



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (MBA)**

Διπλωματική Εργασία

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΡΩΝ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΥΛΩΝΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ του ΚΩΝ/ΝΟΥ
EMBA - 1127**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΣΩΡΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

Αθήνα, 2014

Στους δικούς μου ανθρώπους

Διονυσία, Φωτεινή, Κώστα και Χάρη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΡΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μυλωνάς Αντώνιος

Σημαντικοί όροι: Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, αποδοτική χρήση πόρων, Μέσο κόστος, Μέση διάρκεια νοσηλείας, Πληρότητα, Ασθενείς, ημέρες νοσηλείας

Περίληψη

Η τελευταία 5ετία αποτέλεσε μια περίοδος έντονων αλλαγών για την Ελληνική πραγματικότητα. Μέσα από μια μεγάλη περίοδο οικονομικής προσαρμογής που διαρκεί ακόμα η Ελλάδα κλήθηκε να πραγματοποιήσει τεράστιες διαρθρωτικές αλλαγές πάντα με τον ίδιο σκοπό και στόχο. Την αποδοτικότερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων που διαθέτει ή παράγει σαν οικονομία. Προς την κατεύθυνση αυτή, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά διαρθρωτικών κινήσεων σε όλους τους τομείς της οικονομικοκοινωνικής ζωής. Ένας από αυτούς τους τομείς αποτέλεσε και ο δύσκολος χώρος της Υγείας. Ο χώρος της Υγείας λόγω της ευαίσθητης φύσης του κλήθηκε από τη μια να εξοικονομήσει περιττές δαπάνες, μειώνοντας το κόστος του και από την άλλη να διατηρήσει, αν όχι να αυξήσει, τις παροχές του προς τους πολίτες. Για να το επιτύχει αυτό, το 2011 ξεκίνησε μια διαδικασία συγκέντρωσης και καταγραφής όλων των διαθέσιμων στοιχείων και πληροφοριών, που μπορούν να δημιουργήσουν μια πλήρη εικόνα της σημερινής κατάστασης και να οδηγήσουν στην συνέχεια σε στοχευμένες παρεμβάσεις, που θα εξοικονομήσουν πόρους, χωρίς όμως να μειώσουν το επίπεδο παροχών και κατ' επέκτασης το επίπεδο υγείας των πολιτών. Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η παρουσίαση των βασικότερων ποιοτικών και οικονομικών μεγεθών, τα οποία συγκεντρώνει η χώρα μας και με τα οποία ενημερώνει επίσημα τα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως προς τις υποχρεώσεις της. Επιπρόσθετα, μέσω των στοιχείων αυτών εξάγει συνοπτικές παρατηρήσεις, μέσω των οποίων εντοπίζονται προβλήματα, για τα οποία γίνονται προτάσεις περαιτέρω βελτίωσης και εξορθολογισμού.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα, καθηγητή μου κ. Σώρρο Ιωάννη γιατί το πάθος που έχει για την επιστήμη του και η αμέριστη συμπαράστασή του, αποτελούν κίνητρα που σε οδηγούν να θες να επιτύχεις το καλύτερο που μπορείς να προσφέρεις στο χώρο σου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά όλο το διδακτικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος, διότι με τις διαλέξεις και με τις συμβουλές τους καθ όλη τη διάρκεια του προγράμματος, καθώς και μετά από αυτό, με βοήθησαν στο να μπορέσω να ετοιμάσω καλύτερα την παρούσα εργασία δίνοντας μου παράλληλα εφόδια που θα αποτελούν τη βάση για την μελλοντική μου επαγγελματική επιτυχία

Επίσης μέσα από την παρούσα εργασία θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Ρόμπα Κωνσταντίνο. Η συμμετοχή, η βοήθεια και η υποστήριξη του καθ όλη τη διάρκεια του προγράμματος σπουδών έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη μιας σειράς στόχων μεταξύ των οποίων και η ολοκλήρωση του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού.

Τέλος το μεγαλύτερο ευχαριστώ το αφιερώνω στους πραγματικά δικούς μου ανθρώπους. Τον αδελφό μου χάρη που αποτέλεσε για μένα έμπνευση και κίνητρο να μην συμβιβάζομαι με τίποτα λιγότερο από αυτό που μπορούν να μου εξασφαλίσουν οι δυνατότητες μου. Στους γονείς μου Κώστα και Φωτεινή που μέσα από μια σειρά δυσκολιών έκαναν κάθε απαραίτητη θυσία προκειμένου να εξασφαλίσουν ότι οι δικές μου δυνατότητες θα γίνουν εργαλεία που θα με συντροφεύουν μια ζωή. Στη σύζυγο μου Διονυσία η οποία στάθηκε και στέκεται δίπλα μου στα πάντα, κάνοντας κάθε τι να φαντάζει εφικτό και εύκολο

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1. ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
1.1 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
1.2 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
1.3 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	23
1.4 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΥΥΚΑ.....	26
1.4.1 Κατάρτιση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής	26
1.4.2 Επικαιροποίηση του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής	29
1.4.3 Συμμόρφωση των ετήσιων προϋπολογισμών με το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής.....	30
1.4.4 Κατάρτιση και περιεχόμενο του ετήσιου Κρατικού Προϋπολογισμού.....	30
1.4.5 Πιστώσεις Προϋπολογισμού Υπουργείου Υγείας	34
2. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	37
2.1 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΥΓΙΟΥΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ	37
2.2 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΙΤΙΕΣ	39
2.3 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ	40
2.4 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	43
2.5 HIV/AIDS	45
2.6 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ, 2011-2015.....	46
2.7 ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΣΥ	48
2.8 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	50
3. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ	52
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	52
3.2. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ	55
3.3. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ	56
3.4. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	58
3.4.1. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.....	58
3.4.2. Σύνοψη σύγκρισης Μέσης διάρκειας Νοσηλείας.....	62
3.4.3. Πληρότητα Κλινών	64
3.4.4. Σύνοψη σύγκρισης Πληρότητα Κλινών	67
3.4.5. Ανθρώπινο Δυναμικό στην Υγεία	69
3.4.6. Σύνοψη σύγκρισης ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία.....	74
3.4.7. Εναλλαγή κλινών.....	77
3.4.8. Σύνοψη σύγκρισης εναλλαγής κλινών	80
3.4.9. Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	82
3.4.10. Σύνοψη ανάλυσης Διαγνωστικών εξετάσεων.....	85
3.4.11. Μέσος αριθμός χειρουργείων ανά ασθενή και ανά κλίνη.....	87
3.4.12. Σύνοψη σύγκρισης μέσου αριθμού χειρουργείων ανά ασθενή και ανά κλίνη.....	90
3.5. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	92
4. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ	94
4.1. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	94
4.2. ΜΕΣΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΑΝΑ ΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	97
4.2.1. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου.....	98
4.2.2. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου.....	99
4.2.3. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία δαπάνης.....	100
4.2.4. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία δαπάνης.....	101
4.2.5. Σύνοψη σύγκρισης μέσου συνολικού κόστους	102
4.3. ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑΛΩΣΕΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	104

4.3.1. Μέσο Κόστος αναλώσεων ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	105
4.3.2. Μέσο Κόστος αναλώσεων ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	107
4.3.3. Σύνοψη σύγκρισης μέσου συνολικού κόστους αναλώσεων.....	109
4.4. ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	110
4.4.1. Μέσο Κόστος Φαρμάκων ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	111
4.4.2. Μέσο Κόστος Φαρμάκων ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	113
4.4.3. Σύνοψη σύγκρισης μέσου κόστους Φαρμάκων.....	115
4.5. ΚΟΣΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	117
4.5.1. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	119
4.5.2. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	120
4.5.3. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	121
4.5.4. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	122
4.5.5. Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	123
4.5.6. Κόστος Υπηρεσιών καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου	124
4.5.7. Σύνοψη σύγκρισης μέσου κόστους Υπηρεσιών	125
5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ.....	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	138

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1:Οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με βάση τον Ν. το Π.Δ. 95/00 « Περί Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας » (ΦΕΚ/ 76/Α/2000)	15
Γράφημα 2: Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (2005-2010).....	38
Γράφημα 3: Προσδόκιμο ζωής και Προσδόκιμο υγιών χρόνων ζωής από την γέννηση κατά φύλλο για τα έτη 2008-2010 (Μ.Ο.)	39
Γράφημα 4: Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες	40
Γράφημα 5: Ισχαιμική Καρδιοπάθεια, δείκτες θνησιμότητας, 2010	41
Γράφημα 6: Παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων, δείκτες θνησιμότητας, 2010	42
Γράφημα 7 : Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις, Ελλάδα 1970 - 2011.....	43
Γράφημα 8:Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, 2010 και μείωση 1970 - 2010	44
Γράφημα 9: Ποσοστά εμφάνισης HIV και AIDS, 2010	45
Γράφημα 10: Διάγραμμα Ροής Πληροφοριών (αναμένεται να εφαρμοστεί)	52
Γράφημα 11 : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνια χρήση).....	60
Γράφημα 12: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνια χρήση).....	60
Γράφημα 13: Τάση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνια χρήση).....	61
Γράφημα 14: Τάση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνια χρήση).....	61
Γράφημα 15 : Πληρότητα κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνια χρήση).....	65
Γράφημα 16: Πληρότητα κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνια χρήση)	65
Γράφημα 17: Τάση Πληρότητας κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνια χρήση).....	66
Γράφημα 18: Τάση Πληρότητας κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνια χρήση).....	66

Γράφημα 19: Ιατρικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	70
Γράφημα 20: Ιατρικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	70
Γράφημα 21: Νοσηλευόμενοι ασθενείς ανά Ιατρικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	71
Γράφημα 22: Νοσηλευόμενοι ασθενείς ανά Ιατρικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	71
Γράφημα 23: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	72
Γράφημα 24: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	72
Γράφημα 25: Νοσηλευόμενοι ασθενείς ανά Νοσηλευτικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	73
Γράφημα 26: Νοσηλευόμενοι ασθενείς ανά Νοσηλευτικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	73
Γράφημα 27: Ποσοστό εναλλαγής κλίνης για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση).....	79
Γράφημα 28: Ποσοστό εναλλαγής κλίνης για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση).....	79
Γράφημα 29: Μ.Ο. διαγνωστικών εξετάσεων ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	83
Γράφημα 30: Μ.Ο. διαγνωστικών εξετάσεων ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	83
Γράφημα 31: Διαγνωστικές εξετάσεις ανά κατηγορία τμήματος που πραγματοποιούνται για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση) 84	
Γράφημα 32: Διαγνωστικές εξετάσεις ανά κατηγορία τμήματος που πραγματοποιούνται για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση) ..	84
Γράφημα 33: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	88
Γράφημα 34: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	88
Γράφημα 35: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ιατρό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	89
Γράφημα 36: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ιατρό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	89
Γράφημα 37: Διάρθρωση κόστους για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση).....	96
Γράφημα 38: Διάρθρωση κόστους για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση).....	96
Γράφημα 39: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	98
Γράφημα 40: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	98
Γράφημα 41: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	99
Γράφημα 42: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	99
Γράφημα 43: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία δαπάνης για το 2012 (12μηνιαία χρήση).....	100

Γράφημα 44: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	100
Γράφημα 45: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία δαπάνης για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	101
Γράφημα 46: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία δαπάνης για το 2013 (7μηνιαία χρήση).....	101
Γράφημα 47: Μέσο κόστος για υλικά και φάρμακα ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	105
Γράφημα 48: Μέσο κόστος για υλικά και αναλώσιμα ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	105
Γράφημα 49: Τάση κόστους για υλικά και φάρμακα ανά ασθενή για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	106
Γράφημα 50: Τάση κόστους για υλικά και αναλώσιμα ανά ασθενή για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	106
Γράφημα 51: Μέσο κόστος για υλικά και φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	107
Γράφημα 52: Μέσο κόστος για υλικά και αναλώσιμα ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	107
Γράφημα 53: Τάση κόστους για υλικά και φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2012 (12μηνιαία χρήση).....	108
Γράφημα 54: Τάση κόστους για υλικά και αναλώσιμα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2013 (7μηνιαία χρήση).....	108
Γράφημα 55: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	111
Γράφημα 56: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	111
Γράφημα 57: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ασθενή για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	112
Γράφημα 58: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ασθενή για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	112
Γράφημα 59: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	113
Γράφημα 60: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	113
Γράφημα 61: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	114
Γράφημα 62: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	114
Γράφημα 63: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	119
Γράφημα 64: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	119
Γράφημα 65: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	120
Γράφημα 66: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	120
Γράφημα 67: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)	121
Γράφημα 68: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)	121

Γράφημα 69: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)	122
Γράφημα 70: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)	122
Γράφημα 71: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)	123
Γράφημα 72: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)	123
Γράφημα 73: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση).....	124
Γράφημα 74: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση).....	124

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1 : Κατανομή πιστώσεων κατά ειδικό φορέας	34
Πίνακας 2: Κατανομή πιστώσεων κατά μείζονα κατηγορία όλων των ειδικών φορέων.	35
Πίνακας 3 : Κατανομή πιστώσεων κατά ειδικό φορέας και μείζονα κατηγορία.....	36
Πίνακας 4 : Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (2005-2010)	37
Πίνακας 5: Κίνηση εξωτερικών ιατρικών στα δημόσια νοσοκομεία, 2009-2011	49
Πίνακας 6 : Συνοπτική Παρουσίαση των Λειτουργικών Δεικτών των Δημόσιων Νοσοκομείων για το 2012 (12μηνη χρήση).....	92
Πίνακας 7 : Συνοπτική Παρουσίαση των Λειτουργικών Δεικτών των Δημόσιων Νοσοκομείων για το 2013 (7μηνη χρήση).....	93
Πίνακας 8: Νοσηλευθέντες - Ημέρες Νοσηλείας	93

Εισαγωγή

Η Ελλάδα βρίσκεται από το 2009 αντιμέτωπη με μια οικονομική κρίση που επηρέασε όχι μόνο την ίδια αλλά το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κρίση αυτή, η οποία συνεχίζεται ακόμα και σήμερα διατηρώντας για μια 5ετία την οικονομική ζωή της χώρας σε υφεσιακές συνθήκες, δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστη σχεδόν καμία έκφανση της κοινωνικοπολιτικής και οικονομικής δραστηριότητας της. Ένας από αυτούς τους τομείς που επηρεάστηκαν άμεσα και δραματικά ήταν το σύστημα υγείας της χώρας.

Το Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα, εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά λόγω της ιδιαίτερης φύσης του (εκτενές νησιωτικό και Ηπειρώτικο δίκτυο κάλυψης πληθυσμού) καθώς και της ιδιαίτερης προνοιακής μέριμνας που παρείχε στο σύνολο των Ελλήνων πολιτών. Η ιδιαίτερη αυτή φύση είχε σαν συνέπεια την δημιουργία υψηλού κόστους υγειονομικής κάλυψης των Ελλήνων πολιτών εις βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

Με την έναρξη της δημοσιονομικής προσαρμογής το Εθνικό Σύστημα υγείας (ΕΣΥ), κλήθηκε να απορροφήσει μεγάλο μέρος της εξοικονόμησης που όφειλε να αναδείξει ο κρατικός προϋπολογισμός. Είναι χαρακτηριστικό, ότι οι δαπάνες για το ΕΣΥ ανέρχονταν για το 2008 σε 9,7 % του ΑΕΠ με το ποσοστό αυτό να διαμορφώνεται στο 6% μέσα στα επόμενα χρόνια.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η αποτύπωση της εξέλιξης των ποιοτικών και οικονομικών στοιχείων του ΕΣΥ, όπως αυτοί έχουν διαμορφωθεί στο υπάρχον πλαίσιο υφεσιακών συνθηκών και ελλειπούς χρηματοδότησης που έχει διαμορφωθεί στη χώρα μας.

Για την αποτύπωση αυτή, συγκεντρώθηκαν μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας καταγραφής στοιχείων του Υπουργείου Υγείας (ESYnet) οικονομικά και λειτουργικά δεδομένα. Τα δεδομένα αυτά, αν και αποτελούν τα επίσημα στοιχεία με τα οποία η χώρα μας ενημερώνει το σύνολο των Ευρωπαϊκών φορέων που έχουν αρμοδιότητα ελέγχου, δεν μπορούν να αποτελέσουν ακριβή συγκριτικά μεγέθη με αντίστοιχα μεγέθη άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Βασική αιτία της αδυναμίας αυτής αποτελούν οι ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας κάθε Συστήματος Υγείας συμπεριλαμβανομένου και

του Ελληνικού (Διαφορετικό ιδιοκτησιακό καθεστώς των δομών, διαφορετικό πλαίσιο κοινωνικής προστασίας της υγείας των πολιτών, διαφορετικό πλαίσιο ασφαλιστικής κάλυψης, κλπ) ο οποίος οδήγησε σε μεθόδους καταγραφής και επεξεργασίας που δεν ακολουθούν κάποιο γενικό Ευρωπαϊκό πλαίσιο. Σκοπός των στοιχείων αυτών είναι να αποτελέσουν μια σταθερή βάση αποτύπωσης του κόστους λειτουργίας και του παραγόμενου αποτελέσματος του Ελληνικού συστήματος Υγείας που θα μπορέσει μακροχρόνια να αποτυπώσει την εξέλιξή του .

Το ESYnet σαν εργαλείο καταγραφής δεδομένων ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2011. Λόγω της ιδιαίτερα εκτενούς φύσης του ΕΣΥ, καθώς και της πιλοτικής του εφαρμογής, τα δεδομένα του 201,1 τα οποία και συγκεντρώθηκαν, παρουσιάζουν ορισμένες ανακολουθίες, οι οποίες τα καθιστούν ανασφαλή ως προς τη χρήση τους και την αντιπαράβολή τους. Για τον λόγο αυτό, η παρούσα εργασία λαμβάνει υπόψη της τα οριστικοποιημένα και επίσημα οικονομικά και ποιοτικά στοιχεία της περιόδου Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2012 και Ιανουάριος – Ιούλιος 2013, όπως αυτά αποτυπώνονται στις επίσημες ενημερωτικές εκθέσεις που συντάσσει το Υπουργείο Υγείας προς τα τεχνικά κλιμάκια ελέγχου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η τρέχουσα περίοδος αποτύπωσης των στοιχείων δεν είναι βέβαια ολοκληρωμένη χρονικά περίοδο. Για να είναι εφικτή η σύγκριση δυο διαφορετικών χρονικών διαστημάτων, η παρουσίαση των στοιχείων γίνεται επί τη βάση των μέσων όρων ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, αποτυπώνοντας ουσιαστικά και στις δυο περιπτώσεις, όχι τόσο μια συγκριμένη χρονική περίοδο, αλλά την γενικότερη τάση που επικρατεί για κάθε κατηγορία δεδομένων. Από την συνολική αποτύπωση δεδομένων, έχουν εξαιρεθεί μια σειρά νοσοκομείων, που ενώ λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ, εντούτοις διαθέτουν μια σειρά από ειδικά χαρακτηριστικά που αλλοιώνουν το τελικό αποτέλεσμα παρουσιάζοντας ψευδή εικόνα. Τα νοσοκομεία αυτά είναι τα 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ, το Ωνάσειο, το ΓΝ Παπαγεωργίου, το ΓΝ Πατησίων, το ΓΝ Αγία Βαρβάρα και η Πολυκλινική.

Η εργασία διαρθρώνεται σε πέντε βασικά κεφάλαια . Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αποτύπωση των οργάνων διακυβέρνησης και άσκησης πολιτικών υγείας στην Ελλάδα, καθώς και ο τρόπος σύνταξης προϋπολογισμού, ο οποίος αποτελεί την βασική χρηματοδοτική πηγή του ΕΣΥ. Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μια αποτύπωση της κατάστασης υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Σκοπός του κεφαλαίου αυτού

είναι να δοθεί μια εικόνα του Υγειονομικού προφίλ των Ελλήνων, όπως αυτό έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα. Το τρίτο κεφάλαιο αποτυπώνει τους λειτουργικούς και ποιοτικούς δείκτες που χαρακτηρίζουν το ΕΣΥ. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται μια σειρά από δείκτες, όπως είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, η πληρότητα των διαθέσιμων κλινών, ο ρυθμός ανακύκλωσης των ασθενών και το σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων και των χειρουργείων που πραγματοποιούνται στο ΕΣΥ με σκοπό την αποτύπωση της ποιοτικής αξιοποίησης των παραγωγικών πόρων και των διαθέσιμων χρηματοδοτήσεων. Το τέταρτο κεφάλαιο αποτυπώνει τα οικονομικά στοιχεία των μονάδων υγείας του ΕΣΥ. Η αποτύπωση πραγματοποιείται με μια σειρά δεικτών, όπως το μέσο συνολικό κόστος, το μέσο κόστος φαρμακευτικής δαπάνης, μέσο κόστος αναλώσεων μέσο κόστος υπηρεσιών κλπ. Οι δείκτες αυτοί αποτυπώνονται ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται σύνοψη των συμπερασμάτων των κεφαλαίων που ακολούθησαν καθώς και παρουσίαση προτάσεων για την περαιτέρω βελτίωση των δεικτών στο ΕΣΥ και λύσεων για την επίλυση προβλημάτων που συνεχίζουν να υφίστανται.

