχεδόν τους δείκτες λειτουργικότητας και αποδοτικότητας, μία διαπίστωση που υποδुकνεύει την αύξηση του επιπέδου παραγωγικότητας τους.

Η αναπτυξιακή τάση των τελευταίων ετών και για τις δύο κλινικές είναι σχεδόν σταθερή με μικρές διακυμάνσεις. Το ποσοστό μεταβολών των δεικτών από έτος σε έτος είναι σχεδόν θετικό και για κάθε επόμενο έτος τα αποτελέσματα ήταν πολύ καλύτερα σε απόδοση, απ' ό,τι τα προηγούμενα έτη. Παρατηρείται μία σημαντική ανοδική αύξηση των δεικτών προς τα έτη 2001 και 2002, η οποία αιτιολογείται απ' το ότι το 2000 υπήρξε αλλαγή του τρόπου λειτουργίας του Νοσοκομείου καθώς εισήλθε σε καθεστώς εφημερίας με τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιοχής (από το 1997-έτος λειτουργίας- έως και το 1999 το Νοσοκομείο λειτουργούσε μόνο για την άμεση περιοχή ευθύνης του). Το προσωπικό του Νοσοκομείου, κυρίως το νοσηλευτικό, προερχόταν από νέες προσλήψεις και δεν είχε πρότερη επαγγελματική εμπειρία για το νέο καθεστώς, με αποτέλεσμα να απαιτηθεί μεγαλύτερη εργασιακή προσπάθεια από την πλευρά του. Για το έτος 2002 παρατηρούμε ότι ενώ παρουσιάζεται αύξηση των επιμέρους δεικτών η μεταβολή τους είναι σαφώς μειωμένη (μία διαπίστωση που ισχύει για όλους τους δείκτες), γεγονός που αποδεικνύει τον κορεσμό των αναπτυξιακών δυνατοτήτων αλλά και την κόπωση από τον όγκο των ζητούμενων υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια οι δείκτες παρουσιάζουν μία αυξητική δυναμική τάση που δικαιολογείται από το ότι μετά την περίοδο προσαρμογής στο νέο σύστημα λειτουργίας οι Παθολογικές κλινικές είχαν τυπικά τη δυνατότητα να επιδείξουν τη δυναμική τους, με τη μορφή μιας συνεχούς αναπτυξιακής πορείας με συνεχή βελτίωση. Οι οριακές μεταβολές της τάσης των τελευταίων ετών λειτουργίας είναι

σημάδι κορεσμού (λόγω ελλείψεων σε καθοριστικές – βοηθητικές παραμέτρους), παρόλο που υπάρχουν συνθήκες αύξησης των παραγωγικών δυνατοτήτων τους.

Η θετική πορεία των κλινικών είναι εμφανής σύμφωνα και με τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, που εξυπηρετεί την αυξημένη ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αφού με το πέρασμα των ετών εξυπηρετούνται περισσότεροι καταναλωτές υγείας, μειώνονται οι λίστες αναμονής και η μετακίνηση ασθενών σε άλλα νοσοκομεία. Σα γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι η συνολική εικόνα των δεικτών κατά τη διάρκεια των ετών δείχνει μία θετική πορεία των κλινικών με συνεχή τάση βελτίωσης. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήσαμε ότι:

Το **ιατρικό προσωπικό** που απασχολείται στις Παθολογικές κλινικές όταν μελετηθεί ως προς τις κλίνες που αυτές διαθέτουν κρίνεται επαρκές και παρουσιάζει μία συνεχή αύξηση με την πάροδο των ετών (1 ιατρός ανά 2,5 κλίνες το 2000 και 1 ιατρός ανά 1,3 κλίνες για το 2007). Όταν όμως η μελέτη γίνει σύμφωνα με τον αριθμό των νοσηλευόμενων που εξυπηρετούνται, τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά και αυτό ίσως συμβαίνει διότι λόγω της μεγάλης ζήτησης η ιατρική φροντίδα από τους ιατρούς των Παθολογικών τμημάτων παρέχεται και σε ασθενείς άλλων κλινικών του Νοσοκομείου (φιλοξενία ασθενών).