1. Διακυβέρνηση και άσκηση πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα

1.1 Σχετικά με το Υπουργείο Υγείας¹

Το Υπουργείο

Το Υπουργείο Υγείας εδρεύει στην οδό Αριστοτέλους 17 στην Αθήνα. Είναι το 10ο στη σειρά τάξης των Υπουργείων, σύμφωνα με την απόφαση Υ4/21.6.2012 του Πρωθυπουργού.

Όραμα

Η καλύτερη υγεία για όλους τους Έλληνες πολίτες.

Αποστολή

Αποστολή του Υπουργείου Υγείας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία, που περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας, στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

¹ Τα στοιχεία και οι πληροφορίες που αναφέρονται στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώθηκαν αρχικά στο ΠΔ 95 (ΦΕΚ 76/Α/10-3-2000) και επικαιροποιήθηκαν στη συνέχεια με διαφόρους νόμους που τροποποίησαν κατά βάση τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας. Στην σημερινή του μορφή το Υπουργείο Υγείας σε σύγκριση με το πλαίσιο που έθετε το ΠΔ 95/2000 δεν έχει πλέον τη μέριμνα για την πρόνοια του πληθυσμού με αποτέλεσμα την τροποποίηση και του τίτλου του από Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε Υπουργείο Υγείας. Παράλληλα λόγω των αυξημένων μνημονικών υποχρεώσεων της χώρας δημιουργήθηκε σε όλα τα Υπουργεία συμπεριλαμβανομένου και του Υπουργείου Υγείας Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών που επιφορτίζεται με το σύνολο των Οικονομικών Υποχρεώσεων του εκάστοτε Υπουργείου. Τέλος είναι σε διαδικασία η αναμόρφωση του συνόλου του οργανισμού του Υπουργείου Υγείας μέσω προσχεδίου το οποίο έχει κατατεθεί στο Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης.

- Την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.
- Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.
- Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

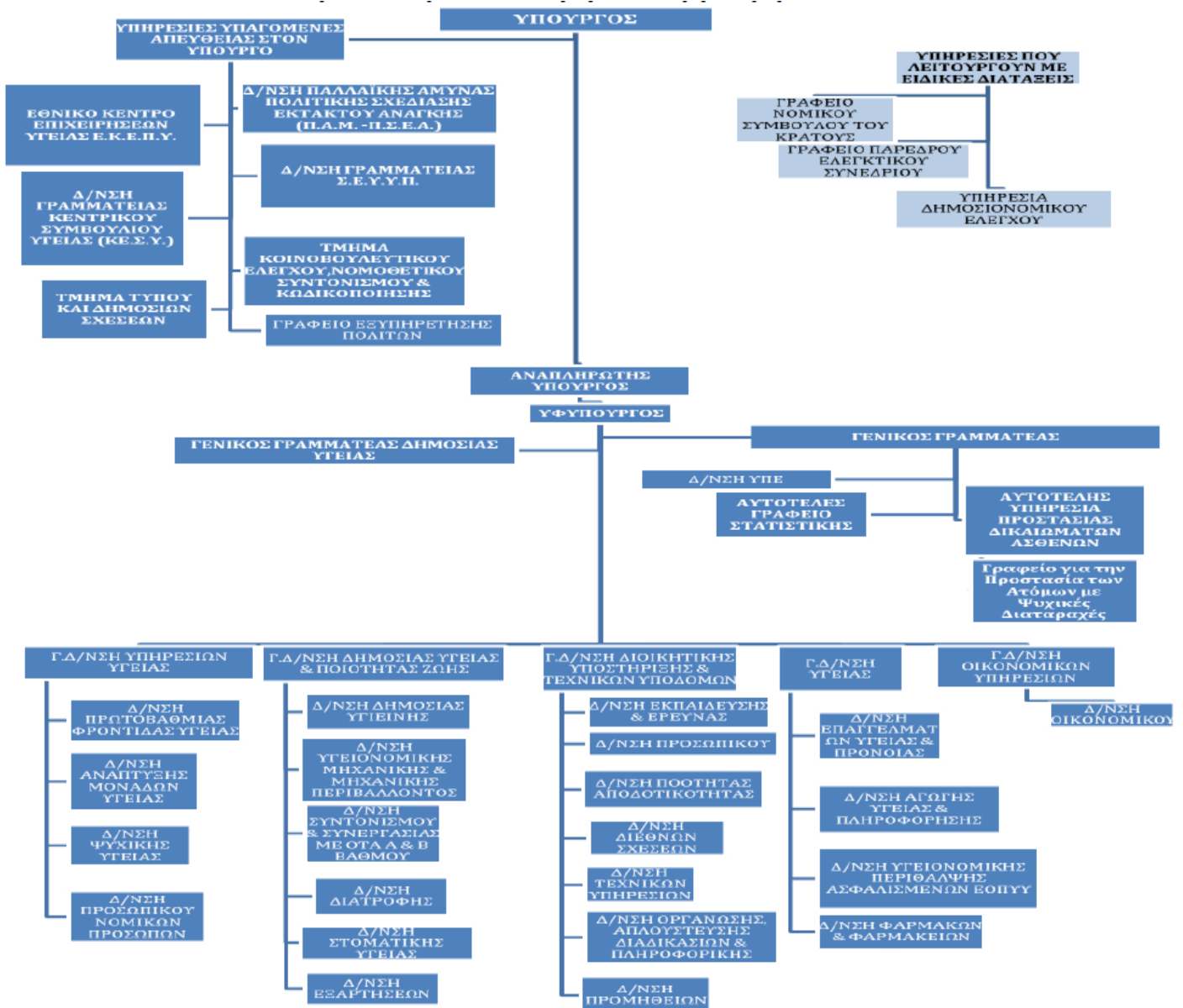
Ρόλος

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας, η Κεντρική Υπηρεσία είναι αρμόδια ιδιαίτερα για:

- Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
- Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
- Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
- Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς για τη χάραξη της κοινής κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

1.2 Οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας

Το οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας καθορίστηκε με το Π.Δ. 95/00 « Περί Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας » (ΦΕΚ/ 76/Α/2000) και εξακολουθεί να ισχύει έως σήμερα με την κάτωθι δομή



Γράφημα 1: Οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με βάση τον Ν. το Π.Δ. 95/00 « Περί Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας » (ΦΕΚ/ 76/Α/2000)

Ειδικότερα η Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας διαρθρώνεται σε Γενικές Διευθύνσεις, Διευθύνσεις, Τμήματα, Γραφεία, Αυτοτελείς Υπηρεσίες και Τμήματα ως εξής:

- Πολιτικό Γραφείο Υπουργού
- Πολιτικά Γραφεία Υφυπουργών
- Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας
- Γραφείο Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
- Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στον Υπουργό
- ❖ Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) με τους ακόλουθους τομείς και τμήματα
 - ↳ *Τομέας Υγειονομικού Φαρμακευτικού Ελέγχου*
 - ↳ *Τομέας Διοικητικού Οικονομικού Ελέγχου*
 - ↳ *Τομέας Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας*
 - ↳ *Τομέας Ελέγχου Καπνού και αλκοόλ*
 - ↳ Δ/ση Γραμματείας Σ.Ε.Υ.Υ.Π.
 - Γραμματεία Τομέα Υγειονομικού –Φαρμακευτικού Ελέγχου
 - Γραμματεία Τομέα Διοικητικού – Οικονομικού Ελέγχου
 - Γραμματεία Τομέα Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας
 - Γραμματεία Τομέα Ελέγχου Καπνού και αλκοόλ
- ❖ Δ/ση Παλλαϊκής Άμυνας – Πολιτικής Σχεδίασης Εκτάκτου Ανάγκης (Π.ΑΜ. – Π.Σ.Ε.Α.) η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Σχεδίασης Πολιτικής άμυνας Πολεμικής Περιόδου και Εκπαίδευσης
 - Σχεδίασης Πολιτικής Άμυνας Ειρηνικής Περιόδου
- ❖ Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων
- ❖ Τμήμα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, Νομοθετικού Συντονισμού & Κωδικοποίησης
- ❖ Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Οργάνωσης, Υποστήριξης και Παρακολούθησης Διαδικασιών
 - Υποστήριξης Κέντρου Επιχειρήσεων
- ❖ Δ/ση Γραμματείας Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Διοικητικής Υποστήριξης

- Επιστημονικής Τεκμηρίωσης
- ❖ Γραφείο Εξυπηρέτησης Πολιτών
- Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στον Γενικό Γραμματέα
 - ↳ Δ/ση Οργάνωσης και Υποστήριξης των Δ.Υ.ΠΕ.
 - ↳ Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών το οποίο περιλαμβάνει το ακόλουθο τμήμα:
 - Γραφείο για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές
 - ↳ Αυτοτελές Γραφείο Στατιστικής
 - ↳ Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης η οποία περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς
 - Μονάδα Α1: Στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού
 - Μονάδα Α2: Συντονισμού Εφαρμογής και Υποστήριξης της υλοποίησης
 - Μονάδα Β: Παρακολούθησης και Διαχείρισης Πράξεων:
 - Μονάδα Γ: Προεγκρίσεων και επιτόπιων επαληθεύσεων
 - Μονάδα Δ: Οργάνωσης και υποστήριξης
 - ↳ Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης η οποία περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς
 - Μονάδα Α: Προγραμματισμού, σχεδιασμού και ωρίμανσης πράξεων
 - Μονάδα Β1: Υλοποίηση πράξεων του Τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων ΕΣΠΑ 2007-2013
 - Μονάδα Β2: Υλοποίηση πράξεων του Τομέα Ψυχικής Υγείας των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων ΕΣΠΑ 2007-2013
 - Μονάδα Γ: Διοικητικής Υποστήριξης
- Υπηρεσίες Υγείας οι οποίες αποτελούνται από τις ακόλουθες Διευθύνσεις:
 - ❖ *Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας*, η οποία περιλαμβάνει τις εξής Διευθύνσεις:
 - ↳ *Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων,
 - Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα,
 - Κατάρτισης Προγραμμάτων
 - ↳ *Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας*, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Οργάνωσης Νοσοκομείων,
- Λειτουργίας Νοσοκομείων,
- Αιμοδοσίας
- Παροχής Άμεσης Βοήθειας,
- Ιδιωτικών Κλινικών
- Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, κλινικών μονάδων, Εργαστηρίων
- ↳ **Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας**, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Νοσοκομειακής Περίθαλψης
 - Εξωνοσοκομειακής Προστασίας
- ↳ **Διεύθυνση Προσωπικού Νομικών Πρόσωπων**, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Γιατρών Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ),
 - Επιστημονικού, Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού,
 - Γιατρών Υπόχρεων Υπηρεσίας Υπαίθρου,
 - Ειδικευομένων Ιατρών.
- ❖ **Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής**, η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες διευθύνσεις:
 - ↳ **Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής**, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Επιδημιολογίας Νοσημάτων,
 - Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας,
 - Υγειονομικών Κανονισμών Δημόσιας Υγείας,
 - Ιατρικής της Εργασίας,
 - Σχολικής Υγείας,
 - ↳ **Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος**, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Υγειονομικού Ελέγχου Υδάτων και Αποβλήτων,
 - Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης, Ραδιενέργειας, Ιοντιζουσών και μη Ακτινοβολιών,
 - Περιβαλλοντικής Υγιεινής Μονάδων Υγείας και Οικισμών,
 - ↳ **Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με τους Οργανισμούς Τοπικής αυτ/σης Α΄ και Β΄ βαθμού**, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Προγραμματισμού, Εποπτείας, Αξιολόγησης και Αναπτυξιακών Προγραμμάτων
 - Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

- Ανάπτυξης Ανθρώπινων Πόρων Τομέα Δημόσιας Υγείας
- ↳ **Διεύθυνση Στοματικής Υγείας, η οποία** περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Προαγωγής της Στοματικής Υγείας και Οδοντιατρικών Φορέων
 - Δημόσιας Οδοντιατρικής Φροντίδας
- ↳ **Διεύθυνση Διατροφής η οποία** περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Διατροφικής Πολιτικής
 - Δράσεων σε θέματα Διατροφής
 - Υποστήριξης Υπηρεσιών Διατροφής, Προβολής και Επικοινωνίας
- ↳ **Διεύθυνση Εξαρτήσεων, η οποία** περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Εξαρτησιογόνων ουσιών
 - Αντιμετώπισης Καπνίσματος και Αλκοολισμού
 - Ψυχικών Εξαρτήσεων Εξειδικευμένης Αντιμετώπισης
- ❖ **Γενική Διεύθυνση Υγείας, η οποία** περιλαμβάνει τις ακόλουθες διευθύνσεις:
 - ↳ **Διεύθυνση επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας** η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Ιατρικού και λοιπού Επιστημονικού Προσωπικού,
 - Νοσηλευτικού Προσωπικού,
 - Λοιπών Επαγγελματιών,
 - ↳ **Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης,** η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Προγραμματισμού, μελετών και αξιολόγησης,
 - Πληροφόρησης,
 - Τεχνικής Υποστήριξης Προγραμμάτων
 - ↳ **Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ,** η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Περίθαλψης ΕΟΠΥΥ,
 - Χρηματοδότησης ΕΟΠΥΥ,
 - ↳ **Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων,** η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Φαρμακευτικών Φορέων, Φαρμάκων και Καλλυντικών,
 - Φαρμακείων και Φαρμακαποθηκών,
 - Ναρκωτικών
 - Τιμών Φαρμάκων

❖ *Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών, η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες διευθύνσεις:*

↳ *Δ/ση Προσωπικού* η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Προσωπικού
- Τεχνικής Υποστήριξης
- Διοικητικής Μέριμνας και Αυτοκινήτων
- Συλλογικών Οργάνων
- Γραμματείας

↳ *Δ/ση Εκπαίδευσης και Έρευνας* η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Εκπαίδευσης
- Έρευνας
- Συνεχιζόμενης Κατάρτισης
- Βιβλιοθήκη

↳ *Δ/ση Οργάνωσης, Απλούστευσης Διαδικασιών και Πληροφορικής* η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Οργάνωσης
- Απλούστευσης Διαδικασιών
- Πληροφορικής

↳ *Δ/ση Διεθνών Σχέσεων* η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Ανάπτυξης Διεθνούς Συνεργασίας
- Ευρωπαϊκής Ένωσης και Νομοθετικής Εναρμόνισης
- Μεταφράσεων

↳ *Δ/ση Τεχνικών Υπηρεσιών* η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Προγραμματισμού και Εποπτείας έργων
- Μελετών και Προδιαγραφών
- Αξιοποίησης Περιουσίας, Κτηματολογίου και Τοπογραφήσεων
- Μελετών και Προδιαγραφών Βιοϊατρικής

↳ *Δ/ση Ποιότητας και Αποδοτικότητας*

- Ερευνών και Μετρήσεων Αποδοτικότητας
- Τεκμηρίωσης, Καλύτερων Πρακτικών και Διαχείρισης Παραπόνων

❖ *Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών, η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες διευθύνσεις:*

↳ *Δ/ση Οικονομικού* η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- Προϋπολογισμού και Οικονομικού Προγράμματος
- Δημοσίων Επενδύσεων
- Επεξεργασίας και Ελέγχου Προϋπολογισμών Νοσοκομείων
- Εκκαθάρισης Ελέγχου και Εντολών Πληρωμών Αποδοχών Προσωπικού Νοσοκομείων
- ↳ Δ/νση Προμηθειών, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:
 - Κατάρτισης Προγραμμάτων Προμηθειών
 - Εκτέλεσης Προμηθειών
 - Κοστολόγησης
 - Κεντρικής Αποθήκης Υλικού
- ❖ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα και τις ακόλουθες έδρες:
 - Γραφείο Εκπαίδευσης
 - Γραφείο Διαχείρισης Μετα/κών Προγραμμάτων
 - Γραφείο Φοιτητικής Μέριμνας
 - Γραφείο Προσωπικού
 - Οικονομικό Τμήμα
 - Εκπαιδευτικό Τμήμα
 - Ειδικός Λογαριασμός Ερευνών
 - ΚΕΚ
 - Βιβλιοθήκη
 - Έδρα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής
 - Έδρα Παρασιτολογίας και Εντομολογίας
 - έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής
 - Έδρα Μικροβιολογίας και Ανοσοβιολογίας
 - Έδρα Διατροφής και Βιοχημείας
 - Έδρα Υγειονομικής Μηχανικής
 - Έδρα Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας
 - Έδρα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής
 - Έδρα Ιατρικής Οικονομίας
 - Έδρα Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας
 - Έδρα Κοινωνιολογίας
 - Έδρα Κτηνιατρικής
- Υπηρεσίες Υγείας που λειτουργούν με ειδικές διατάξεις:

- ❖ *Γραφείο Νομικού Συμβούλου του Κράτους*
- ❖ *Γραφείο Παρέδρου*
- ❖ *Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1.3 Αρμοδιότητες του Οργάνων Διοίκησης του Υπουργείου Υγείας

Ο Υπουργός Υγείας:

α. προσδιορίζει επακριβώς την πολιτική του Υπουργείου, στο πλαίσιο των αποφάσεων του Υπουργικού Συμβουλίου και των λοιπών συλλογικών κυβερνητικών οργάνων.

β. συντονίζει την εφαρμογή της πολιτικής αυτής,

γ. εποπτεύει την εφαρμογή της από τις Υπηρεσίες του Υπουργείου, των οποίων προΐσταται και

δ. έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα της νομοθετικής πρωτοβουλίας και της πρότασης έκδοσης ατομικών και κανονιστικών διαταγμάτων ή της συνυπογραφής τους με άλλους Υπουργούς, Αναπληρωτές Υπουργούς και Υφυπουργούς.

Οι Υφυπουργοί Υγείας :

Ασκούν τις αρμοδιότητες, που τους μεταβιβάζονται κατά τις κείμενες διατάξεις με κοινές αποφάσεις του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Ο Υπουργός και οι Υφυπουργοί μπορούν να μεταβιβάζουν αρμοδιότητές τους, σε άλλα όργανα του Υπουργείου, κατά τις ισχύουσες διατάξεις.

Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας :

Προΐσταται αμέσως μετά τον Υπουργό και τους Υφυπουργούς των Υπηρεσιών του Υπουργείου κατά τις ισχύουσες διατάξεις, έχει την ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία τους και ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα, που του παρέχει ο νόμος ή του ανατίθεται βάσει νόμου.

Ο Γενικός Γραμματέας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγείται για τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα

πρόνοιας και έχει αρμοδιότητα για τις Διευθύνσεις όπως αυτές καθορίζονται από το Νόμο.

Οι Γενικές Διευθύνσεις :

Είναι αρμόδιες γενικά για: την παρακολούθηση, το συντονισμό της λειτουργίας και τον έλεγχο των Διευθύνσεων και Υπηρεσιών, που υπάγονται σε αυτές, την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων και υποθέσεων της αρμοδιότητάς τους, κατά τον προσφορότερο τρόπο. Είναι επίσης αρμόδιες, μεριμνούν και προβαίνουν:

1. Στη μελέτη και εισήγηση για την επίλυση των προβλημάτων της αρμοδιότητάς τους και στην παρακολούθηση, συντονισμό και έλεγχο του έργου τους.
2. Στην παροχή κατευθύνσεων και οδηγιών για τα θέματα της αρμοδιότητάς τους, για την επιτυχή εκπλήρωση της αποστολής τους.
3. Στην παρακολούθηση της επίλυσης των θεμάτων ή αιτημάτων, τα οποία υποβάλλουν άλλα Υπουργεία, Υπηρεσίες και Οργανισμοί για θέματα της αρμοδιότητά τους.
4. Στην παροχή των απαραίτητων στοιχείων και πληροφοριών της αρμοδιότητάς τους στα άλλα Υπουργεία, Υπηρεσίες και Οργανισμούς και στην παρακολούθησή τους, όπου απαιτείται, για τη χάραξη της γενικής πολιτικής τους και την αντιμετώπιση των παρουσιαζόμενων εκάστοτε προβλημάτων και υποθέσεών τους.
5. Στη σύνταξη των προτάσεων του ετήσιου προϋπολογισμού για την κάλυψη των αναγκών των Διευθύνσεων και Υπηρεσιών, οι οποίες υπάγονται σ' αυτήν και την παροχή των απαραίτητων στοιχείων στη Διεύθυνση Οικονομικού για τη σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού του Υπουργείου και του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων.

Οι Γενικές Διευθύνσεις στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους μεριμνούν για:

1. Την παρακολούθηση, μελέτη και έρευνα των υποθέσεων των θεμάτων και ζητημάτων, τα οποία σχετίζονται με τις ξένες Χώρες και τους Διεθνείς Οργανισμούς

με σκοπό την εκτίμηση της θέσης κάθε Χώρας και Διεθνούς Οργανισμού στη διεθνή κοινωνία και της σημασίας που έχουν για την Ελλάδα, για τη διαμόρφωση της ακολουθητέας πολιτικής στις διακρατικές σχέσεις, καθώς και για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την περιφρούρηση και εξασφάλιση των εθνικών και κρατικών συμφερόντων επί θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου.

2. Την προπαρασκευή, διαπραγμάτευση, σύμφωνα με τα καθοριζόμενα από το Σύνταγμα και τους ισχύοντες νόμους, ερμηνεία και εφαρμογή των διεθνών διμερών και πολυμερών Συμβάσεων, Συμφωνιών και γενικά των Διεθνών Πράξεων της αρμοδιότητάς τους και την ενημέρωση των άλλων Υπουργείων, Υπηρεσιών και Οργανισμών.

3. Τη συνεργασία με την Ειδική Υπηρεσία σχεδιασμού, τεκμηρίωσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης των ασκούμενων πολιτικών μεριμνούν για:

α. Τη μελέτη και εισήγηση, προκειμένου να προσδιορισθούν οι εθνικοί στόχοι και οι μέθοδοι για την επίτευξή τους.

β. Τη μελέτη και τον προσδιορισμό των συνεπειών στα προβλήματα και υποθέσεις της αρμοδιότητάς τους από την ακολουθούμενη ή ακολουθητέα πολιτική.

4. Τη μελέτη και σύνταξη σχεδίων, σε συνεργασία με τις άλλες συναρμόδιες Υπηρεσίες για:

α. Την προβολή της Ελλάδας στη διεθνή κοινότητα.

β. Την ενημέρωση των ξένων Κυβερνήσεων, των Διεθνών Οργανισμών, των φορέων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για θέματα που έχουν σχέση με την Ελλάδα και τις σημειούμενες εξελίξεις σε όλους τους τομείς της κρατικής δραστηριότητας και γενικά του εθνικού βίου.

1.4 Κατάρτιση και εκτέλεση Προϋπολογισμού ΥΥΚΑ

1.4.1 Κατάρτιση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής

Το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής συντάσσεται με την καθοδήγηση και εποπτεία του Υπουργού Οικονομικών και υποβάλλεται στο Υπουργικό Συμβούλιο για έγκριση το αργότερο μέχρι 15 Απριλίου. Μετά την έγκρισή του από το Υπουργικό Συμβούλιο, ο Υπουργός Οικονομικών το καταθέτει στη Βουλή για ψήφιση το αργότερο μέχρι 15 Μαΐου.

Η Βουλή επισκοπεί, συζητεί και ψηφίζει το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής. Ειδικότερα, αξιολογεί αν η κατάρτισή του έγινε σύμφωνα με τις δημοσιονομικές αρχές και ρυθμίσεις που ορίζονται από τον παρόντα νόμο και εγκρίνει τους μεσοπρόθεσμους στόχους για τα ελλείμματα της Γενικής Κυβέρνησης, του Κρατικού Προϋπολογισμού, του Κοινωνικού Προϋπολογισμού και των ενοποιημένων προϋπολογισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και το συνολικό και τα ανά φορέα της Κεντρικής Διοίκησης ανώτατα όρια για το έτος που αφορά ο Κρατικός Προϋπολογισμός.

Το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής περιέχει:

(α) Τους μεσοπρόθεσμους στόχους για τη Γενική Κυβέρνηση και τους επί μέρους φορείς της. Οι στόχοι αυτοί πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, χρονικά προσδιορισμένοι, περιεκτικοί και να καταρτίζονται ακολουθώντας την ίδια λογιστική βάση με του ετήσιου Κρατικού Προϋπολογισμού.

(β) Την περιγραφή και αξιολόγηση των μακροοικονομικών εξελίξεων και προοπτικών, συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων για τα δύο προηγούμενα έτη και των προβλέψεων για το τρέχον έτος, το έτος προϋπολογισμού και τα επόμενα τρία έτη των κύριων μακροοικονομικών δεικτών. Επίσης, στους δείκτες αυτούς συμπεριλαμβάνεται το ΑΕΠ και οι κύριες συνιστώσες του, ο δείκτης τιμών καταναλωτή, η απασχόληση και η ανεργία και το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών.

(γ) Την περιγραφή και αξιολόγηση των δημοσιονομικών εξελίξεων και προβλέψεων, συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων για τα προηγούμενα δύο έτη και των

προβλέψεων για το τρέχον έτος, το έτος προϋπολογισμού και τα επόμενα τρία έτη, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- σύγκριση των προϋπολογισθέντων κατανομών και αποτελεσμάτων, για το τρέχον έτος και τα προηγούμενα δύο οικονομικά έτη, συμπεριλαμβανομένων των εσόδων, των εξόδων, του υπολοίπου, της χρηματοδότησης και του χρέους,
- πρόβλεψη των εσόδων, των εξόδων, του ελλείμματος και χρέους της Γενικής Κυβέρνησης χωρίς να ληφθούν υπόψη τα κύρια μέτρα πολιτικής που προγραμματίζει η Κυβέρνηση στον ετήσιο προϋπολογισμό,
- κατάσταση όλων των κύριων μέτρων πολιτικής που προγραμματίζει να εισάγει η Κυβέρνηση στον επόμενο προϋπολογισμό και εκτίμηση του μεμονωμένου και συλλογικού αντίκτυπού τους επί του ελλείμματος και χρέους της Γενικής Κυβέρνησης,
- πρόβλεψη των εσόδων, των εξόδων, του ελλείμματος και του χρέους της Γενικής Κυβέρνησης λαμβανομένων υπόψη των κύριων μέτρων πολιτικής που προγραμματίζει η κυβέρνηση στον ετήσιο προϋπολογισμό.

(δ) Την κατάσταση όλων των υποκείμενων κύριων παραδοχών των οικονομικών και δημοσιονομικών προβλέψεων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται:

- ελαστικότητες και ποσοστά συμμόρφωσης για τις κύριες πηγές των εσόδων της Γενικής Κυβέρνησης,
- παραδοχές για τον αριθμό των εργαζόμενων στο Δημόσιο, όσων δικαιούνται παροχών και όσων λαμβάνουν σύνταξη και την τιμαριθμοποίηση των μισθών, συντάξεων, παροχών, αγορών αγαθών και υπηρεσιών και εξόδων επενδύσεων,
- επιτόκια για τις υφιστάμενες και τις νέες υποχρεώσεις της κυβέρνησης.

(ε) Την κατάσταση των κύριων πηγών κινδύνου για τις δημοσιονομικές προβλέψεις και του εκτιμώμενου αντίκτυπου των παρακάτω:

- της ανάλυσης της ευαισθησίας των δημοσιονομικών στόχων της Κυβέρνησης και άλλων συνόλων στις μεταβολές των κύριων οικονομικών παραδοχών των προβλέψεων και

- της εκτίμησης του δημοσιονομικού αντίκτυπου των κύριων πηγών δημοσιονομικού κινδύνου συμπεριλαμβανομένων των εγγυήσεων του Δημοσίου και άλλων ενδεχόμενων υποχρεώσεων.

(στ) Το στόχο για το χρηματικό υπόλοιπο της Γενικής Κυβέρνησης με κωδικοποίηση σε ειδικές κατηγορίες στόχων χρηματικού υπολοίπου για τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό και τον ενοποιημένο προϋπολογισμό των τοπικών αυτοδιοικήσεων για το έτος προϋπολογισμού και τα επόμενα τρία έτη.

(ζ) Το συνολικό ανώτατο όριο δαπανών για τον Κρατικό Προϋπολογισμό που παρατίθεται στο άρθρο 6Ε του παρόντος νόμου, που καλύπτει το οικονομικό έτος του προϋπολογισμού και τα τρία επόμενα οικονομικά έτη.

(η) Το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δαπανών για τον Κρατικό Προϋπολογισμό που περιέχει:

- εκτιμήσεις τακτικών δαπανών και δαπανών για επενδύσεις για κάθε Υπουργείο, για το έτος προϋπολογισμού και τα τρία επόμενα έτη που συνάδουν με το συνολικό ανώτατο όριο δαπανών,
- εκτιμήσεις του ύψους των μεταβιβάσεων από τον Κρατικό Προϋπολογισμό στην τοπική αυτοδιοίκηση, τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και τα νοσοκομεία (και σε άλλο φορέα κατά περίπτωση) για το έτος προϋπολογισμού και τα τρία επόμενα έτη,
- περιθώριο προγραμματισμού για την κάλυψη του κόστους μελλοντικών πολιτικών και σφαλμάτων στις προβλέψεις δαπανών για τα τρία έτη μετά το οικονομικό έτος, ύψους όχι μικρότερου του 1 και όχι μεγαλύτερου του 2 τοις εκατό των δαπανών του Κρατικού Προϋπολογισμού ενός δεδομένου οικονομικού έτους.

(θ) Τις εκτιμήσεις ακαθάριστων εξόδων, εσόδων, και ελλείμματος ή πλεονάσματος του Κοινωνικού Προϋπολογισμού του έτους του προϋπολογισμού και των τριών επόμενων ετών, ταξινομημένες επί τη βάση του σχεδίου του κύριου ασφαλιστικού φορέα και της ομαδοποίησης των νοσοκομείων που είναι συμβατές με το στόχο που αναφέρεται στην περίπτωση (γ).

(ι) Τις εκτιμήσεις ακαθάριστων εξόδων, εσόδων και ελλείμματος ή πλεονάσματος των ενοποιημένων προϋπολογισμών της τοπικής αυτοδιοίκησης για το έτος προϋπολογισμού και τα επόμενα τρία έτη που είναι συμβατές με το στόχο που αναφέρεται στην περίπτωση (γ).

(κ) Τη Διαβεβαίωση ότι, η λογιστική απεικόνιση των δημοσιονομικών δεικτών, στόχων και προβλέψεων μαζί με την εναρμόνιση των κύριων δημοσιονομικών συνόλων της Γενικής Κυβέρνησης, βασίζονται σε έννοιες και ταξινομήσεις του Ευρωπαϊκού Συστήματος Λογαριασμών του 1995 (ESA 95).

(λ) Τη Δήλωση συμμόρφωσης των προβλέψεων και στόχων του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής με τις αρχές και διαδικασίες που παρατίθενται σε αυτόν τον νόμο.

1.4.2 Επικαιροποίηση του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής

Ο Υπουργός Οικονομικών, εντός του Σεπτεμβρίου κάθε έτους, εφόσον από την ψήφιση του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής έχουν μεταβληθεί ουσιώδη στοιχεία των εκτιμήσεων και προβλέψεων αυτού, τα οποία επιδρούν στην κατάρτιση του προς κατάθεση προϋπολογισμού, υποβάλλει στη Βουλή προς ψήφιση επικαιροποιημένο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, κατά τη διαδικασία του προηγούμενου άρθρου. Η ψήφιση από τη Βουλή πρέπει να έχει ολοκληρωθεί εντός δέκα (10) ημερών από την κατάθεσή του.

Η Επικαιροποίηση του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής περιέχει, τουλάχιστον την επικαιροποίηση των εκτιμήσεων και προβλέψεων που περιέχονται στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής κάθε οικονομικού έτους, στις οποίες γίνεται αναφορά στο άρθρο 6Α του παρόντος νόμου.

1.4.3 Συμμόρφωση των ετήσιων προϋπολογισμών με το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής

Ο ετήσιος Κρατικός Προϋπολογισμός, ο Κοινωνικός Προϋπολογισμός, ο ενοποιημένος ετήσιος προϋπολογισμός τοπικής αυτοδιοίκησης, οι προσαρτημένοι στον Κρατικό Προϋπολογισμό, προϋπολογισμοί άλλων φορέων και κάθε άλλος ετήσιος προϋπολογισμός που αποτελεί μέρος του ετήσιου προϋπολογισμού της Γενικής Κυβέρνησης με τα προσαρτήματά του, καταρτίζεται, εγκρίνεται και εκτελείται σε απόλυτη συμμόρφωση προς τους δημοσιονομικούς στόχους και τις προβλέψεις που αναφέρονται στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής και στις ενδεχόμενες επικαιροποιήσεις του, σύμφωνα και με τις οδηγίες και εγκυκλίους του Υπουργού Οικονομικών.

1.4.4 Κατάρτιση και περιεχόμενο του ετήσιου Κρατικού Προϋπολογισμού.

Η κατάρτιση του ετήσιου Κρατικού Προϋπολογισμού γίνεται με τη μέθοδο του καθορισμού, εκ των προτέρων ανώτατων δεσμευτικών ορίων δαπανών, ανά φορέα της Κεντρικής Διοίκησης, εντός των οποίων και μόνο κατανέμονται οι δαπάνες των επί μέρους υποκειμένων φορέων.

Η διαδικασία κατάρτισης χωρίζεται σε ημερολογιακά στάδια και έχει ως εξής:

Ιανουάριο-Μάρτιο (Α Στάδιο): Καθορίζεται η Γενική Κυβερνητική Στρατηγική και συντάσσεται το Μεσοπρόθεσμο Δημοσιονομικό Πλαίσιο Στρατηγικής (ΜΔΠΣ).

Απρίλιο-Μάιο (Β Στάδιο): Εγκρίνεται το ΜΔΠΣ από το υπουργικό συμβούλιο και εγκρίνεται/ψηφίζεται από τη Βουλή.

Ιούνιο - Ιούλιο (Γ Στάδιο): Έναρξη διαδικασίας κρατικού προϋπολογισμού και ταυτόχρονη προετοιμασία του προϋπολογισμού των λοιπών φορέων Γενικής Κυβέρνησης.

Αύγουστο - Οκτώβριο (Δ Στάδιο): Διαπραγματεύσεις του υπουργείου οικονομικών με τα υπουργεία για τους προϋπολογισμούς τους και έγκαιρη προετοιμασία του κοινωνικού προϋπολογισμού.

Νοέμβριο - Δεκέμβριο (Ε Στάδιο): Κατάθεση και ψήφιση του κρατικού προϋπολογισμού από τη Βουλή με παράλληλη δημοσίευση του προϋπολογισμού των λοιπών φορέων της Γενικής Κυβέρνησης (Ασφαλιστικών Ταμείων, Νοσοκομείων, ΟΤΑ).

Στον ετήσιο Κρατικό Προϋπολογισμό περιλαμβάνονται:

- (α) οι προβλέψεις εσόδων και εξόδων για το οικονομικό έτος,
- (β) τα συνολικά ανώτατα όρια δαπανών για τον ετήσιο Κρατικό Προϋπολογισμό, όπως αυτά ορίζονται στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής και καλύπτουν τουλάχιστον τα δύο τρίτα (2/3) των δαπανών του ετήσιου Κρατικού Προϋπολογισμού. Από το όριο αυτό, εξαιρούνται οι δαπάνες εξυπηρέτησης του δημόσιου χρέους (χρεολύσια και τόκοι),
- (γ) τα ετήσια ανώτατα όρια δαπανών ανά φορέα Κεντρικής Διοίκησης και ανά μείζονα κατηγορία δαπανών,
- (δ) το ύψος αποθεματικού,
- (ε) η χρήση ενδεχόμενου πλεονάσματος,
- (στ) το μέγιστο ύψος δανεισμού, για το οποίο η Βουλή θα εξουσιοδοτήσει τον Υπουργό Οικονομικών να αναλάβει εκ μέρους του Δημοσίου,
- (ζ) η μεταφορά πόρων οποιουδήποτε είδους, όπως επιδοτήσεις και χρηματοδότηση προγραμμάτων της τοπικής αυτοδιοίκησης, αυτόνομων φορέων και ειδικών ταμείων, νομικών προσώπων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου περιλαμβανομένων κρατικών και δημοτικών επιχειρήσεων, καθώς και μη κυβερνητικών φορέων, ιδρυμάτων ή ιδιωτών,
- (η) οι εγγυήσεις του Δημοσίου που πρόκειται να δοθούν κατά τη διάρκεια του έτους,
- (θ) κατάσταση του ανεξόφλητου χρέους, εγγυήσεων και των δανειακών πράξεων της Γενικής Κυβέρνησης,
- (ι) το μέγιστο ύψος δανεισμού που ο Υπουργός Οικονομικών δύναται να εγκρίνει για τους λοιπούς φορείς της Γενικής Κυβέρνησης, περιλαμβανομένης της τοπικής αυτοδιοίκησης και των κρατικών επιχειρήσεων, κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους.

Όλες οι δημόσιες οικονομικές συναλλαγές της Γενικής Κυβέρνησης, τόσο ως προς τα έσοδα, όσο και ως προς τις δαπάνες, διαρθρώνονται και ταξινομούνται στην ίδια κατηγορία τόσο για τον προϋπολογισμό όσο και για τη λογιστική απεικόνιση. Οι ταξινομήσεις αυτές σχεδιάζονται, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και διαρθρώνονται κατά τρόπο, ώστε να διασφαλίζεται η περιεκτική παρουσίαση στον ετήσιο Κρατικό Προϋπολογισμό όλων των εσόδων και δαπανών και όλων των πιστώσεων που εγκρίνονται από την Βουλή.

Ο Προϋπολογισμός του 2012, το οποίο ήταν το δεύτερο έτος εφαρμογής του Προγράμματος Οικονομικής Πολιτικής, υλοποιήθηκε σε ένα ιδιόμορφο και ιδιαίτερα

δυσμενές δημοσιονομικά περιβάλλον, με κύριο χαρακτηριστικό την ανάδειξη των συνεπειών της κρίσης χρέους σε παγκόσμιο επίπεδο.

Για το 2012, η δημοσιονομική προσπάθεια για τη μείωση του ελλείμματος βασίστηκε:

- στην περαιτέρω μείωση των μη-μισθολογικών δαπανών των φορέων του Τακτικού Προϋπολογισμού σε σχέση με το 2011, με ιδιαίτερη αναφορά στον εξορθολογισμό των μεταβιβάσεων προς τους υποτομείς της Γενικής Κυβέρνησης και των επιχορηγήσεων στους φορείς εκτός Γενικής Κυβέρνησης,
- στον εξορθολογισμό του μισθολογικού κόστους με την πλήρη εφαρμογή του ενιαίου μισθολογίου και τη διεύρυνση του θεσμού της εργασιακής εφεδρείας στο σύνολο του δημόσιου τομέα,
- στην περαιτέρω υλοποίηση των διαρθρωτικών αλλαγών, κυρίως στους τομείς της δημόσιας διοίκησης, των υπηρεσιών υγείας, του ασφαλιστικού συστήματος, των δημοσίων επιχειρήσεων και των ΝΠΙΔ και ΝΠΔΔ,
- στην αναπροσαρμογή του φορολογικού πλαισίου, έτσι ώστε να καταστεί αποδοτικότερο κυρίως προς τη σύλληψη της διαφεύγουσας φορολογητέας ύλης,
- στην αναδιάρθρωση των φορέων του Δημοσίου, με συγχωνεύσεις ή καταργήσεις και
- στην ενδυνάμωση του τραπεζικού συστήματος με απώτερο στόχο την ενίσχυση της εξωστρέφειας και της ανταγωνιστικότητας της Ελληνικής οικονομίας.