Όσον αφορά το **νοσηλευτικό προσωπικό** οι δείκτες στελέχωσης δεν είναι ικανοποιητικοί. Ο δείκτης νοσηλευτής-τρια/κλίνη ήταν σταθερά ανοδικός (0.42 νοσηλευτής-τρια για την Α' και 0.46 για τη Β' για το έτος 2000 και 1.68 για την Α' και 1.67 για τη Β' για το 2007), γεγονός που σημαίνει ότι γίνονται νέες προσλήψεις οι οποίες όμως μάλλον κινούνται με πολύ αργές διαδικασίες. Ο δείκτης απέχει πολύ από το να φτάσει το ιδανικό (1 νοσηλευτής-τρια για 1 κλίνη). Δυστυχώς η στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί τα περισσότερα Νοσοκομεία της χώρας μας, καθώς γίνεται με αργούς ρυθμούς, αφού είναι θέμα της κεντρικής Διοίκησης (Υπουργείο) και όχι του κάθε φορέα. Έτσι ενώ θα έπρεπε να αντιστοιχούν 4 νοσηλευτές-τριες σε κάθε 1 ιατρό η αντιστοιχία αυτή είναι κατά πολύ μικρότερη, μία κατάσταση που δυσχεραίνει τη λειτουργικότητα του Νοσοκομείου και την εξυπηρέτηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Ένα ακόμη πρόβλημα, όσον αφορά την επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό, που έχει να αντιμετωπίσει το υπό μελέτη Νοσοκομείο είναι το γεγονός πως οι περισσότεροι εργαζόμενοι βρίσκονται σε νεαρή ηλικία (σχετικά νέο σε λειτουργία) και γι' αυτό το

λόγο οι μακροχρόνιες απουσίες λόγω αδειών λοχειάς, μητρότητας και ανατροφής τέκνων είναι πολύ συχνές. Η κατάσταση αυτή δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού, καθώς όσοι απουσιάζουν δεν αντικαθίστανται από άλλα άτομα.

Οι ημέρες Νοσηλείας των δύο Παθολογικών κλινικών παρουσιάζουν μία αυξητική δυναμική τάση (αυξήθηκαν κατά 59% για την Α΄ και κατά 45% για τη Β΄ το 2007) που δικαιολογείται από το γεγονός ότι το υπό μελέτη είναι ένα σχετικά νέο Νοσοκομείο και γι' αυτό είχε όλες τις προϋποθέσεις για ανάπτυξη των παραγωγικών του δυνατοτήτων.

Ο αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών αυξήθηκε κατά 88% για την Α΄ Παθολογική και κατά 81% για τη Β΄, ενώ ο **μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευόμενων** από 21.01 για την Α΄ και 21.31 για τη Β΄ το 2000 κυμάνθηκε σε 33.41 και 30.95 αντίστοιχα για το 2007. Η αύξηση της κίνησης των ασθενών μπορεί να αποδοθεί:

- στις ποιοτικές μεταβολές που σημειώθηκαν στο επιστημονικό δυναμικό με τις προσλήψεις επικουρικών ιατρών
- στην προσπάθεια αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας μέσα από αλλαγές στον τρόπο διοίκησης των μονάδων και τη καλύτερη αξιοποίηση των υπαρχόντων συντελεστών.
- τη βελτίωση της επικοινωνίας των κλινικών με το εξωτερικό περιβάλλον του Νοσοκομείου.

Από το 2003 άρχισαν να υπερ-καλύπτονται κατά πολύ οι κλίνες των κλινικών (μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευόμενων 33.41 για την Α΄ και 30.95 για τη Β΄ για το 2007-διάγραμμα 5.15), μία κατάσταση που πιθανώς ερμηνεύεται από την αυξημένη ζήτηση και τη νοσηλεία ασθενών σε άλλους χώρους του Νοσοκομείου.