Το 2013, η δημοσιονομική αυτή προσαρμογή, το μεγαλύτερο μέρος, της οποίας προέρχεται από το σκέλος των δαπανών συνεχίστηκε. Στο πλαίσιο αυτό, τα δημοσιονομικά μέτρα στο σκέλος των εσόδων του Προϋπολογισμού είναι περιορισμένα και αποσκοπούν, με στοχευμένες παρεμβάσεις, να συγκρατήσουν την υπερβολική πτώση των εσόδων που προκαλείται από την ύφεση της οικονομίας.

Την περίοδο 2011-2013, η εκτιμώμενη σωρευτική συρρίκνωση του ΑΕΠ ανέρχεται σε 18,7%, ενώ η μείωση των φορολογικών εσόδων σε 14,2% και ως εκ τούτου τα φορολογικά έσοδα ως ποσοστό του ΑΕΠ εκτιμάται ότι θα ανέλθουν στο 24,2% το 2013, έναντι 23,5% του ΑΕΠ το 2011. Αντίστοιχα, το σύνολο των εσόδων του Τακτικού Προϋπολογισμού από 26,6% του ΑΕΠ το 2011 προβλέπεται να ανέλθει στο 26,9% του ΑΕΠ το 2013. Τα επίπεδα αυτά, αν και εξακολουθούν να υπολείπονται σημαντικά, αρχίζουν να προσεγγίζουν σταδιακά τα μέσα επίπεδα εσόδων, ως

ποσοστό του ΑΕΠ που ισχύουν στις αναπτυγμένες χώρες της Ευρωζώνης και του ΟΟΣΑ. Η συνέχιση της σύγκλισης αυτής μεσοπρόθεσμα αναμένεται να συμβάλει στη μακροχρόνια βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1.4.5 Πιστώσεις Προϋπολογισμού Υπουργείου Υγείας

Οι πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας αποτελούν υποσύνολο του Κρατικού προϋπολογισμού, προσδιορίστηκαν με το Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο Δημοσιονομικής Σταθερότητας 2012-2015 και αναπροσαρμόστηκαν με το Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο Δημοσιονομικής Σταθερότητας 2013-2016. Το σύνολο των διαθέσιμων πιστώσεων επιμερίζονται ανά φορέα και κατηγορία δαπάνης διαμορφώνοντας τον Ετήσιο προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας. Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι κατανομές των πιστώσεων για το 2012 και για το 2013 τόσο κατά κατηγορία δαπάνης όσο και κατά ειδικό φορέα με ταυτόχρονη σύγκριση μεταξύ τους.

Κωδικός Αριθμός	Ονομασία	2012	2013	Μεταβολή του 2012 επί του 2013	Ποσοστό Διαφοροποίησης του 2012 επί του 2013
110	Κεντρική Υπηρεσία	30.652.500,00 €	22.094.000,00 €	-8.558.500,00 €	-27,92 €
210	Δαπάνες Υγείας	5.246.268.500,00 €*	4.777.102.000,00 €	-469.166.500,00 €	-8,94 €
230	Εθνική Αρχή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	322.000,00 €	150.000,00 €	-172.000,00 €	-53,42 €
240	Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.)	562.000,00 €	501.000,00 €	-61.000,00 €	-10,85 €
	Σύνολα	5.277.805.000,00 €	4.799.847.000,00 €	-477.958.000,00 €	-9,06 €

Πίνακας 1 : Κατανομή πιστώσεων κατά ειδικό φορέα

Κωδικός Αριθμός	Ονομασία	2012	2013	Μεταβολή του 2012 επί του 2013	Ποσοστό Διαφοροποίησης του 2012 επί του 2013
0001	Αποδοχές και συντάξεις	2.231.165.000,00 €	2.020.195.128,00 €	-210.969.872,00 €	-9,46 %
0002	Πρόσθετες και παρεπόμενες παροχές	483.650.000,00 €	342.697.757,00 €	-140.952.243,00 €	-29,14 %
0003	Καταναλωτικές και σύνθετες δαπάνες	27.226.000,00 €	14.562.700,00 €	-12.663.300,00 €	-46,51 %
0004	Μεταβιβαστικές πληρωμές	2.526.514.000,00 €	2.414.564.415,00 €	-111.949.585,00 €	-4,43 %
0005	Πληρωμές που αντικρίζονται από πραγματοποιούμενα έσοδα	9.250.000,00 €	7.827.000,00 €	-1.423.000,00 €	-15,38 %
	Σύνολα	5.277.805.000,00 €	4.799.847.000,00 €	-477.958.000,00 €	-9,06 %

Πίνακας 2: Κατανομή πιστώσεων κατά μείζονα κατηγορία όλων των ειδικών φορέων.

α/α	Κωδικός Αριθμός	Ονομασία	2012	2013	Μεταβολή του 2012 επί του 2013	Ποσοστό Διαφοροποίησης του 2012 επί του 2013
1α	110	Κεντρική Υπηρεσία	30.652.500,00 €	22.094.000,00 €	-8.558.500,00 €	-27,92 %
	0001	Αποδοχές και συντάξεις	26.800.000,00 €	18.890.000,00 €	-7.910.000,00 €	-29,51 %
	0002	Πρόσθετες και παρεπόμενες παροχές	1.010.500,00 €	624.000,00 €	-386.500,00 €	-38,25 %
	0003	Καταναλωτικές και σύνθετες δαπάνες	2.842.000,00 €	2.580.000,00 €	-262.000,00 €	-9,22 %
1β	210	Δαπάνες Υγείας	5.246.268.500,00 €	4.777.102.000,00 €	-469.166.500,00 €	-8,94 %
	0001	Αποδοχές και συντάξεις	2.203.800.000,00 €	2.000.770.128,00 €	-203.029.872,00 €	-9,21 %
	0002	Πρόσθετες και παρεπόμενες παροχές	482.614.500,00 €	342.067.757,00 €	-140.546.743,00 €	-29,12 %

	0003	Καταναλωτικές και σύνθετες δαπάνες	24.090.000,00 €	11.872.700,00 €	-12.217.300,00 €	-50,72 %
	0004	Μεταβιβαστικές πληρωμές	2.526.514.000,00 €	2.414.564.415,00 €	-111.949.585,00 €	-4,43 %
	0005	Πληρωμές που αντικρίζονται από πραγματοποιούμενα έσοδα	9.250.000,00 €	7.827.000,00 €	-1.423.000,00 €	-15,38 %
1γ	230	Εθνική Αρχή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	322.000,00 €	150.000,00 €	-172.000,00 €	-53,42 %
	0001	Αποδοχές και συντάξεις	180.000,00 €	150.000,00 €	-30.000,00 €	-16,67 %
	0002	Πρόσθετες και παρεπόμενες παροχές	10.000,00 €	0,00 €	-10.000,00 €	-100,00 %
	0003	Καταναλωτικές και σύνθετες δαπάνες	132.000,00 €	0,00 €	-132.000,00 €	-100,00 %
1δ	240	Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.)	562.000,00 €	501.000,00 €	-61.000,00 €	-10,85 %
	0001	Αποδοχές και συντάξεις	385.000,00 €	385.000,00 €	0,00 €	0,00 %
	0002	Πρόσθετες και παρεπόμενες παροχές	15.000,00 €	6.000,00 €	-9.000,00 €	-60,00 %
	0003	Καταναλωτικές και σύνθετες δαπάνες	162.000,00 €	110.000,00 €	-52.000,00 €	-32,10 %
		Σύνολα	5.277.805.000,00 €	4.799.847.000,00 €	-477.958.000,00 €	-9,06%

Πίνακας 3 : Κατανομή πιστώσεων κατά ειδικό φορέα και μείζονα κατηγορία

2. Αποτύπωση της κατάστασης Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι πιο πρόσφατες πληροφορίες για το επίπεδο υγείας των Ελλήνων. Περιλαμβάνει τη συνολική υγεία, τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, και τους βασικούς παράγοντες υγείας που επηρεάζουν τη κατάσταση υγείας. Το σύνολο των δεικτών, που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο, αναδεικνύουν τη πολυμορφία και πολυπλοκότητα των ζητημάτων του τομέα υγείας, στα οποία ένα σύστημα υγείας οφείλει να ανταποκρίνεται καθημερινά

2.1 Προσδόκιμο ζωής και προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά την γέννηση

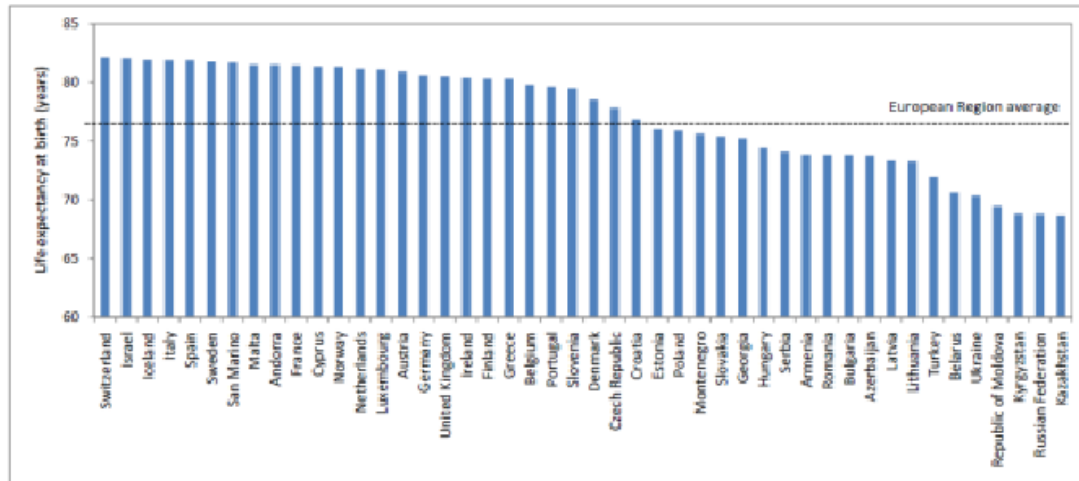
Το προσδόκιμο ζωής μετρά πόσο χρόνο, κατά μέσο όρο, οι άνθρωποι αναμένεται να ζήσουν με βάση ένα δεδομένο σύνολο ειδικών κατά ηλικία δεικτών θνησιμότητας. Ωστόσο, οι πραγματικοί κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας οποιασδήποτε **κοορτής** γεννήσεων δεν μπορούν να είναι γνωστοί εκ των προτέρων. Αν, οι κατά ηλικία, δείκτες θνησιμότητας μειώνονται (όπως συμβαίνει τα τελευταία χρόνια), η πραγματική διάρκεια ζωής θα είναι κατά μέσο όρο υψηλότερη από το προσδόκιμο ζωής, που υπολογίζεται με τους υφιστάμενους δείκτες θνησιμότητας.

Τα τελευταία χρόνια το προσδόκιμο ζωής για τους Έλληνες συνεχίζει να αυξάνεται (πίνακας 4). Το 2010 ήταν συνολικά 80,6 έτη, 78,4 για τους άνδρες και 82,8 για τις γυναίκες.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση	79,2	79,5	79,5	88,0	80,3	80,6
Άνδρες	76,8	77,2	77,5	77,7	77,8	78,4
Γυναίκες	81,6	81,9	81,8	82,3	82,7	82,8

Πίνακας 4 : Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (2005-2010)

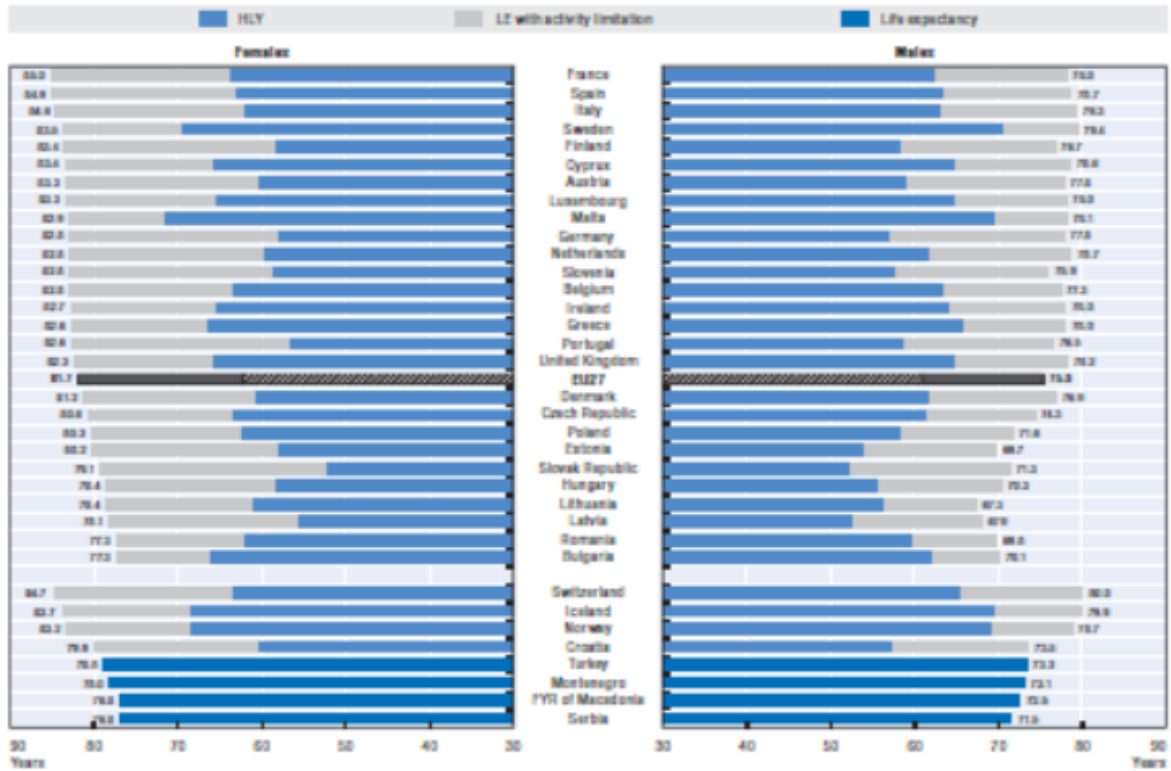
Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων κατά τη γέννηση είναι υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, όπως παρουσιάζεται και στο κατωτέρω διάγραμμα.



Source: European Health for All database (6).

Γράφημα 2: Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (2005-2010)

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και το ζήτημα της υγείας και της ποιότητας της ζωής στα πρόσθετα χρόνια ζωής έχει σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ευρώπη. Τα έτη υγιούς ζωής, κατά τη γέννηση, ορίζονται ως ο αριθμός των ετών ζωής που οι καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου δεν περιορίζονται από προβλήματα υγείας (ΟΟΣΑ, 2010). Την περίοδο 2008-2010, τα έτη υγιούς ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως παρουσιάζεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, ανέρχονταν σε 62,2 χρόνια για τις γυναίκες και τα 61,0 χρόνια για τους άνδρες, κατά μέσο όρο. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, όπως αυτά αποτυπώνονται στο διάγραμμα που ακολουθεί για το 2011, η διάρκεια υγιούς ζωής - κατά μέσο όρο - για τις Ελληνίδες είναι τα 66,9 έτη, ενώ για τους Έλληνες τα 66,4 έτη, γεγονός που κατατάσσουν τη χώρα μας στη τρίτη θέση της ευρωπαϊκής κατάταξης με 66,7 χρόνια κατά μέσο όρο για άνδρες και γυναίκες.



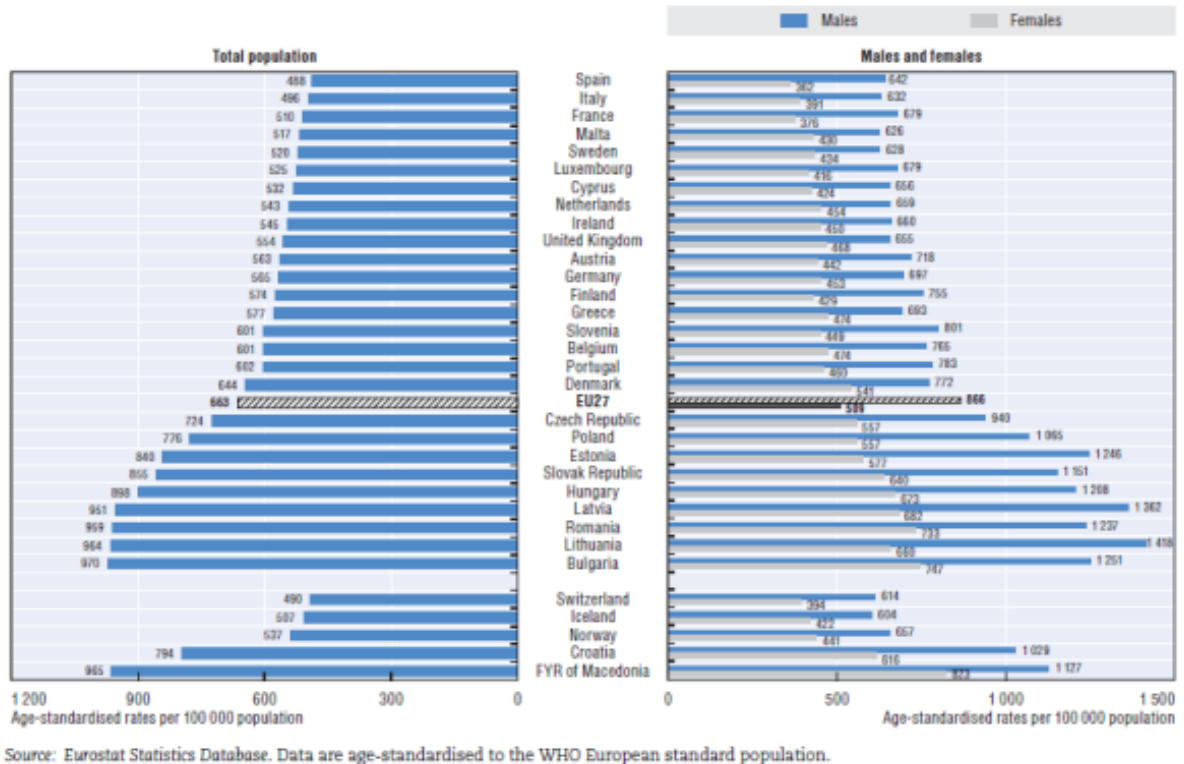
Source: Eurostat Statistical Database, Joint Action: EHEDES (2012).

Γράφημα 3: Προσδόκιο ζωής και Προσδόκιο υγιών χρόνων ζωής από την γέννηση κατά φύλλο για τα έτη 2008-2010 (Μ.Ο.)

2.2 Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες

Τα στατιστικά στοιχεία για τους θανάτους παραμένουν μία από τις ευρύτερες διαθέσιμες και συγκρίσιμες πηγές πληροφοριών για την υγεία. Η καταγραφή θανάτων είναι υποχρεωτική σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, και τα δεδομένα που συγκεντρώνονται μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις στατιστικές και υγειονομικές αρχές, τόσο για τη παρακολούθηση των ασθενειών και τη κατάσταση υγείας, όσο και για το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου να υπάρξει σύγκριση των επιπέδων θνησιμότητας, μεταξύ των χωρών και με τη πάροδο του χρόνου, τα δεδομένα θα πρέπει να είναι τυποποιημένα, ώστε να αφαιρεθεί η επίδραση των διαφορών στην ηλικιακή διάρθρωση. Η γενική θνησιμότητα, από όλες τις αιτίες, στην Ελλάδα το 2010, ήταν 577 ανά 100.000 πληθυσμού. Για τους άνδρες, η γενική θνησιμότητα ήταν 693 και για τις γυναίκες 474 ανά 100.000. Η Ελλάδα το 2010 είχε χαμηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας σε σχέση με τον μέσο όρο των 27 μελών της Ε.Ε. (577 έναντι 663 ανά 100.000).

Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη περιλαμβάνουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως (οι καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια) και τον καρκίνο και παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Γράφημα 4: Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες

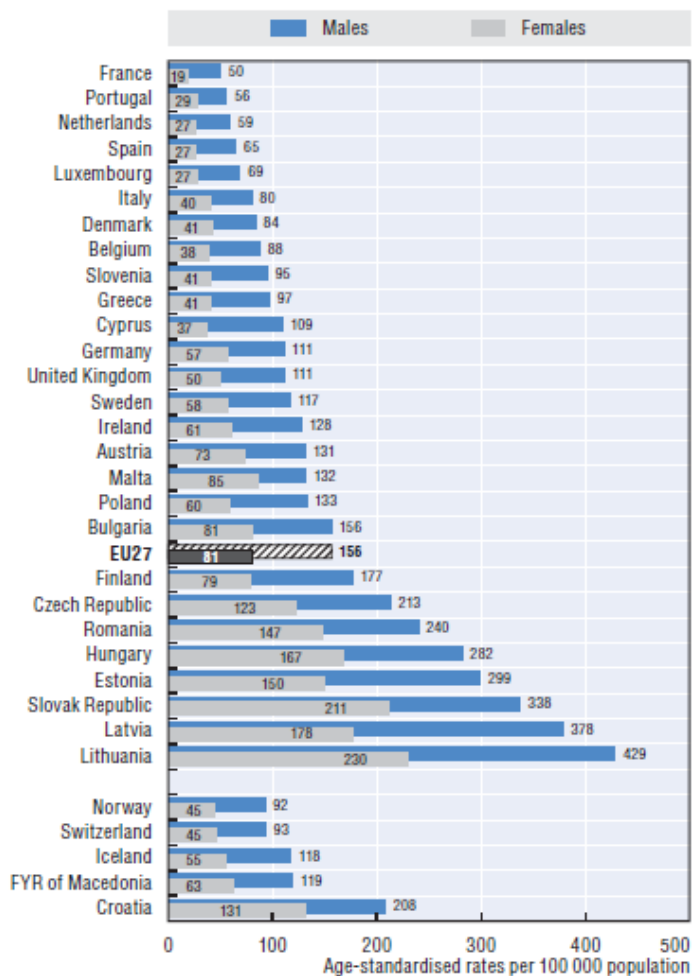
2.3 Θνησιμότητα από καρδιαγγειακή νόσο

Ο όρος καρδιαγγειακή πάθηση καλύπτει ένα σύνολο ασθενειών που σχετίζονται με το κυκλοφορικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων της ισχαιμικής καρδιοπάθειας (γνωστή και ως στεφανιαία νόσος) και των παθήσεων των εγκεφαλικών αγγείων (ή εγκεφαλικά επεισόδια). Η ισχαιμική καρδιοπάθεια προκαλείται από τη συσσώρευση λιπαρών ουσιών που στενεύουν το εσωτερικό τοίχωμα μιας στεφανιαίας αρτηρίας, περιορίζοντας τη ροή του αίματος και του οξυγόνου προς την καρδιά. Το εγκεφαλικό επεισόδιο αναφέρεται στην αιφνίδια διακοπή ροής του αίματος προς τον εγκέφαλο προκαλώντας μόνιμη βλάβη. Η διακοπή της ροής του αίματος μπορεί να προκληθεί

είτε από θρόμβους αίματος (ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο), είτε από αιμορραγία στον εγκέφαλο (αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο).

- Στοιχεία - διαγράμματα θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις για Ελλάδα, άνδρες - γυναίκες, ηλικία, σύγκριση με προηγούμενα έτη

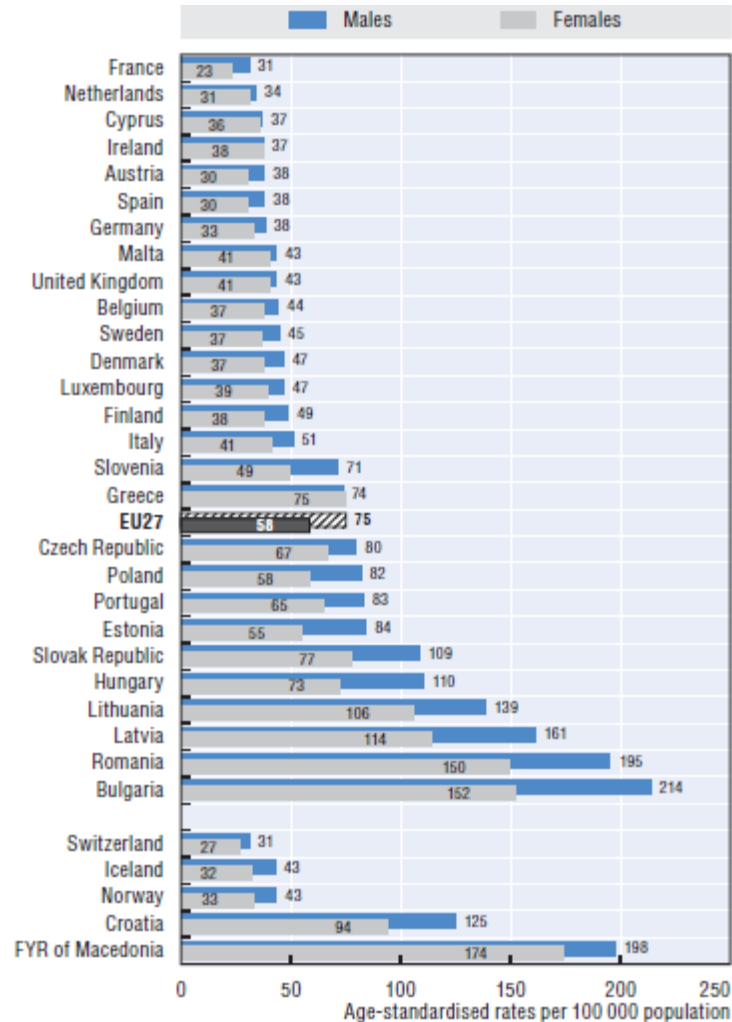
Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν τη κύρια αιτία θνησιμότητας σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη της ΕΕ, αντιπροσωπεύοντας το 36% του συνόλου των θανάτων στη περιοχή για το έτος 2010. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά ισχαιμικής καρδιοπάθειας μεταξύ των χωρών της ΕΕ, με την προτυπωμένη θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000 άτομα της ίδιας ηλικίας) από ισχαιμική καρδιοπάθεια να είναι 41 για τις γυναίκες και 97 για τους άνδρες (2010) όπως φαίνεται και από το παρακάτω γράφημα.



Source: Eurostat Statistics Database. Data are age-standardised to the WHO European standard population.

Γράφημα 5: Ισχαιμική Καρδιοπάθεια, δείκτες θνησιμότητας, 2010

Αντίθετα, ο δείκτης προτυπωμένης θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους από παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων πλησιάζει τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, και είναι 75 για τις γυναίκες και 74 για τους άνδρες (2010).



Source: Eurostat Statistics Database. Data are age-standardised to the WHO European standard population.

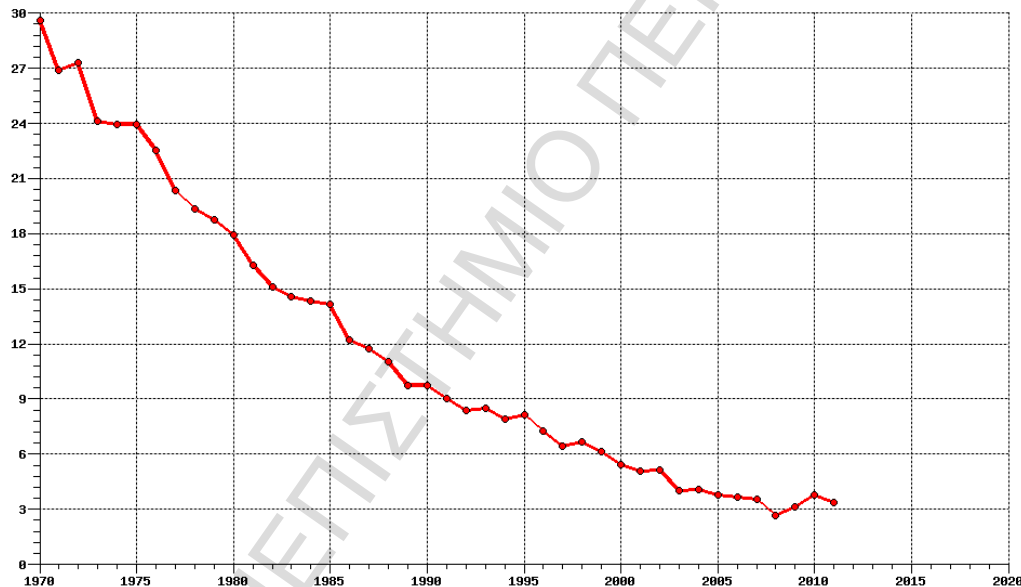
Γράφημα 6: Παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων, δείκτες θνησιμότητας, 2010

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα μπορούν σε μεγάλο βαθμό να προληφθούν. Στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνονται το κάπνισμα, η κακή διατροφή (ιδιαίτερα η αυξημένη κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών και πρόσληψης νατρίου), η σωματική αδράνεια, η παχυσαρκία, η υψηλή χοληστερόλη αίματος, η υψηλή αρτηριακή πίεση και ο ανεπαρκής ελεγχόμενος διαβήτης. Για εκείνους που πάσχουν από καρδιαγγειακή πάθηση, η έγκαιρη παρέμβαση και η αποτελεσματική διαχείριση μπορούν να περιορίσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

2.4 Βρεφική θνησιμότητα

Η βρεφική θνησιμότητα, ο αριθμός θανάτων βρεφών και παιδιών ηλικίας μικρότερης από ένα έτος, αντικατοπτρίζει την επίδραση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών στην υγεία των μητέρων και των νεογνών, καθώς και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

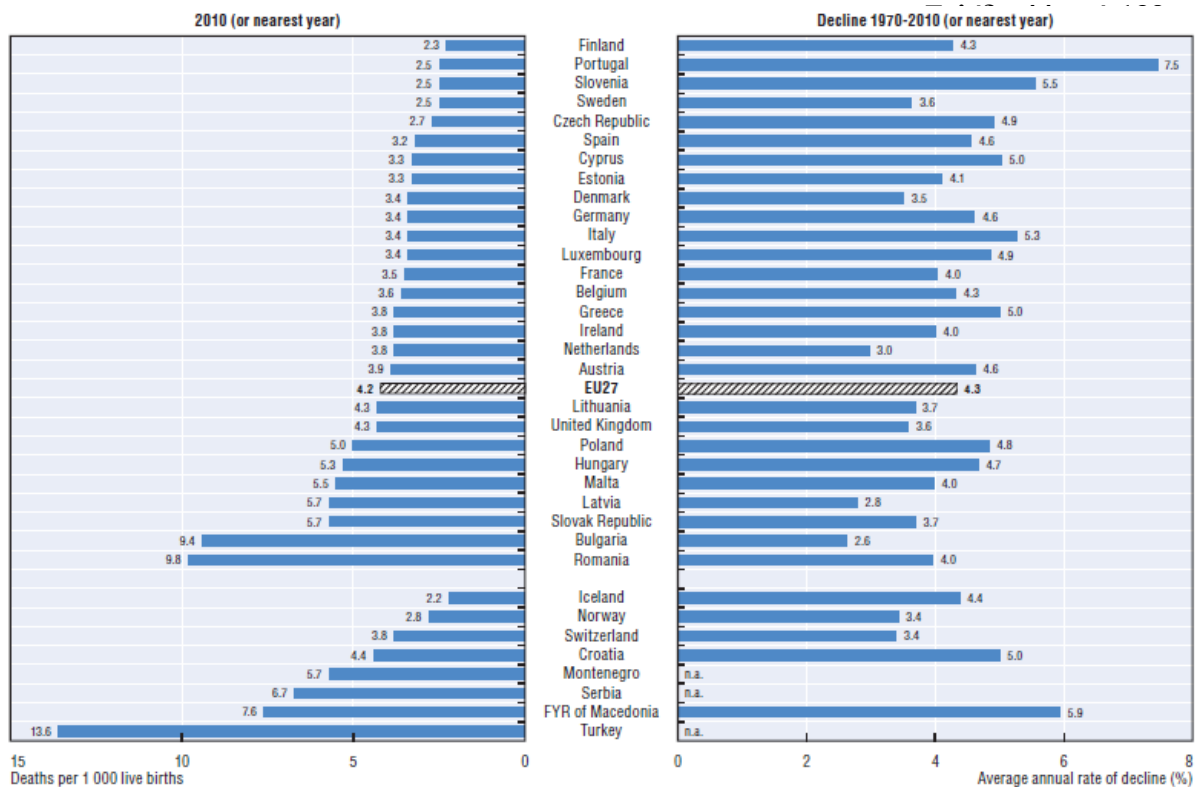
Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (αριθμός των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις) στην Ελλάδα σταδιακά μειώνεται, όπως φαίνεται και από το παρακάτω γράφημα, από 5,43 το 2000 σε 3,69 το 2006 και 3,35 το 2011.



Πηγή: Source: WHO/Europe, European HFA Database, Ιούλιος 2013

Γράφημα 7 : Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις, Ελλάδα 1970 - 2011

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας της Ελλάδας είναι χαμηλότερος (3,8) από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (4,2) για το 2010 (ή πλησιέστερο έτος), όπως παρουσιάζει το παρακάτω γράφημα.



Source: Eurostat Statistics Database.

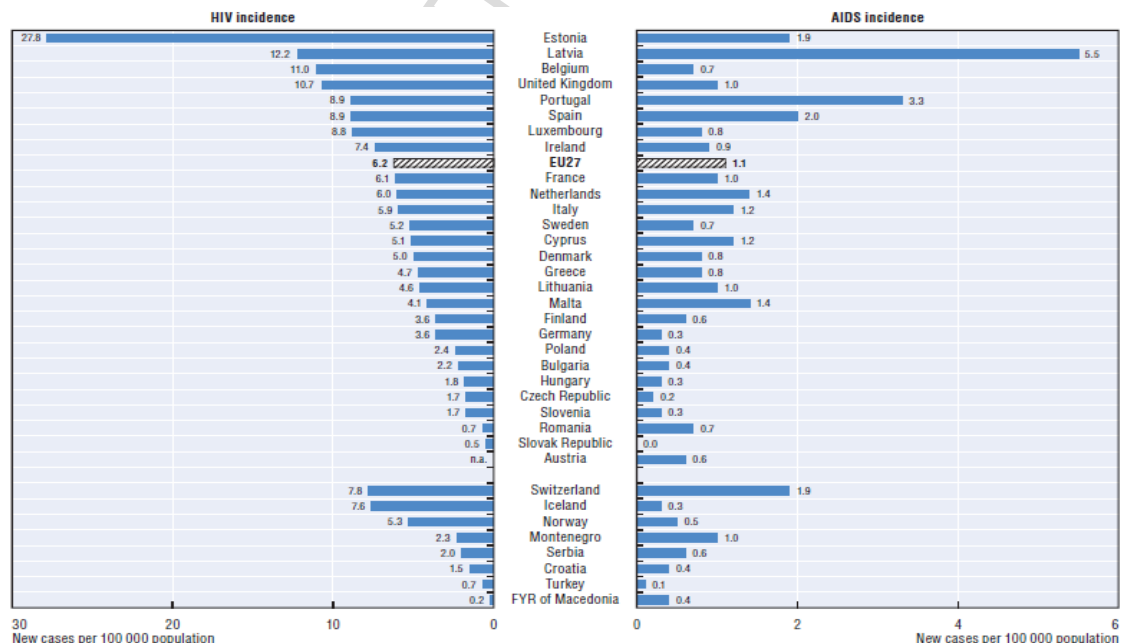
Γράφημα 8: Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, 2010 και μείωση 1970 - 2010

Πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας, ως αποτέλεσμα υγείας για να εξετάσουν την επίδραση διάφορων ιατρικών και μη ιατρικών καθοριστικών παραγόντων για την υγεία. Αν και οι περισσότερες αναλύσεις δείχνουν μια συνολική αρνητική σχέση μεταξύ της βρεφικής θνησιμότητας και των δαπανών για την υγεία, το γεγονός ότι ορισμένες χώρες με υψηλό επίπεδο δαπάνης για την υγεία δεν εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας υποδηλώνει ότι η αύξηση των δαπανών για την υγεία δεν οδηγεί απαραίτητα σε καλύτερα αποτελέσματα. Ένας αριθμός ερευνών δείχνει επίσης ότι πολλοί παράγοντες πέρα από την ποιότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, όπως η εισοδηματική ανισότητα, το κοινωνικό περιβάλλον, ο ατομικός τρόπος διαβίωσης και συμπεριφοράς, επηρεάζουν τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας (OECD, 2012).

2.5 HIV/AIDS

Τα πρώτα κρούσματα του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) διαγνώστηκαν πριν από περισσότερο από 30 χρόνια. Η εμφάνιση του AIDS οφείλεται στην λοίμωξη από τον Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV), και μπορεί να εκδηλωθεί όπως ένα πλήθος διαφορετικών ασθενειών, όπως η πνευμονία και η φυματίωση, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα δεν μπορεί πλέον να υπερασπιστεί το σώμα, καθιστώντας το ευαίσθητο σε ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασίες. Παρατηρείται μια χρονική υστέρηση ανάμεσα στη λοίμωξη HIV, τη διάγνωση του AIDS και τον θάνατο, που μπορεί να είναι οποιοσδήποτε αριθμός ετών ανάλογα με τη χορηγούμενη θεραπεία. Παρά την παγκόσμια έρευνα, δεν υπάρχει μέχρι σήμερα καμία διαθέσιμη θεραπεία. Ο ιός HIV εξακολουθεί να αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο, με συνεχή μετάδοση.

Στην Ελλάδα, καταγράφονται 4,7 νέες περιπτώσεις εμφάνισης HIV, ανά 100.000 πληθυσμό (2010), ποσοστό χαμηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (6,2), και 0,8 νέες περιπτώσεις εμφάνισης AIDS ανά 100.000 πληθυσμό με τον ΜΟ ΕΕ27 να αγγίζει το 1,1, όπως φαίνεται και από το παρακάτω γράφημα.



Source: ECDC and WHO Regional Office for Europe (2011).

Γράφημα 9: Ποσοστά εμφάνισης HIV και AIDS, 2010

Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των περιπτώσεων AIDS που αναφέρονται μειώνεται σταθερά. Ωστόσο, η συνεχιζόμενη μετάδοση του HIV και η αύξηση των ποσοστών σε ορισμένες χώρες, ενισχύουν την ανάγκη για τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που θα προσαρμόζονται στην κατάσταση της κάθε χώρας. Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής περιγράφει τις προτεραιότητες πολιτικής στην Ευρώπη για την περίοδο 2009 - 13. Κύριοι στόχοι αποτελούν, η μείωση των νέων λοιμώξεων HIV σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες μέχρι το 2013, η βελτίωση της πρόσβασης στη πρόληψη, η θεραπεία, η περίθαλψη και η παροχή υποστήριξης, καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν προσβληθεί με HIV/AIDS στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις γειτονικές χώρες. Η Ανακοίνωση αναδεικνύει επίσης τους τομείς και τις ομάδες προτεραιότητας, και τονίζει τη βελτίωση της γνώσης, συμπεριλαμβανομένων της εποπτείας, της παρακολούθησης, της αξιολόγησης και της έρευνας.

2.6. Καρκίνος και Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον, 2011-2015

Στη χώρα μας, σε αντίθεση με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των ετών 1980-2004 παρατηρείται σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Σε άνδρες και γυναίκες πλέον πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, και ακολουθούν του προστάτη και του παχέος εντέρου στους άνδρες και του μαστού και του παχέος εντέρου στις γυναίκες². (Τούντας 2001, Tzala 2004, Tzala & Best 2007) αποκαλύπτουν ότι η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας, στοιχείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Μια πρόσφατη, τέλος, μελέτη έδειξε ότι η αποφεύξιμη θνησιμότητα μειώθηκε κατά 30,5% έπειτα από

² **Τούντας, Ι.** (2001) Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Έκθεση του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Tzala, E. (2004) Multivariate analysis of spatial and temporal variation in cancer mortality in Greece. PhD thesis. Department of Epidemiology and Public Health, Imperial College London

Tzala, E. & Best, N. (2007) Bayesian latent variable modeling of multivariate spatio temporal variation in cancer mortality. Statistical methods in Medical Research (to appear)

σύγκριση που έγινε μεταξύ των περιόδων 1980-1984 και 2000-2007, γεγονός που εν μέρει αποδίδεται στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Οι κύριοι στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο είναι:

- ✓ Η ανάδειξη της αξίας της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης για την αντιμετώπιση της νόσου
- ✓ Η ανάπτυξη και εισαγωγή στην κλινική πράξη διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, ώστε να εξασφαλιστεί η ενιαία παροχή φροντίδας υγείας προς τους πολίτες
- ✓ Η πιστοποίηση δομών και υπηρεσιών
- ✓ Η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας του καρκίνου
- ✓ Η δημιουργία του εθνικού αρχείου νεοπλασιών για τη συστηματική καταγραφή και μελέτη του καρκίνου
- ✓ Το Σχέδιο Δράσης δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου σε πληθυσμούς απομακρυσμένων περιοχών και στην ενημέρωση του πληθυσμού με σκοπό την αλλαγή νοοτροπίας απέναντι στον καρκίνο. Σημαντικά για την υλοποίησή του θα είναι τα προγράμματα ενημέρωσης και προαγωγής της υγείας με προσυμπτωματικούς ελέγχους σε όλη τη χώρα από τις αρχές του 2011.