Από την εξέλιξη του δείκτη της **Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας** μπορούμε να διατυπώσουμε την άποψη ότι στην αρχή της λειτουργίας του το Νοσοκομείο εκμεταλλεύθηκε πλήρως το πλεονέκτημα του χαμηλού βαθμού ζήτησης υπηρεσιών υγείας, προσφέροντας άνετη διαμονή σε ένα εντελώς νέο και φιλικό ξενοδοχειακό περιβάλλον και δημιουργώντας έτσι τη φήμη και το κύρος ενός σύγχρονου Νοσοκομείου. Η νοσηλεία των ασθενών ίσως γινόταν περισσότερο με βάση τις κοινωνικές ανάγκες των ιδίων ή του συγγενικού τους περιβάλλοντος με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται

περισσότερες ημέρες, με ό,τι αυτό συνεπάγονταν στην λειτουργία του Νοσοκομείου. Η μέση μείωση του δείκτη, το 2007 και για τις δύο κλινικές, κατά 2.5 περίπου ημέρες ανά ασθενή υποδεικνύει μία πιο ορθολογική αντίληψη για την διαχείριση των περιστατικών, καθώς η διάρκεια νοσηλείας ενός ασθενή εξαρτάται από τις αντικειμενικές νοσηλευτικές του ανάγκες αλλά και από τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης του τμήματος στο οποίο νοσηλεύεται αφού η παραμονή σ' αυτό περισσότερο από το χρόνο που είναι αναγκαίος ένας δείκτης κακής απόδοσης.

Η μείωση του δείκτη μπορεί να αποδοθεί σε ένα νέο τρόπο διαχείρισης των ιατρικών περιστατικών, που προφανώς στηρίζεται σε αμιγώς ιατρικές και επιστημονικές και όχι σε κοινωνικές αρχές. Αυτό υποδηλώνει ότι οι Παθολογικές κλινικές στην πλειοψηφία τους αντιμετωπίζουν ουσιαστικά τα περιστατικά και δεν λειτουργούν απλά ως «διαμεσολαβητές», διακομίζοντάς τα σε άλλες κλινικές και Νοσοκομεία και ούτε τα διαχειρίζονται ως κλινικές «χρόνιων παθήσεων».

Η Πληρότητα των Παθολογικών κλινικών αυξήθηκε κατά πολύ (από 87.55% για την Α' και 88.78% για τη Β' το 2000 σε 133.65% και 128.96% το 2007 αντίστοιχα), γεγονός που δημιουργεί πλέον προβλήματα στην αποδοτικότητα τους. Η εξέλιξη αυτή του δείκτη, που ξεπερνά κατά πολύ το μέσο όρο του ποσοστού κάλυψης των ελληνικών νοσοκομείων (περίπου 70 %), αιτιολογείται από το γεγονός ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν οι κλινικές είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από την προσφορά και γι' αυτό αναζητούνται άλλες λύσεις προκειμένου να νοσηλευτούν περισσότερα άτομα. Όμως τα πολύ υψηλά ποσοστά πληρότητας (πάνω από 90%) που παρουσιάζονται για όλα τα έτη, δείχνουν ότι οι κλινικές είναι υποχρεωμένες να λειτουργούν υπερεντατικά γεγονός που διογκώνει το μεταβλητό τους κόστος και δημιουργεί την ανάγκη για υπερωρίες και διπλές βάρδιες. Σαν αποτέλεσμα οι κλινικές δεν μπορούν να εισέλθουν σε θετικές οικονομίες κλίμακας και να είναι αποδοτικές οικονομικά.

Σα γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι η βελτίωση της **αποδοτικότητας** που διαπιστώθηκε από τους δείκτες παραγωγικότητας-αποδοτικότητας των Παθολογικών κλινικών πιθανώς οφείλεται:

- στην ολοένα μεγαλύτερη αύξηση της ζήτησης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια
- στην εξειδίκευση του προσωπικού με την πάροδο του χρόνου

- στην αύξηση του προσωπικού (νέες προσλήψεις) και κατά συνέπεια τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας
- στη χρησιμοποίηση νέων ιατρικών μεθόδων, με συνέπεια τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και την αύξηση του ρυθμού εισροής ασθενών
- στην αποδοχή εκ μέρους των νοσηλευόμενων των ιατρικο-νοσηλευτικών χρησιμοποιούμενων μεθόδων, λόγω του επιπέδου πληροφόρησης που διαθέτουν με το πέρασμα των ετών (ενημέρωση από τηλεόραση, internet κ.ά.).

Παρά όμως τις παραπάνω διαπιστώσεις παρατηρήσαμε **διαφορές** μεταξύ των δύο Παθολογικών κλινικών στους παρακάτω δείκτες:

Οι **τακτικές εισαγωγές** είναι περισσότερες για τη Β΄ Παθολογική κλινική σε όλα τα έτη μελέτης, ιδιαίτερα όμως για τα έτη 2002-2003-2004, όχι όμως για το 2005 που συνέβη το αντίστροφο. Αυτό πιθανώς οφείλεται στη διαφορετική πολιτική αντιμετώπισης των περιστατικών που χρήζουν παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και της τακτικής για τη διαχείριση των κλινών που ακολουθεί η εν λόγω κλινική. Η πολιτική αυτή ήταν η ίδια για όλα τα έτη παρόλο που το 2003 έχουμε αλλαγή της διοίκησής της (νέος διευθυντής). Όσον αφορά τις **επείγουσες εισαγωγές** ασθενών υπάρχει κάποια διαφοροποίηση μεταξύ των κλινικών, με περισσότερες να είναι αυτές της Β΄ Παθολογικής, χωρίς όμως η διαφορά να είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Σε γενικά πλαίσια οι **συνολικές εισαγωγές** των ασθενών κατά τη διάρκεια των επτά (7) υπό μελέτη ετών ήταν περισσότερες για τη Β΄ Παθολογική κλινική, εκτός από το έτος 2006, ενώ το 2007 οι δύο κλινικές είχαν τον ίδιο περίπου αριθμό τακτικών και επειγουσών εισαγωγών.

Η **πληρότητα** για τη Β΄ Παθολογική κλινική είναι ιδιαίτερα αυξημένη από το 2003 και μετά, γεγονός που δικαιολογείται από τις περισσότερες εισαγωγές ασθενών.

Η **Μέση Διάρκεια Νοσηλείας** ενώ ξεκίνησε το 2000 σε υψηλά επίπεδα (9.08 ημέρες/ασθενή για την Α΄ Παθολογική και 8.91 για τη Β΄) μειώθηκε και έφτασε στη μέση τιμή που επικρατεί στα Νοσοκομεία της Ελλάδος (6-6.5 ημέρες/ασθενή) το 2005 για την Α΄ Παθολογική και το 2004 για τη Β΄. Η μείωση του δείκτη και η σωστότερη αντιμετώπιση των ιατρικών περιστατικών οφείλονται προφανώς, στις ποιοτικές μεταβολές (ανθρώπινο δυναμικό, σχεδιασμός κλπ) που σημειώθηκαν στο εσωτερικό περιβάλλον των κλινικών και τις προτεραιότητες που έθεσαν οι διευθυντές τους. Με τη

πάροδο όμως των ετών οι δείκτες αυτοί αυξήθηκαν ξανά, με μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται στη Β΄ Παθολογική το 2006 (8.24 ημέρες/ασθενή) και στη συνέχεια στην Α΄ το 2007 (7.78).

Ο **ρυθμός εισροής ασθενών** μειώθηκε το 2002 λόγω της αντίστοιχης μείωσης της πληρότητας που παρατηρήθηκε και στις δύο Παθολογικές κλινικές. Στη συνέχεια όμως παρουσιάζεται μεγάλη αύξηση του δείκτη, η οποία είναι πιο έντονη στη Β΄ Παθολογική. Στην αύξηση αυτή οφείλεται και η μεγάλη πτώση του κατά το τελευταίο έτος (2007).

Ο δείκτης **Διάστημα εναλλαγής ασθενή** κινείται αντιστρόφως ανάλογα από το δείκτη ρυθμού εισροής ασθενών και αυτό ερμηνεύει τις διακυμάνσεις του (άνοδος το 2002, σταθερή μείωση τα επόμενα έτη, απότομη αυξητική μεταβολή για τη Β΄ Παθολογική κατά το 2007). Οι υψηλές τιμές του δείκτη υποδεικνύουν ότι είναι απαραίτητο να γίνει επαναπροσδιορισμός της λειτουργίας των υπό μελέτη κλινικών, εάν και η πορεία του δεν μπορεί να θεωρηθεί αρνητική για τη λειτουργία του Νοσοκομείου και αυτό διότι σε κλίνες που μένουν κενές φιλοξενούνται ασθενείς άλλων κλινικών (π.χ. πνευμονολογικά περιστατικά), μειώνοντας έτσι τη παρουσία «ράντζων» ιδιαίτερα τις ημέρες Γενικής Εφημερίας.