Ειδικότερα, ένας από τους στόχους του Σχεδίου είναι να συμβάλει στην ευρύτερη συνειδητοποίηση ότι ο καρκίνος είναι μία χρόνια και συχνά ιάσιμη νόσος, και να συντελέσει καθοριστικά στην αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπισή της. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ένα ποσοστό άνω του 30% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί (WHO 2010), ενώ, αν διαγνωστούν έγκαιρα, οι καρκίνοι θεραπεύονται σε ποσοστό άνω του 40%. Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι κατά φθίνουσα σειρά: οι καρκίνοι του πνεύμονα, στομάχου, ήπατος, παχέος εντέρου, μαστού.

2.7. Δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο ΕΣΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στο ΕΣΥ παρέχεται μέσω: (i) των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων και των ειδικών περιφερειακών ιατρείων, (ii) των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) και των απογευματινών ιατρείων, καθώς και (iii) το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η ΠΦΥ στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο 201 κέντρων υγείας, στελεχωμένων με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους, παιδίατρος, οδοντίατρος, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των κέντρων υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς τους, ο οποίος κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 10.000 και 30.000 κατοίκων. Στόχος τους, σύμφωνα με τον ιδρυτικό τους νόμο (Ν. 1397/83), ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην ΠΦΥ, καθώς παρείχαν, μέχρι πρόσφατα, δωρεάν υπηρεσίες σε εικοσιτετράωρη βάση, χωρίς επιβάρυνση των ασθενών. Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις οι πολίτες επιβαρύνονται πλέον με 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε κέντρο υγείας. Τα τελευταία χρόνια, εκτός των αγροτικών κέντρων υγείας, συστάθηκαν και 8 κέντρα υγείας αστικού τύπου. Πέρα αυτών, λειτουργούν 89 πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, 1.460 περιφερειακά ιατρεία και 43 ειδικά περιφερειακά ιατρεία, στα οποία υπηρετούν κυρίως απόφοιτοι ιατρικών σχολών που μετά τη λήψη του πτυχίου τους είναι υποχρεωμένοι να ασκήσουν ιατρική σε αγροτικές περιοχές.

Τα τελευταία χρόνια, η κίνηση των κέντρων υγείας δείχνει να έχει αυξηθεί. Το 2010, ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας αυξήθηκε κατά 4% σε σχέση με το 2009 (από 6.066.800 σε 6.305.459 εξετασθέντες), ενώ για το διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2011 η αύξηση σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα του 2010 ήταν 21% (από 4.730.993 σε 5.702.890 εξετασθέντες). Το γεγονός αυτό δείχνει

τη σημασία της λειτουργίας των κέντρων υγείας για την κάλυψη των αναγκών των μη αστικών περιοχών. Δείχνει επίσης την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Πρωτοβάθμια φροντίδα εντός του ΕΣΥ παρέχουν επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των 126 δημόσιων νοσοκομείων. Καλύπτουν όλες τις ειδικότητες και αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές, καθώς η ανάπτυξη αστικών κέντρων υγείας δεν προχώρησε. Για κάθε επίσκεψη σε αυτά, ο ασθενής κατέβαλλε το ποσό των 5 ευρώ. Με το Ν. 2889/2001, ιδρύθηκαν τα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, η λειτουργία των οποίων επεκτάθηκε το 2010. Σε αυτά, οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο, στη βάση προγραμματισμένων ραντεβού και αμειβόμενοι κατά πράξη, σε προκαθορισμένες τιμές που πλησιάζουν τον μέσο όρο της αγοράς. Από τον αριθμό των ασθενών που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων φαίνεται ότι η κίνηση σε αυτά έχει μειωθεί τα τελευταία τρία χρόνια. Ενδεικτικά είναι τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα, όπου καταγράφεται ο αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΠ, ΤΕΙ και τα απογευματινά ιατρεία. Θα πρέπει ιδιαίτερα να σημειωθεί η σημαντική μείωση των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία, γεγονός το οποίο θέτει ερωτήματα για το βαθμό στον οποίο σε συνθήκες έντονης οικονομικής στενότητας οι πολίτες μπορούν να αντέξουν εισοδηματικά την καταβολή των άμεσων υψηλών πληρωμών που απαιτούνται προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές.

	2009	2010	Μεταβολή %	Μέσος όρος Ιαν.-Σεπτ. 2010	Μέσος όρος Ιαν.-Σεπτ. 2011	Μεταβολή %
Σύνολο	13.056.652	11.911.390	-9%	1.012.127	1.001.698	-1%
Τμήματα επειγόντων περιστατικών	5.190.101	4.909.280	-5%	417.307	412.994	-1%
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	7.307.193	6.474.508	-11%	549.211	546.543	-0,5%
Απογευματινά ιατρεία	559.358	527.602	-6%	45.609	42.162	-8%

Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011)

Πίνακας 5: Κίνηση εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, 2009-2011

2.8. Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης, που ακολουθείται έως σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα.

Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Με βάση αυτούς του στόχους, το Πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (Ξενώνας, Οικοτροφείο, Προστατευμένα Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα, αναπτύσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα).

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ' (2011 – 2020) διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

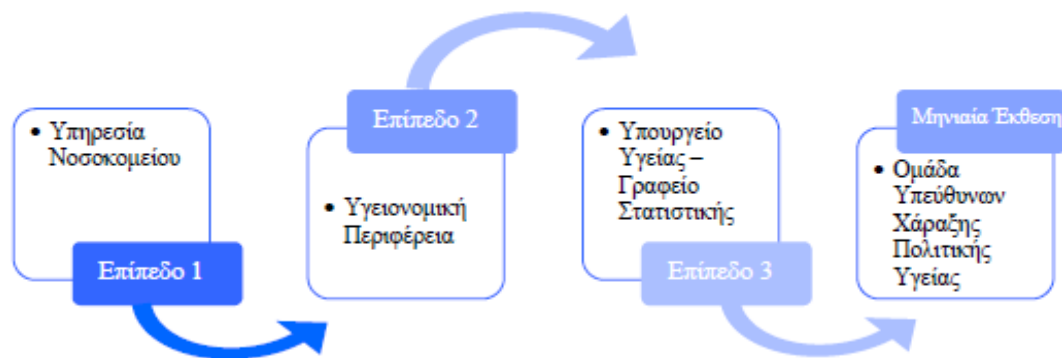
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡ.

3. Αποτύπωση Λειτουργικών και Ποιοτικών Στοιχείων Μονάδων Υγείας του ΕΣΥ

3.1. Εισαγωγή – Γενικό Πλαίσιο

Το 2011, καθιερώθηκε το ESY.net, ένα συστηματικό διαδικτυακό μεθοδολογικό εργαλείο για τη καταγραφή των λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ESY.net προϋποθέτει την εισαγωγή δεδομένων, τόσο για τις οικονομικές, όσο και για τις λειτουργικές δραστηριότητες από το προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων.

Κάθε Νοσοκομείο υποβάλλει σε μηνιαία βάση τα λειτουργικά και οικονομικά στοιχεία του σε μία από τις επτά αρμόδιες Υγειονομικές Περιφέρειες μέσω του ESY.net – 1^ο επίπεδο. Στη συνέχεια, η Υγειονομική Περιφέρεια εξετάζει προσεκτικά τα δεδομένα και εφόσον δεν υπάρχουν ενστάσεις τα αποστέλλει στη βάση δεδομένων – 2^ο επίπεδο. Έπειτα, το Γραφείο Στατιστικής του ΥΥΚΑ λαμβάνει τα δεδομένα και συντάσσει μηνιαία έκθεση που περιλαμβάνει τα δεδομένα του προηγούμενου μήνα.



Γράφημα 10: Διάγραμμα Ροής Πληροφοριών

Τα δεδομένα αυτά, τα οποία καταγράφονται στις μηνιαίες εκθέσεις πέραν της εξέλιξης των δημόσιων οικονομικών για τις δημόσιες μονάδες υγείας στοχεύουν στο πλαίσιο των υποχρεώσεων που έχει αναλάβει η χώρα μας με το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Σταθερότητας να παράγουν μια σειρά δεικτών που θα

παρέχουν σύντομες αλλά ουσιαστικές πληροφορίες σχετικά με την απόδοση κάθε δημόσιου νοσοκομείου. Συνοπτικά οι δείκτες αυτοί θα είναι οι κάτωθι:

Λειτουργικοί Δείκτες

- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
- Πληρότητα Κλινών
- Ανθρώπινο Δυναμικό στην Υγεία
- Εξιτήριο Ασθενών
- Εργαστηριακές Εξετάσεις
- Χειρουργεία

Οικονομικοί Δείκτες

- Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ασθενή
- Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας
- Μέσο Φαρμακευτικό Κόστος ανά ασθενή
- Μέσο Φαρμακευτικό Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας
- Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή
- Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας
- Μέσο Κόστος Αναλώσεων ανά ασθενή
- Μέσο Κόστος Αναλώσεων ανά ημέρα νοσηλείας

Στόχος των εκθέσεων αυτών είναι η περαιτέρω παροχή πληροφοριών για την απόδοση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων ερμηνεύοντας τόσο λειτουργικούς όσο και οικονομικούς δείκτες. Τα δεδομένα αυτά μέρος των οποίων θα παρουσιαστούν στην εν λόγω εργασία αξιοποιούν όλο τον διαθέσιμο όγκο πληροφοριών που μπορεί να μας παρέχει η ανωτέρω βάση δεδομένων.

Η καταγραφή και επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας εργασίας, όπως αναφέρθηκε παραπάνω χωρίζεται σε δυο βασικές χρονικές περιόδους ως ακολούθως:

- 1^η Χρονική Περίοδος : Ιανουάριος 2012 – Δεκέμβριος 2012
- 2^η Χρονική Περίοδος : Ιανουάριος 2013 – Ιούλιος 2013

Η επιλογή των περιόδων αυτών έγινε λόγω του ότι το ESYnet όπως και κάθε σύστημα καταγραφής, το οποίο δημιουργείται εκ του μηδενός παρουσίασε κατά τον πρώτο χρόνο (2011) σφάλματα στο σύνολο σχεδόν των δεδομένων που συγκέντρωσε, τα οποία σε καμία περίπτωση δεν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Τα λάθη αυτά οφείλονταν, τόσο σε ατέλειες του τρόπου συλλογής και καταγραφής των στοιχείων, όσο και σε έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού ως προς τον τρόπο χειρισμού του νέου αυτού εργαλείου. Στη συνέχεια, ο τρόπος καταγραφής, και η εκπαίδευση του προσωπικού βελτιώθηκαν, ενώ παράλληλα μειώθηκαν αρκετά από τα τεχνικά σφάλματα που εμφανίστηκαν κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του ESYnet. Αποτέλεσμα της βελτίωσης αυτής, είναι η εξαγωγή ενός συνόλου δεδομένων, σύμφωνα με τα οποία δημιουργούνται εκθέσεις, με τις οποίες ενημερώνονται επίσημα πλέον τα τεχνικά κλιμάκια, τα οποία πραγματοποιούν ελέγχους για την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου προγράμματος δημοσιονομικής σταθερότητας. Οι εκθέσεις αυτές που έχουν μέχρι στιγμής κατατεθεί αφορούν τις περιόδους «Ιανουάριος 2012 – Δεκέμβριος 2012» και «Ιανουάριος 2013 – Ιούλιος 2013».

Οι δυο αυτές περίοδοι αν και δεν έχουν την ίδια χρονική διάρκεια (12μηνο για την πρώτη χρονική περίοδο και 7μηνο για τη δεύτερη) μπορούν μέσω της χρήσης μέσων όρων (Μ.Ο.) να συγκριθούν μεταξύ τους για την παραγωγή ασφαλών συμπερασμάτων δεδομένου ότι, η καταγραφή λειτουργεί σε επίπεδο ασθενή και ημέρας νοσηλείας με αποτέλεσμα το τελικό αποτέλεσμα να καταγράφει κάθε φορά την μέχρι εκείνη τη στιγμή αποτύπωση της συνολικής εικόνας.

3.2. Διάρθρωση δημόσιων μονάδων υγείας του ΕΣΥ

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται ένα σύνολο 122 Δημόσιων Μονάδων Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στο ΕΣΥ και κατηγοριοποιούνται σε 11 βασικές κατηγορίες ως ακολούθως:

- **8 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία**, τα οποία καλύπτουν σχεδόν όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατανεμημένα και στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες
- **80 Γενικά Νοσοκομεία**
- **17 Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας** κυρίως σε απομακρυσμένες περιοχές με στόχο την κάλυψη επειγόντων περιστατικών
- **4 Ογκολογικά Νοσοκομεία**
- **2 Δερματολογικά Νοσοκομεία**
- **1 Γενικό Μαιευτικό Νοσοκομείο**
- **2 Γενικά Νοσοκομεία με ειδίκευση στα ορθοπεδικά περιστατικά**
- **2 Θωρακοχειρουργικά Νοσοκομεία**
- **1 Κέντρο αποκατάστασης**
- **4 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία**
- **1 Οφθαλμολογικό Νοσοκομείο**

3.3. Κατανομή κλινών δημόσιων μονάδων υγείας του ΕΣΥ

Όπως προαναφέρθηκε η παρούσα εργασία εξετάζει ένα σύνολο 122 νοσοκομείων, τα οποία είναι κατανεμημένα στο σύνολο της χώρας. Τα νοσοκομεία αυτά (εξαιρουμένων των 8 πανεπιστημιακών νοσοκομείων που αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία από μόνα τους) μπορούμε να τα διαχωρίσουμε σε Νοσοκομεία Ειδικού Σκοπού, Γενικά Νοσοκομεία και Νοσοκομεία-ΚΥ.

Τα νοσοκομεία ειδικού σκοπού είναι νοσοκομεία, τα οποία αν και παρέχουν στις περισσότερες των περιπτώσεων, το σύνολο της τριτοβάθμιας περίθαλψης, εντούτοις έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν με σκοπό και στόχο την κάλυψη της ευρύτερης περιοχής σε συγκριμένους στοχευμένους τομείς. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων νοσοκομείων είναι τα Θωρακοχειρουργικά και τα Ογκολογικά νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία αυτά Ειδικού Σκοπού αποτελούν το 14 % του συνόλου των νοσοκομείων (17 νοσοκομεία).

Τα Γενικά Νοσοκομεία και τα Γενικά Νοσοκομεία-ΚΥ αποτελούν το 65,5% του συνόλου των νοσοκομείων (80 Νοσοκομεία). Τα νοσοκομεία αυτά τα διαχωρίζουμε ανάλογα με τον αριθμό των κρεβατιών που διαθέτουν. Με τον τρόπο αυτό τα διακρίνουμε σε 6 υποομάδες ως ακολούθως:

- I. 13 Γενικά Νοσοκομεία με λιγότερα από 100 κρεβάτια
- II. 30 Γενικά Νοσοκομεία με 101-200 κρεβάτια
- III. 17 Γενικά Νοσοκομεία με 201-300 κρεβάτια
- IV. 9 Γενικά Νοσοκομεία με 301-400 κρεβάτια
- V. 6 Γενικά Νοσοκομεία με 401-600 κρεβάτια
- VI. 5 Γενικά Νοσοκομεία με περισσότερα από 600 κρεβάτια

Τέλος τα Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας αποτελούν το 14% του συνόλου των νοσοκομείων (17 Νοσοκομεία)

Όλα τα ανωτέρω νοσοκομεία διαθέτουν συνολικά 33.184 κλίνες ανά την επικράτεια. Ο Μ.Ο. κρεβατιών ανά κατηγορία νοσοκομείου αναλύεται ως ακολούθως:

Κατηγορία Νοσοκομείου	Μέσος Όρος Κρεβατιών
Γενικά Νοσοκομεία με περισσότερα από 600 κρεβάτια	740
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	660
Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία	638
Γενικά Νοσοκομεία με ειδίκευση σε ορθοπεδικά περιστατικά	454
Γενικά Νοσοκομεία με 401-600 κρεβάτια	464
Γενικό Μαιευτικό Νοσοκομείο	437
Θωρακοχειρουργικά Νοσοκομεία	398
Γενικά Νοσοκομεία με 301-400 κρεβάτια	357
Ογκολογικά Νοσοκομεία	354
Παιδιατρικά Νοσοκομεία	318
Εθνικός Μέσος Όρος	263
Γενικά Νοσοκομεία με 201-300 κρεβάτια	260
Γενικά Νοσοκομεία με 101-200 κρεβάτια	149
Κέντρο αποκατάστασης	127
Γενικά Νοσοκομεία με λιγότερα από 100 κρεβάτια	76
Δερματολογικά Νοσοκομεία	57
Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας	47
Οφθαλμολογικό Νοσοκομείο	10

3.4. Λειτουργικά στοιχεία Δημόσιων Νοσοκομείων

Στόχος του κεφαλαίου αυτού είναι η παροχή πληροφοριών για την απόδοση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, ερμηνεύοντας λειτουργικούς δείκτες, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της απόδοσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

3.4.1. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

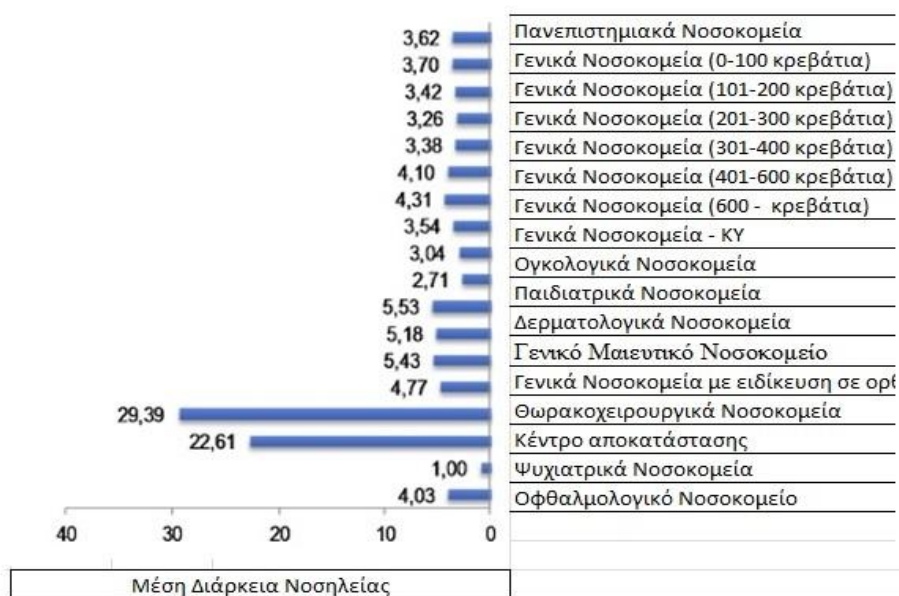
Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) αναφέρεται στο μέσο αριθμό ημερών, που οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο. Υπολογίζεται διαιρώντας τον συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας που πραγματοποιούνται συνολικά από τους νοσηλευόμενους ασθενείς με τον συνολικό αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου.

$$\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)} = \frac{\Sigma(\text{Συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας})}{\Sigma(\text{Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών})}$$