Μία σημαντική παρατήρηση για αυτόν τον δείκτη είναι η υψηλή τιμή που παρουσίασε το 2002 (11.19 ημέρες) για τη Β΄ Παθολογική κλινική εάν και η πληρότητά της για αυτό το έτος ήταν 102%. Η παρατήρηση αυτή μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι προφανώς οι κλίνες της ανωτέρω κλινικής χρησιμοποιούνται για τη φιλοξενία ιατρικών περιστατικών άλλων κλινικών. Η κατάσταση αυτή εξομαλύνθηκε στα επόμενα έτη φτάνοντας το 2007 σε 3.70 ημέρες (με αντίστοιχη πληρότητα 128.96%). Κατά το 2006 η τιμή του δείκτη έφτασε στην καλύτερή του τιμή για τη Β΄ Παθολογική κλινική (-0.45 ημέρες) αφού το ιδανικό είναι να κυμαίνεται ο δείκτης στη μοναδιαία τιμή, καθώς αφού εκφράζει τον υψηλό βαθμό αξιοποίησης των κλινών τότε η κάθε κλίνη δεν θα μένει κενή πάνω από ένα βράδυ.

Ο **Δείκτης θνητότητας** παρουσίασε υψηλές τιμές κατά τα έτη 2000, 2003, 2005 και 2007 ιδιαίτερα για την Α΄ Παθολογική παρόλο που είχε λιγότερους ασθενείς από τη Β΄.

6.2. Προτάσεις - προοπτικές

Οι Παθολογικές κλινικές όπως φάνηκε με την έρευνά μας βρίσκονται πλέον σε μία ανοδική πορεία ανάπτυξης. Έχοντας καλύψει τις βασικές παραγωγικές δυνατότητές τους θα πρέπει να αναζητήσουν τα λειτουργικά χαρακτηριστικά που θα τους δώσουν νέα ώθηση και δυναμική (π.χ. νέες εξειδικευμένες υπηρεσίες, ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών). Στόχος τους θα πρέπει να είναι η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν, μέσω της βελτίωσης της ποιότητας αυτών. Μερικές προτάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτό το στόχο και θα συντελέσουν στην περαιτέρω ανάπτυξη των υπηρεσιών τους είναι οι ακόλουθες:

Θα πρέπει να βρεθούν καθοριστικές – βοηθητικές παράμετροι που θα δώσουν νέα ώθηση στην αναπτυξιακή πορεία των κλινικών (ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών που παρέχονται, νέες ειδικεύσεις κ.ά.).

Είναι απαραίτητο, προκειμένου να γίνεται σωστή διαχείριση των περιστατικών, να γίνει επέκταση των κλινικών ώστε να υπάρξουν στο μέλλον περισσότερες κλίνες. Η επέκταση αυτή επιβάλλεται από τη μεγάλη ζήτηση, που διαπιστώθηκε απ' την ανάλυση των δεικτών και τα ποσοστά πληρότητας, για τις υπηρεσίες υγείας που αυτές προσφέρουν. Έτσι θα νοσηλεύονται περισσότεροι ασθενείς και δεν θα μεταφέρονται σε άλλες κλινικές ή Νοσοκομεία, θα μειωθούν οι λίστες αναμονής και θα βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Μία κλινική για να είναι οργανωμένη και να επιτυγχάνει τη σωστή διακίνηση των ασθενών είναι απαραίτητο να είναι επανδρωμένη με ικανοποιητικό αριθμό ανθρώπινου δυναμικού, ώστε να γίνεται ικανοποιητικά η παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Οργανωτικές προσπάθειες που δεν συνοδεύονται παράλληλα και από αύξηση του προσωπικού συνήθως αποτυγχάνουν.

Είναι απαραίτητη η οργανωτική και λειτουργική ανάπτυξη των Παθολογικών κλινικών προκειμένου να πραγματοποιηθεί βελτίωση στους παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας. Τέτοιοι είναι η ταχύτητα στη διακίνηση των ασθενών στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου, η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων που εμπλέκονται στη διαδικασία της νοσηλείας και η ποιότητα στην περίθαλψη.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας αποτελεί βασικό παράγοντα προγραμματισμού, καλής οργάνωσης και αξιολόγησης της νοσοκομειακής λειτουργίας. Με τη μείωση της θα αυξηθεί ο Ρυθμός Εισροής Ασθενών και έτσι η κάθε κλινική θα δέχεται μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

Στόχος των κλινικών πρέπει να είναι η μείωση του διαστήματος εναλλαγής ασθενών ώστε να περιοριστεί ο αριθμός των ημερών που μένει κενή μία κλίνη και κατά συνέπεια να αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων που θα τύχουν υγειονομικής περίθαλψης. Για να πραγματοποιηθεί αυτό είναι αναγκαίο να γίνει επαναπροσδιορισμός της λειτουργίας των κλινικών και της διαχείρισης των ιατρικών περιστατικών, ώστε να μην μένει κενή καμία κλίνη ούτε για μια ημέρα.

Σχετικά με το μεγάλο αριθμό των τακτικών εισαγωγών που διαπιστώθηκε για τη Β΄ Παθολογική κλινική θα μπορούσαμε να πούμε ότι ίσως είναι σκόπιμο να επανεξετάσει τις αρχές με τις οποίες ενεργεί για αυτές, καθώς η παραγωγικότητα και η ποιότητα θα αυξηθούν μέσα από τη σωστή αξιολόγηση των ιατρικών περιστατικών που χρήζουν νοσηλείας.

Θα πρέπει, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας των Παθολογικών κλινικών μελέτη του εσωτερικού περιβάλλοντος των κλινικών για ανίχνευση των προβλημάτων τους και προσπάθεια εύρεσης λύσεων.

Με αξιολόγηση του εξωτερικού περιβάλλοντος οι κλινικές θα μπορέσουν να αναπτυχθούν στις ανάγκες και στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και να εκπαιδευτούν σε νέες ιατρικές υπο-ειδικότητες.

Πρέπει να γίνεται μελέτη και ανάπτυξη για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας που δεν καλύπτονται από τις υφιστάμενες δομές των κλινικών.

Θα πρέπει να εκτιμηθούν οι σημερινοί δείκτες, να υπολογιστούν τα πιθανά περιθώρια βελτίωσης τους και να τεθούν στόχοι για αύξηση των τιμών τους μέσα στα επόμενα έτη.

Οι διοικήσεις των κλινικών είναι συνήθως στενά εξαρτημένες από το πλαίσιο διοίκησης των Νοσοκομείων που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων για στρατηγικής σημασίας θέματα και θέματα εισροών (π.χ. προσωπικό). Είναι όμως απαραίτητο να δοθούν στους διευθυντές των κλινικών ορισμένες πρωτοβουλίες σε διοικητικά θέματα, προκειμένου οι εργασίες τους να είναι πιο παραγωγικές.

Οι Διευθυντές των κλινικών θα πρέπει να προβούν σε προβλέψεις για το μέλλον με σταθερά και σωστά βήματα αντιμετώπισης των όποιων αντιδράσεων και προβλημάτων, αφού έχει πρώτα εντοπίσουν τις δυνάμεις και αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος αλλά και τις ευκαιρίες και απειλές του εξωτερικού περιβάλλοντος. Θα πρέπει όμως να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους που να είναι ικανοί να πραγματοποιηθούν με τις δεδομένες συνθήκες που επικρατούν.

Η θέσπιση κινήτρων – αντικινήτρων από τους Διευθυντές των κλινικών, ώστε να γίνεται απόδοση ευθυνών σε τυχόν λάθη και επιβράβευση στις σωστές δράσεις με παροχές ηθικού ή άλλου περιεχομένου (π.χ. τιμητική άδεια), θα δώσει στο ανθρώπινο δυναμικό την ώθηση που χρειάζεται για να καταβάλλει πιο συστηματική προσπάθεια για την αποδοτική λειτουργία των μονάδων του.