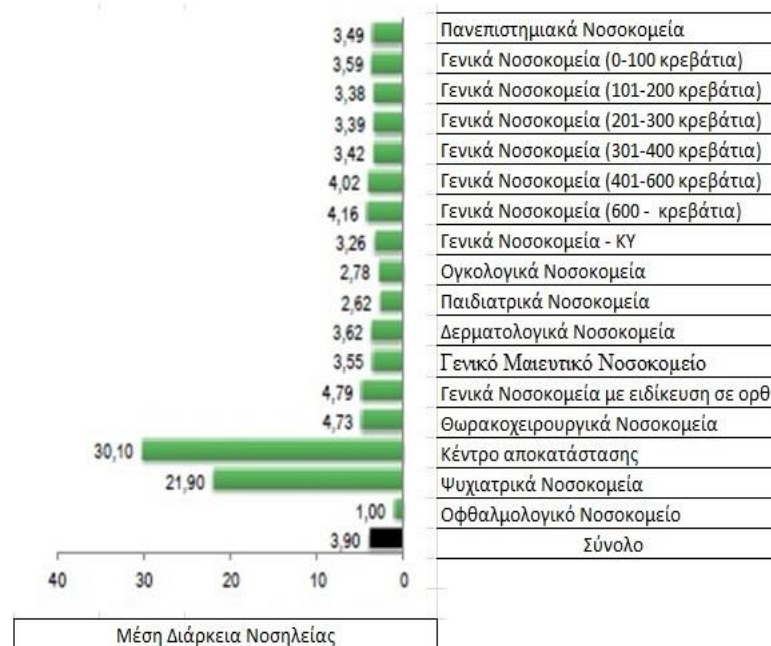
Σε γενικές γραμμές, η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ), στα νοσοκομεία θεωρείται ως ένας βασικός δείκτης αποτελεσματικότητας. Όσο μικρότερη είναι η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, τόσο χαμηλότερο θεωρητικά είναι και το κόστος της παραμονής. Με όλες τις άλλες παραμέτρους ίδιες, μια μικρότερη παραμονή θα μειώσει το κόστος ανά αποχώρηση και θα μετατοπίσει την φροντίδα από τη νοσοκομειακή νοσηλεία σε λιγότερο δαπανηρές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, ένας πολύ χαμηλός δείκτης ΜΔΝ ενός νοσοκομείου μπορεί να υποδηλώνει υπηρεσίες υψηλού κόστους ή τη πιθανότητα επανεισαγωγής του ασθενούς. Επιπρόσθετα, λόγω έλλειψης εξειδικευμένου, ή έμπειρου προσωπικού, αρκετά νοσοκομεία της επαρχίας αδυνατώντας να αντιμετωπίσουν μια σειρά από περιστατικά, διασφαλίζουν την ασφάλεια ενός νοσηλευόμενου ασθενή τις πρώτες ημέρες εισαγωγής του, προχωρώντας στη συνέχεια, σε διακομιδή του σε άλλο νοσοκομείο με πιο εξειδικευμένη δυνατότητα αντιμετώπιση. Το στοιχείο αυτό καταγράφεται λανθασμένα σαν μικρή διάρκεια νοσηλείας, βελτιώνοντας ουσιαστικά την εικόνα πολλών επαρχιακών νοσοκομείων αποκρύπτοντας όμως πραγματικές

αιτίες που μπορεί να οδηγούν σε αυτό το αποτέλεσμα.. Αναλυτικά, ανά κατηγορία νοσοκομείων, η Μέση Διάρκεια νοσηλείας διαμορφώνεται στα κάτωθι διαγράμματα:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Γράφημα 11 : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 12: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 13: Τάση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνιαία χρήση)



Γράφημα 14: Τάση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνιαία χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

3.4.2. Σύνοψη σύγκρισης Μέσης διάρκειας Νοσηλείας

Από τα ανωτέρω διαγράμματα. βλέπουμε ότι η ΜΔΝ για τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία το 2012 ήταν 4,03 ημέρες,, ενώ για το πρώτο 7μηνο του 2013 παρουσιάζεται μείωση σε 3,90 μέρες. Η μείωση αυτή, οφείλεται κατά κύριο λόγο, στην αύξηση του αριθμού των νοσηλευόμενων των δημόσιων νοσοκομείων λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης. Οι συνθήκες που διαμορφώνονται στην ελληνική πραγματικότητα, στρέφουν έναν ολοένα αυξανόμενο αριθμό πολιτών προς τα δημόσια νοσοκομεία με αποτέλεσμα η αναλογία ημερών, ανά νοσηλευόμενο, να μειώνεται με σταθερό ρυθμό από χρόνο σε χρόνο. Κοντά σε αυτό, θα πρέπει να τονιστεί ότι η ολοένα και πιο πλήρης εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN-DRG), τα οποία βασίζονται σε ιατρικά πρωτόκολλα, τα οποία προσδιορίζουν ένα δόκιμο διάστημα νοσηλείας για τα περισσότερα ιατρικά περιστατικά, οδηγούν σε μείωση των υπερβάσεων σε ημέρες νοσηλείας πολλά ιατρικά περιστατικά, εξοικονομώντας παράλληλα πολύτιμες ημέρες νοσηλείας, που είναι πλέον διαθέσιμες για την κάλυψη πραγματικών αναγκών.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Παρατηρείται μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας. Ο λόγος της μείωσης αυτής είναι κατά κύριο λόγο, η αύξηση του αριθμού των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία. Η αύξηση αυτή, οδηγεί πολλά νοσοκομεία να λειτουργούν με αυξημένη πληρότητα σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Το γεγονός αυτό, με τη σειρά του οδηγεί πολλούς ιατρούς να τηρούν τα διεθνή πρωτόκολλα, ως προς τον αναγκαίο χρόνο παραμονής του ασθενή και να μην επιτρέπουν υπέρβαση του χρόνου αναγκαίας νοσηλείας. Με τον τρόπο αυτό και η δυναμικότητα του συστήματος υγείας βελτιώνεται, αφού εξυπηρετεί μεγαλύτερο αριθμό πολιτών, αλλά και το κόστος που δημιουργούσε ένας ασθενής που δέσμευε αναίτια παραγωγικούς πόρους μειώνεται. Παράλληλα, η μεταρρύθμιση που πραγματοποιείται στον τομέα της αποζημίωσης των νοσοκομείων, μέσα από το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, εισάγει ως βασικό περιοριστικό παράγοντα την διάρκεια νοσηλείας που τίθεται για κάθε ασθένεια από τα διεθνή ιατρικά πρωτόκολλα.. Το γεγονός αυτό, αναμένεται να οδηγήσει σε μεγαλύτερη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Η μέση διάρκεια νοσηλείας σαν μέγεθος εξακολουθεί να παραμένει υψηλό, λόγω συγκεκριμένων παθογενειών του δημόσιου συστήματος υγείας. Μια από αυτές, είναι η ελλιπής οργάνωση στον τομέα των διαδικασιών που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία. Παράδειγμα των καθυστερήσεων αυτών αποτελεί η καθυστέρηση, την οποία υφίσταται ένας ασθενής ο οποίος έχει εισαχθεί ως χειρουργικό περιστατικό. Πριν την πραγματοποίηση του αναγκαίου χειρουργείου είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση μιας σειράς τυπικών εξετάσεων, χωρίς όμως να παρέχεται αυτόματα προτεραιότητα στον ασθενή αυτό. Αποτέλεσμα αυτού, είναι να παραμένει ο ασθενής μια έως δυο μέρες παραπάνω δεσμεύοντας και την αντίστοιχη κλίνη μέχρι να ολοκληρωθούν οι απαραίτητες εξετάσεις, αυξάνοντας παράλληλα και την μέση διάρκεια νοσηλείας. Ο χρόνος αυτός αποτελεί νεκρό χρόνο για το νοσοκομείο, ενώ παράλληλα η κλίνη, η οποία είναι δεσμευμένη δεν μπορεί να φιλοξενήσει επόμενο περιστατικό.

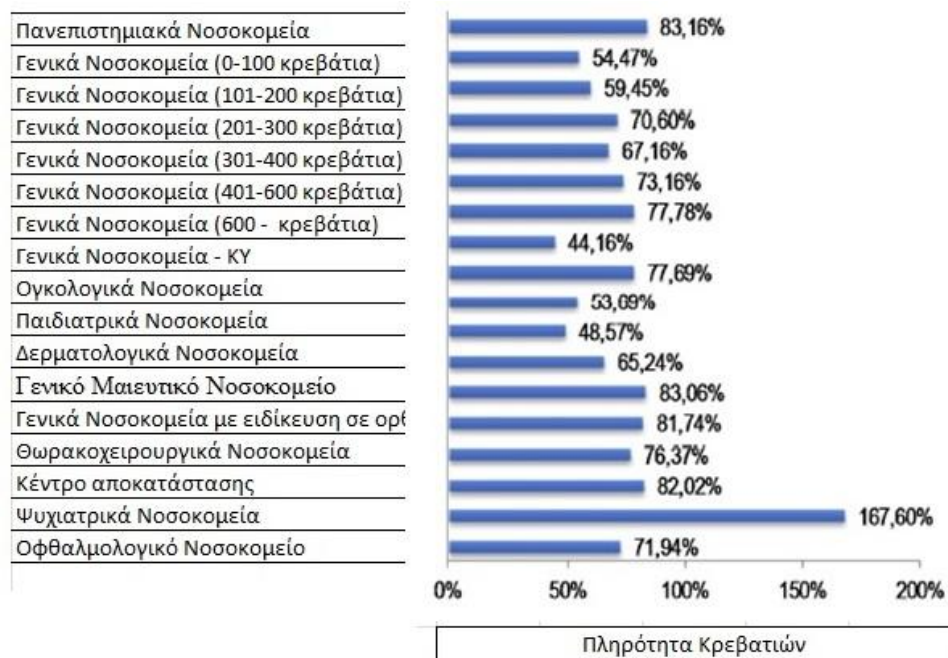
3.4.3. Πληρότητα Κλινών

Η πληρότητα των κλινών είναι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών που καταλαμβάνονται από ασθενείς, εκφρασμένος ως ποσοστό των συνολικών κλινών που είναι διαθέσιμα στο νοσοκομείο.

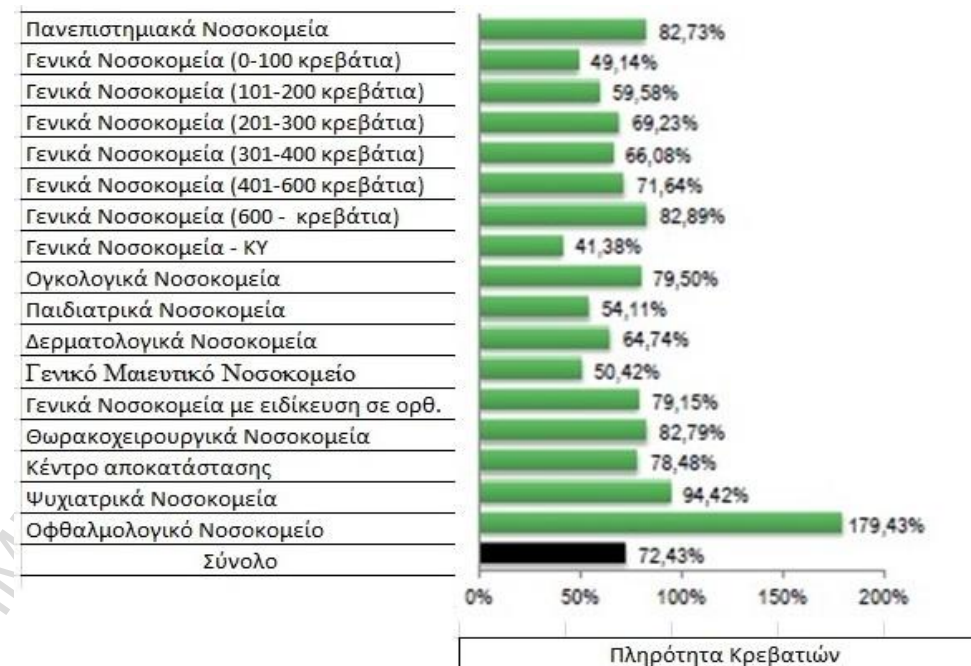
$$\text{Πληρότητα Κλινών} = \frac{\Sigma(\text{Αριθμός ημερών νοσηλείας})}{((\Sigma(\text{Αριθμός κλινών}) \times (\text{Αριθμός ημερών}))} \times 100$$

Τα ετήσια στοιχεία κάλυψης των κλινών, χρησιμοποιούνται συνήθως για αξιολόγηση ή σύγκριση σχετικά με το πώς τα νοσοκομεία χρησιμοποιούν τους πόρους τους. Σε γενικές γραμμές ένα υψηλό ποσοστό κάλυψης των κλινών μπορεί να σχετίζεται με ορθή ιατρική πρακτική χωρίς όμως αυτό να είναι απόλυτο δεδομένου ότι υψηλά ποσοστά πληρότητας μπορεί να προέρχονται και από τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής και όχι από μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που θεραπεύονται.

Αναλυτικά ανά κατηγορία νοσοκομείων η Πληρότητα κρεβατιών, καθώς και η τάση αυτών, διαμορφώνεται στα κάτωθι διαγράμματα:



Γράφημα 15 : Πληρότητα κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μνη χρήση)



Γράφημα 16: Πληρότητα κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 17: Τάση Πληρότητας κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Γράφημα 18: Τάση Πληρότητας κρεβατιών ανά κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

3.4.4. Σύνοψη σύγκρισης Πληρότητα Κλινών

Από τα ανωτέρω διαγράμματα βλέπουμε ότι, το ποσοστό πληρότητας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων εμφανίζει μεγάλες διαφοροποιήσεις ανά κατηγορία νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα βλέπουμε ότι την μικρότερη πληρότητα εμφανίζουν μικρά νοσοκομεία (0-100 κλίνες), τα οποία ενώ για το 2012 κινούνται σε ένα επίπεδο πληρότητας κοντά στο 50%, το πρώτο επτάμηνο του 2013, η πληρότητα τους πέφτει κάτω από το 50%. Αυτό καταδεικνύει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, την πολυπλοκότητα που αντιμετωπίζει το Ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο διαθέτει μια πληθώρα νοσοκομειακών μονάδων, οι οποίες εμφανίζουν τεράστια κόστη αδράνειας και ουσιαστικά είναι υποχρεωμένα να υπολειτουργούν, χωρίς μεγάλα περιθώρια παρεμβάσεων, λόγω της γεωγραφικής κάλυψης που πρέπει να παρέχουν σε μια χώρα με εκτεταμένη νησιωτική και ηπειρωτική επιφάνεια. Αυτό το φαινόμενο μάλιστα, είναι ιδιαίτερα έντονο κατά τους χειμερινούς μήνες στην νησιωτική Ελλάδα, η οποία λόγω αραιής πληθυσμιακής κατανομής και ελλιπούς εξειδικευμένης στελέχωσης διαθέτει Νοσοκομεία – ΚΥ, τα οποία υπολειτουργούν παρουσιάζοντας έντονη αδράνεια σταθερών παραγωγικών συντελεστών, όπως είναι οι κτηριακές υποδομές και ο μικροβιολογικός και ακτινολογικός εξοπλισμός.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί η αυξητική τάση (+5%), την οποία εμφανίζουν τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, η οποία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ολοένα αυξανόμενη προτίμηση των πολιτών στα δημόσια νοσοκομεία κυρίως των αστικών περιοχών.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Παρουσιάζεται μια πληρότητα, η οποία σε καμία περίπτωση δεν υπερβαίνει ως ποσοστό το 83% (πέραν εξαιρέσεων όπως τα ψυχιατρικά που πραγματοποιούν μεγάλες νοσηλείες ιδρυματικού τύπου). Αυτό σημαίνει ότι παρά τις αυξημένες ανάγκες και την αύξηση της προσέλευσης των πολιτών στα δημόσια νοσοκομεία παραμένουν κλίνες ανεκμετάλλετες. Ο λόγος της ύπαρξης αυτών των αποκλίσεων δεν οφείλεται, τόσο στην μη ύπαρξη ζήτησης για διαθέσιμα κρεβάτια νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά περισσότερο στην αδυναμία να υποστηρίξουν το σύνολο των διαθέσιμων κρεβατιών τους λόγω έλλειψης του απαραίτητου προσωπικού. Οι έλλειψεις σε ιατρικό και κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζει μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες να μην μπορούν να κάνουν

ασφαλή χρήση τμήματος των διαθέσιμων κρεβατιών τους, διατηρώντας τα ουσιαστικά ως μη διαθέσιμα. Στον αντίποδα κινείται το σύνολο σχεδόν της νησιωτικής Ελλάδας, το οποίο αναγκάζεται λόγω της μεγάλης διασποράς που εμφανίζει να διαθέτει υψηλά κοστοβόρες μονάδες με δυσανάλογο μέγεθος σε σχέση με τη ζήτηση, με σκοπό, όχι τόσο την ορθολογική διαχείριση των πόρων, όσο την πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού εποπτείας τους.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Στις αστικές περιοχές εμφανίζεται αυξημένη ζήτηση για διαθέσιμες κλίνες, οι οποίες όμως αν και υπάρχουν υλικοτεχνικά δεν μπορούν να καλυφτούν γιατί δεν υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό για να τις στελεχώσει. Παράλληλα, στις νησιωτικές περιοχές εμφανίζονται αντίστοιχες ελλείψεις σε απαραίτητο προσωπικό αλλά σε αντίθεση με τις αστικές περιοχές η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι δυσανάλογα μικρή σε σχέση με τις υποδομές που υπάρχουν για να καλύψουν τις ανάγκες αυτές.

3.4.5. Ανθρώπινο Δυναμικό στην Υγεία

Η προσφορά και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Για το σκοπό αυτό, η παρακολούθηση και η γνώση δεικτών, όπως ο αριθμός των γιατρών και των νοσηλευτών ανά κλίνη για κάθε νοσοκομείο διευκολύνει τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, στο τομέα της υγείας να κατανέμουν αναλόγως το ανθρώπινο δυναμικό με έναν πιο αποδοτικό τρόπο και κατά συνέπεια να βελτιωθεί η ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Ο αριθμός των γιατρών και των νοσηλευτών, ανά κλίνη, αναπτύσσεται με περαιτέρω πληροφορίες για την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου. Οι παρακάτω δείκτες μπορούν να αναδείξουν στοιχεία σχετικά με το εάν υπάρχει έλλειψη σε ανθρωπίνους πόρους σε ένα νοσοκομείο ή το ακριβώς αντίθετο. Με άλλα λόγια, παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα για τη λειτουργική απόδοση του νοσοκομείου.

$$\text{Γιατροί ανά κλίνη} = \frac{\Sigma(\text{Αριθμός των ιατρών})}{\Sigma(\text{Αριθμός των κλινών})}$$

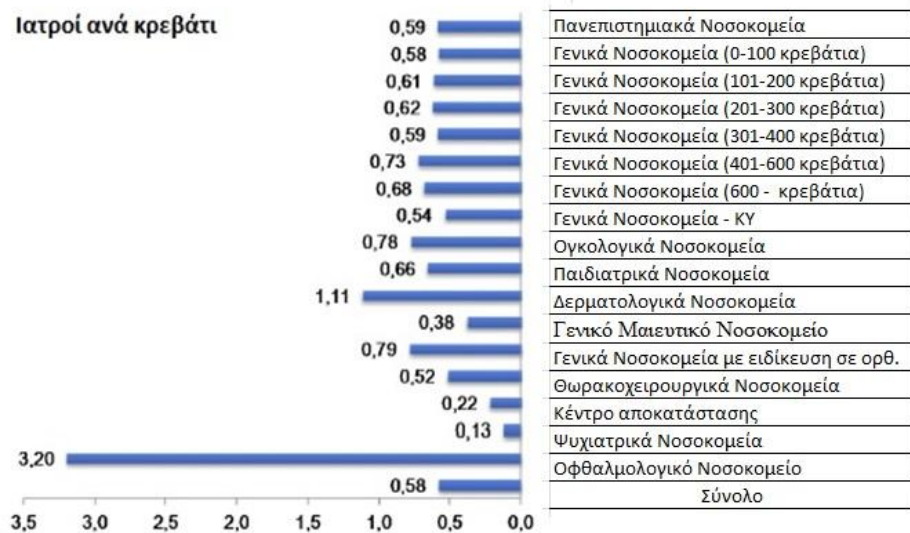
$$\text{Νοσηλευτές ανά κλίνη} = \frac{\Sigma(\text{Αριθμός των νοσηλευτών})}{\Sigma(\text{Αριθμός των κλινών})}$$

$$\text{Νοσηλευθέντες ανά ιατρό} = \frac{\Sigma(\text{Αριθμός των νοσηλευθέντων}) / (\text{Αριθμός των μηνών})}{\Sigma(\text{Αριθμός των ιατρών})}$$