Να υπάρχει πολιτική ενθάρρυνσης του προσωπικού για συμμετοχή σε ερευνητικές δραστηριότητες των κλινικών και παρακίνηση για διαρκή εκπαίδευση και συμμετοχή σε σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια κ.λ.π.

Θα πρέπει να γίνεται κατάλληλη αξιοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού των κλινικών (ικανότητες, γνώσεις, δεξιότητες).

Είναι καλό να καθιερωθεί η σύνταξη ετησίου απολογισμού δράσης για κάθε κλινική, η αξιολόγηση αυτού και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων του στο υπόλοιπο προσωπικό του Νοσοκομείου.

Πρέπει να υπάρχει ένα έγκυρο και αξιόπιστο σύστημα ελέγχου και να γίνεται η πρόβλεψη του οικονομικού, ποιοτικού και κοινωνικού αποτελέσματος επισημαίνοντας τα κρίσιμα σημεία που μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα αυτό.

Μέσα από τη δημοσιοποίηση των λειτουργικών τους αποτελεσμάτων οι επαγγελματίες υγείας των κλινικών θα μπορούν να διδαχθούν από τις αποδοτικές διαδικασίες και τα λάθη τους.

Οι διευθυντές των κλινικών είναι καλό να καταρτίζουν προγράμματα επικοινωνίας τα οποία θα πρέπει να στηρίζονται κατά κύριο λόγο στη προβολή του ιατρικού τους έργου (π.χ. συνέδρια κ.ά). Μ' αυτό τον τρόπο το κοινό θα αποκτήσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις κλινικές και κατά συνέπεια στο Νοσοκομείο.

Πρέπει να γίνει κατανοητή η παραδοχή ότι η λειτουργία των Νοσοκομείων και ειδικά εκείνων της Περιφέρειας, συνδέεται άμεσα από το βαθμό εμπιστοσύνης που βιώνουν οι καταναλωτές υγείας για αυτά. Η σχέση εμπιστοσύνης του ασθενή προς τον επαγγελματία υγείας δημιουργείται κυρίως από τις γνώσεις που αυτός κατέχει, αλλά και από την προσωπικότητα του και τη διάθεσή του να προσφέρει.

Να αναπτυχθούν δραστηριότητες γύρω από τομείς που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την λειτουργία των κλινικών και την παραγωγή τους όπως π.χ. η αύξηση του χρόνου απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού με τους ασθενείς, η βελτίωση της επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον, η αύξηση της φήμης κλπ.

Οι Διευθυντές θα πρέπει να εμφυσήσουν στο προσωπικό των κλινικών τους την αντίληψη ότι η παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας είναι λειτούργημα και όχι επάγγελμα, ωθώντας τους έτσι να ξεφύγουν από τη δημοσιο-υπαλληλική νοοτροπία που πολλές φορές τους διακατέχει. Είναι καλό επίσης να θεσπίσει εβδομαδιαίες συναντήσεις μέσα από τις οποίες θα συζητούνται προβλήματα που κάθε φορά αντιμετωπίζουν.

Μία πρόταση μπορεί να είναι η υιοθέτηση μίας σχετικά νέας μορφής παροχής ιατρικών υπηρεσιών των Παθολογικών κλινικών, της κατ' οίκον νοσηλείας. Μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να γίνεται παρακολούθηση της υγείας ηλικιωμένων κυρίως ατόμων χωρίς να είναι απαραίτητη η πρόσβασή τους στο νοσοκομείο, είναι όμως μία πρόταση που απαιτεί πολύ καλή οργάνωση και γι' αυτό το λόγο είναι πολύ δύσκολη στην εφαρμογή της.