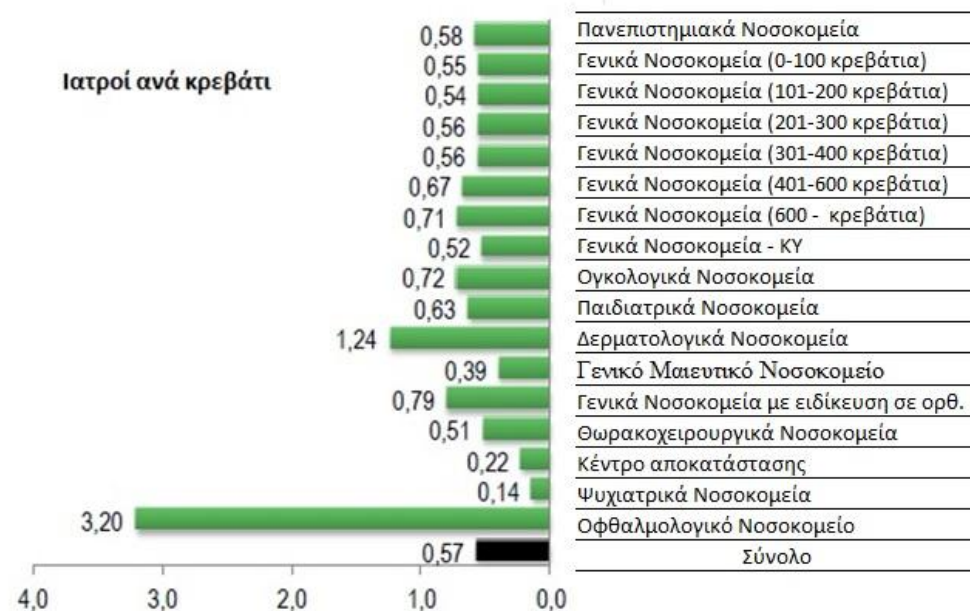
$$\text{Νοσηλευθέντες ανά νοσηλευτή} = \frac{\Sigma(\text{Αριθμός των νοσηλευθέντων}) / (\text{Αριθμός των μηνών})}{\Sigma(\text{Αριθμός των νοσηλευτών})}$$

Αναλυτικά ανά κατηγορία νοσοκομείων τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στα κάτωθι διαγράμματα:

Ιατροί ανά κρεβάτι



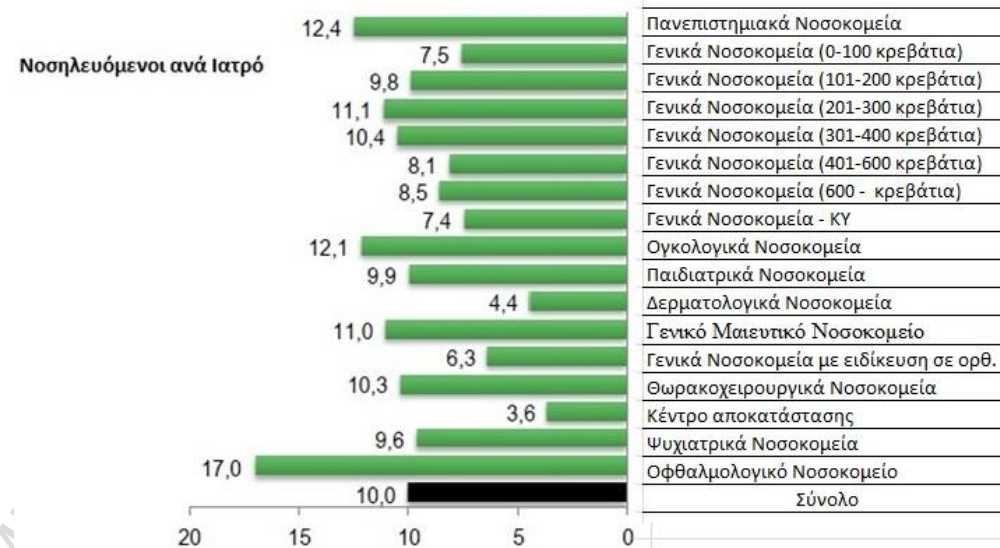
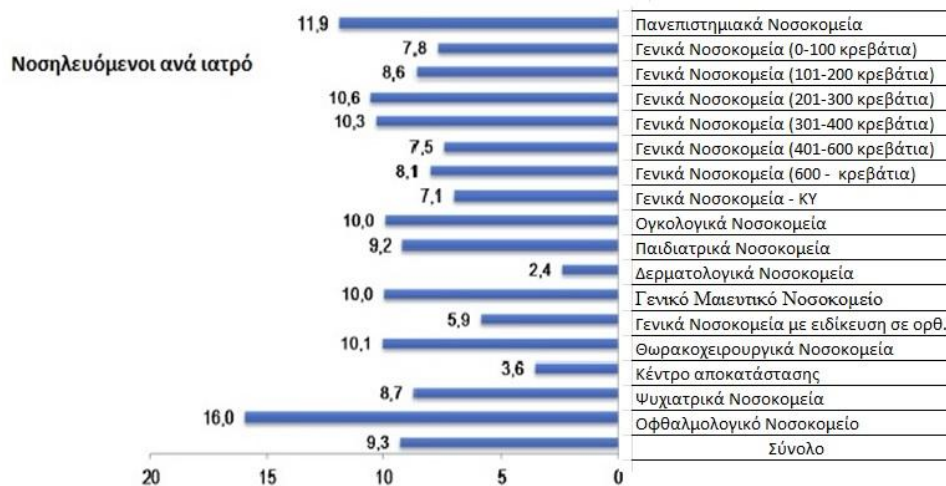
Ιατροί ανά κρεβάτι



Γράφημα 19: Ιατρικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Γράφημα 20: Ιατρικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 21: Νοσηλεύόμενοι ασθενείς ανά Ιατρικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Γράφημα 22: Νοσηλεύόμενοι ασθενείς ανά Ιατρικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

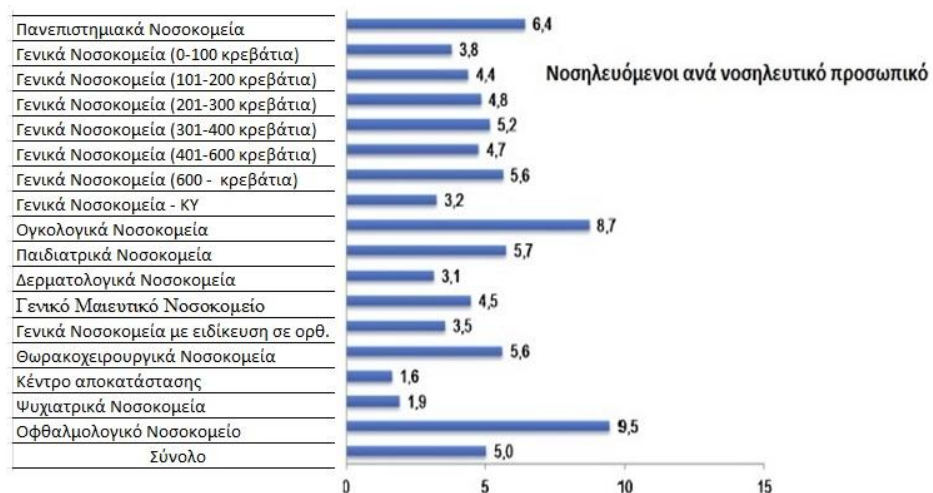
Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



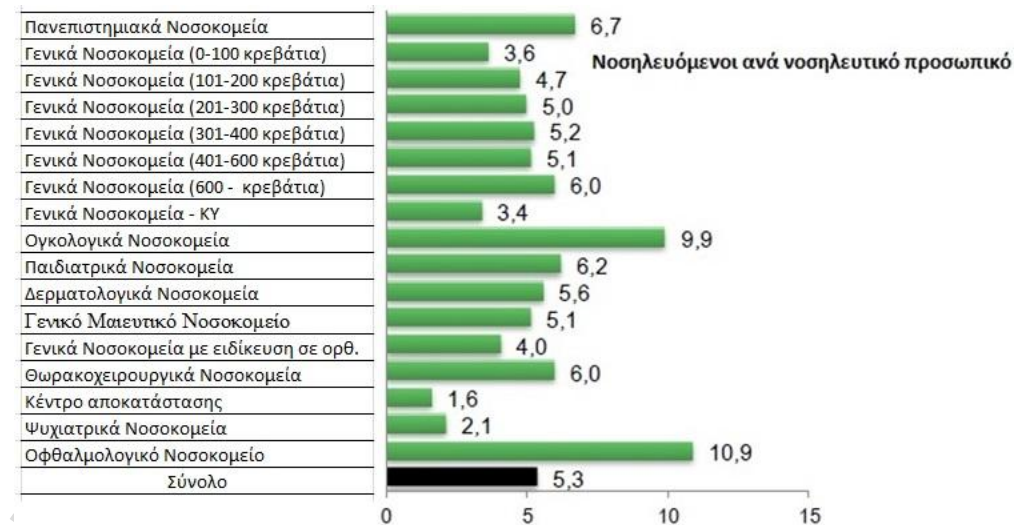
Γράφημα 23: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Γράφημα 24: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 25: Νοσηλεύόμενοι ασθενείς ανά Νοσηλευτικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 26: Νοσηλεύόμενοι ασθενείς ανά Νοσηλευτικό προσωπικό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

3.4.6. Σύνοψη σύγκρισης ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία

Σύμφωνα με τα στοιχεία προκύπτει ότι για το 2012, οι γιατροί ανά κλίνη στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 0,58, ανά ασθενή με την τιμή αυτή να διατηρείται και το πρώτο 7μηνο του 2013 στο 0,57. Αντίστοιχα, η αναλογία ιατρών, ανά νοσηλευόμενο ασθενή, διαμορφώνεται σε 9,3 ασθενείς ανά ιατρό για το 2012 αυξανόμενο ελάχιστα σε 10 ασθενείς για το πρώτο 7μηνο του 2013. Το νοσηλευτικό προσωπικό από την άλλη διαμορφώθηκε σε 1,08 νοσηλευτές, ανά κρεβάτι για το 2012, ενώ μειώθηκε ελάχιστα σε 1,05 νοσηλευτές για το πρώτο 7μηνο του 2013. Τέλος, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά νοσηλευόμενο διαμορφώθηκε σε 5 ασθενείς ανά νοσηλευτή με την τιμή αυτή να αυξάνεται ελάχιστα για το πρώτο 7μηνο του 2013 σε 5,3 ασθενείς ανά νοσηλευτή. Εδώ, θα πρέπει να επισημανθεί ότι, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού, ανά κρεβάτι, κρίνεται εξαιρετικά μικρή δεδομένου ότι ένα κρεβάτι νοσοκομείου χρειάζεται τουλάχιστον 3 βάρδιες νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να εξασφαλίσει πλήρη κάλυψη ενός ασθενή που πραγματοποιεί τουλάχιστον μια 24h νοσηλεία.

Παράλληλα, θα πρέπει να επισημανθεί ότι, η αυξητική τάση που παρουσιάζουν οι νοσηλευόμενοι, ανά ιατρό, οφείλονται στην υψηλή γήρανση του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα σε συνδυασμό με τις αλλαγές που συντελούνται την τελευταία διετία στο μισθολογικό και ασφαλιστικό σύστημα της χώρας. Οι αλλαγές αυτές οδηγούν περισσότερο ιατρικό προσωπικό που διαθέτει την δυνατότητα σε συνταξιοδότηση, προκειμένου να μπορέσει να κατοχυρώσει ευνοϊκές συνθήκες. Η τάση αυτή μάλιστα αναμένεται να κορυφωθεί μέσα στην επόμενη διετία

Συμπέρασμα ανάλυσης: Γίνεται σαφές από τα ανωτέρω, ότι το ανθρώπινο δυναμικό στον χώρο της υγείας, δεν είναι ισομερώς κατανομημένο, ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες και κατηγορίες. Η ανισοκατανομή αυτή εντοπίζεται, κατά κύριο λόγο, στη μεγάλη διαφορά που παρατηρείται μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Η διεθνής πρακτική³ θέτει σαν ιδανική

³ Μια από τις προσεγγίσεις για την εξασφάλιση της εγγυημένης στελέχωσης στη Νοσηλευτική είναι η θεσμοθέτηση των αξιόπιστων - ασφαλών αναλογιών στελέχωσης (ICN n.d.). Οι αναλογίες είναι ο μέγιστος αριθμός ασθενών που μπορούν να ανατεθούν σε ένα διπλωματούχο νοσηλευτή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας και μπορεί να διαφοροποιείται στις μονάδες φροντίδας οξέων περιστατικών (CNA, 2003). Στο Βέλγιο ήδη από το 1987 υπάρχει νομοθεσία που καθορίζει 12 νοσηλευτές ανά 30

αναλογία ενός νοσηλευτή προς νοσηλευόμενους ασθενείς το 1:5. Εκ πρώτης όψεως, φαίνεται ότι, αυτή η αναλογία τηρείται, αλλά η ανάλυση αυτή δεν συνυπολογίζει το γεγονός ότι, τα ελληνικά νοσοκομεία δεν λειτουργούν κάθε μέρα σε 24h λειτουργία. Αυτό έχει σαν συνέπεια, η νοσηλευτική δύναμη κάθε νοσοκομείου να αντιμετωπίζει στο σύνολό της την πρωινή βάρδια με το 80% της δυναμικότητας της και να επιβαρύνεται το υπόλοιπο 20% με τις υπόλοιπες βάρδιες. Κάτι που ανεβάζει ορισμένες ώρες τις ημέρας (τις βραδινές κατά κύριο λόγο) την αναλογία νοσηλευτή ανά ασθενείς από 1:5 σε 1:10. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε μειωμένη αποδοτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία έχει κατά κύριο λόγο, αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που λαμβάνει ένας ασθενής. Σε μελέτη των Leiter et al⁴ διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερο εξαντλημένο, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και με τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας που μελετήθηκαν, δηλαδή τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα από τους γιατρούς, την πληρότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και με τα αποτελέσματα της νοσηλείας. Η μειωμένη αποδοτικότητα μάλιστα σε ένα σύστημα υγείας, μεταφράζεται σχεδόν άμεσα σε αύξηση λοιμώξεων και μετεγχειρητικών επιπλοκών, που επιβαρύνουν ασθενείς και ασφαλιστικά ταμεία με επιπλέον οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Επιπρόσθετα η μεγάλη ανισοκατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία δημιουργεί φαινόμενα ΕΕ. Οι επιπτώσεις της ΕΕ στους ίδιους τους επαγγελματίες και τους οργανισμούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που επιδρούν στη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας⁵

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στον χώρο της Υγείας, δεν επαρκεί για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της

κρεβάτια το 24 ώρο. Στην Καλιφόρνια το 2001, καθιερώθηκε συγκεκριμένη αναλογία νοσηλευτών/νοσηλευόμενων ως μέρος της εθνικής κίνησης προστασίας ασθενών ενώ το 2005 νοσηλευτικές ενώσεις πρότειναν ποσοστό 3:1 (σε νοσηλευτικό τμήμα) ενώ τελικά τέθηκε ο στόχος των 5:1 μέσα σε διάστημα 18 μηνών με απώτερο στόχο το 3:1.

⁴ Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. Soc Sci Med 1998, 47:1611-1617

⁵ Ε.Α. Παπιά, Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Νιάκας, Burnout of physicians and nurses and its effects on the quality of health care, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008, 25(1):94-101

χώρας. Οι ελλείψεις αυτές, παρατηρούνται, τόσο σε αστικές περιοχές με την μη χρήση διαθέσιμων κλινών ,όσο και σε νησιωτικές ή ηπειρωτικές περιοχές με την παντελή έλλειψη ειδικοτήτων, που οδηγεί πολλές νοσοκομειακές μονάδες να αδυνατούν να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα στον ασθενή και να αναγκάζονται να κάνουν διακομιδή του σε μεγαλύτερα νοσοκομεία..

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3.4.7. Εναλλαγή κλινών

Το ποσοστό εξόδου από το νοσοκομείο είναι ένας σημαντικός δείκτης που μετρά τον αριθμό των ατόμων που εξήλθαν, αφού παρέμειναν τουλάχιστον μία νύχτα στο νοσοκομείο. Ένα υψηλό ποσοστό εξόδου από το νοσοκομείο μπορεί να υποδηλώνει την αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου ή την αναποτελεσματική, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε υψηλό ποσοστό επανεισαγωγών. Για τον προσδιορισμό του στοιχείου αυτού, υπολογίζουμε το ποσοστό εναλλαγής κλίνης (bed turnover rate).

Ο αριθμός των εξόδων από κάθε νοσοκομείο, ανά μήνα, αποτελεί δείκτη που δεν συμπεριλήφθηκε στα δεδομένα που καταχωρούν τα δημόσια νοσοκομεία στο ESYNET. Ως εκ τούτου, για τους σκοπούς της ανάλυσης και προκειμένου να κάνουμε μια εκτίμηση των εξόδων των ασθενών, ανά μήνα, εφαρμόστηκε ο ακόλουθος τύπος για κάθε νοσοκομείο:

Νοσηλευόμενοι τρέχοντος μήνα = Νοσηλευόμενοι προηγούμενου μήνα + Εισαγωγές ασθενών τρέχοντος μήνα – Εξαγωγές ασθενών τρέχοντος μήνα.

Με βάση αυτή την εξίσωση:

Εξαγωγές ασθενών τρέχοντος μήνα = Νοσηλευόμενοι προηγούμενου μήνα + Εισαγωγές ασθενών τρέχοντος μήνα – Νοσηλευόμενοι τρέχοντος μήνα.

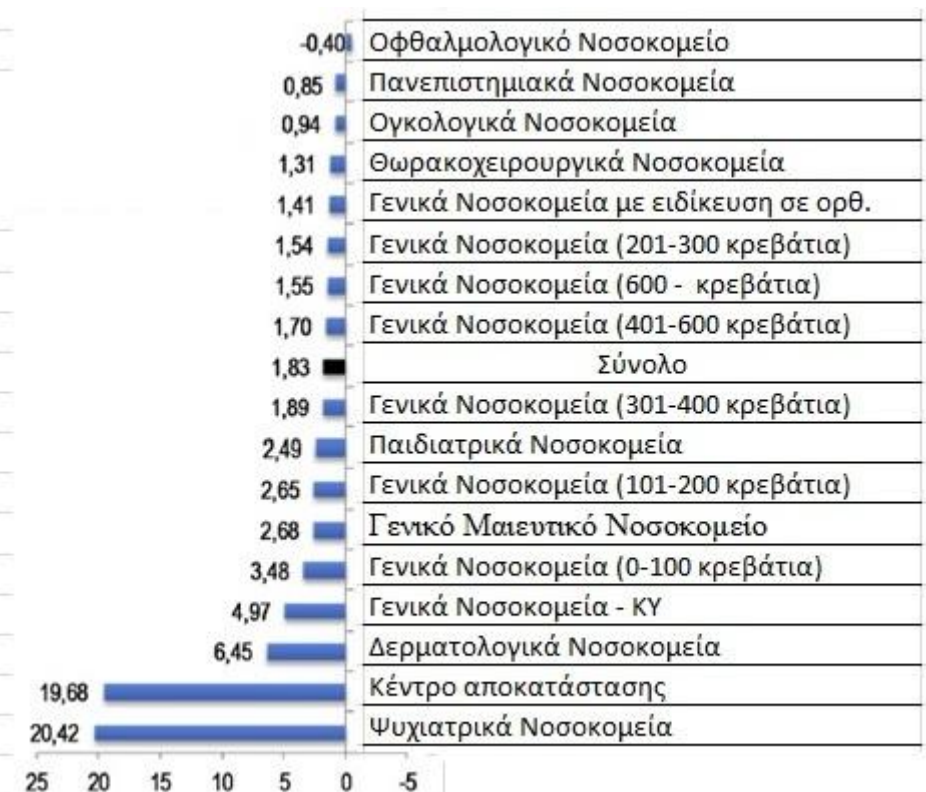
Μέσω του μηνιαίου αριθμού εξαγωγών προσδιορίζεται ο ρυθμός εναλλαγής κλινών μέσω του ακόλουθου τύπου.

$$\text{Ρυθμός εναλλαγής κλινών} = \frac{\text{Αριθμός Εξιτηρίων}}{\text{Σύνολο κλινών}}$$