Η διαρκής αξιολόγηση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων που μπορούν να επιφέρουν οι παραπάνω προτάσεις πρέπει να έχουν ως τελικούς στόχους:

- α. την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών
- β. την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και εξειδικευμένων υπηρεσιών
- γ. την βελτίωση νοσηλευτικών και οικονομικών δεικτών
- δ. τη βελτίωση ικανοποίησης του χρήστη και της ποιότητας φροντίδας υγείας που παρέχουν
- ε. την ανάπτυξη σύγχρονων λειτουργιών και ανταγωνιστικότητας των κλινικών.

Σαν επίλογο θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι ο κλάδος υγείας αναμένεται να συνεχίσει τις αναπτυξιακές του τάσεις κατά τα επόμενα έτη λόγω των συνεχών εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης, της ανόδου του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων και της αύξησης του μέσου όρου ηλικίας. Οι μονάδες παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να αναζητούν διαρκώς τρόπους που θα ενισχύουν τη δυνατότητα επίτευξης θετικών οικονομικών κλίμακας και επέκτασης των δραστηριοτήτων τους, ώστε να αυξηθεί η παραγωγική τους ικανότητα και η ποιότητα στις υπηρεσίες που παρέχουν. Αυτό θα επιτευχθεί όμως μέσα από μια διαρκή αξιολόγηση η οποία θα οδηγήσει σε νέες προοπτικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- ο Αλετράς Β., Οικονομική ανάλυση λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων – μια οικονομετρική προσέγγιση (διδακτορική διατριβή), Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Τομέας Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής, Θεσσαλονίκη, 1997.
- ο Καριώτης Π., Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία, 1^η έκδοση, Αθήνα, 1992.
- ο Λιαρόπουλος Λ. (2007): Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2007.
- ο Λυκούρα Ε., «Αξιολόγηση Εξαγορών στο χώρο της υγείας: η περίπτωση του Ιασώ General A.E.», μεταπτυχιακή εργασία, 2007.
- ο Ν.1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ143, Αθήνα, 7-10-1983.
- ο Ν.2889/2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 37, Αθήνα, 2-3-01, άρθρο 1, παρ.1 & 4, άρθρο 4, παρ. 4.
- ο Πολύζος Ν., Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια περίθαλψη, Υπουργείο Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1994, κεφάλαιο 4^ο.
- ο Σούλης Σ., Οικονομική της Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1998.
- ο «Σύγχρονα εργαλεία Μάνατζμεντ Νοσοκομείων», Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης, Τομέας Δημοσίου Μάνατζμεντ, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης.
- ο Τσιλώνης Κ., Εκτίμηση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.: μια οικονομετρική προσέγγιση, μεταπτυχιακή εργασία, 2005.
- ο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 3^ο Κοινοτικό πλαίσιο στήριξης, επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοια», Αθήνα, 2000.

Ξένη

- Anna Garcia-Altes, Zonco L., Borrel C., Plasencia A., Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts, *Gac Sanit.*, 2006, 20(4):316-24.
- Cochrane A.L., Effectiveness and Efficiency – random reflections on health services, London: Nuffield Provincial Hostitals Trust, 1972: 20-77.
- Douglas G., Baigelman W. & Wilson I., Hospital economics of the hospital health services research, *Health services research*, June 2008, 38:3.
- Lichtig L.K., Weinberg R.M., Knauf R.A. & Vogenberg F.R., Measuring clinical effectiveness using common hospital data, *P & T*, May 2004, Vol.29, No 5.
- Myers BA: A guide to medical care administration. Concepts and principles, Washington: APHA, 1969.
- Performance indicator in community health:development of a process, Final project report , February 2002.
- Steinmann L., Dittrich G., Karmann A., Zweifel P., Measuring and comparing the (in) efficiency of German and Swiss Hospitals, *European Journal of Economis*, 2004, 5:216-226.
- Jefferson T., Vittorio D., Luke V., *Quality of systematic reviews of economic evaluations in health care*, *Jama*, June 2002, 287, No 21.
- Vuori H.V., Quality Assurance of Health Services, Copenhagen:WHO, 1982:33-37.
- WHO: The efficiency of medical care:report of a study group, Technical Report Series, No 137. Geneva: WHO, 1967.
- WHO: Evaluation of health programmes, Geneva: WHO, 1981: 16-18.
- www.gspa.gr Δημόσια Διοίκηση/Εκσυγχρονισμός/Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας.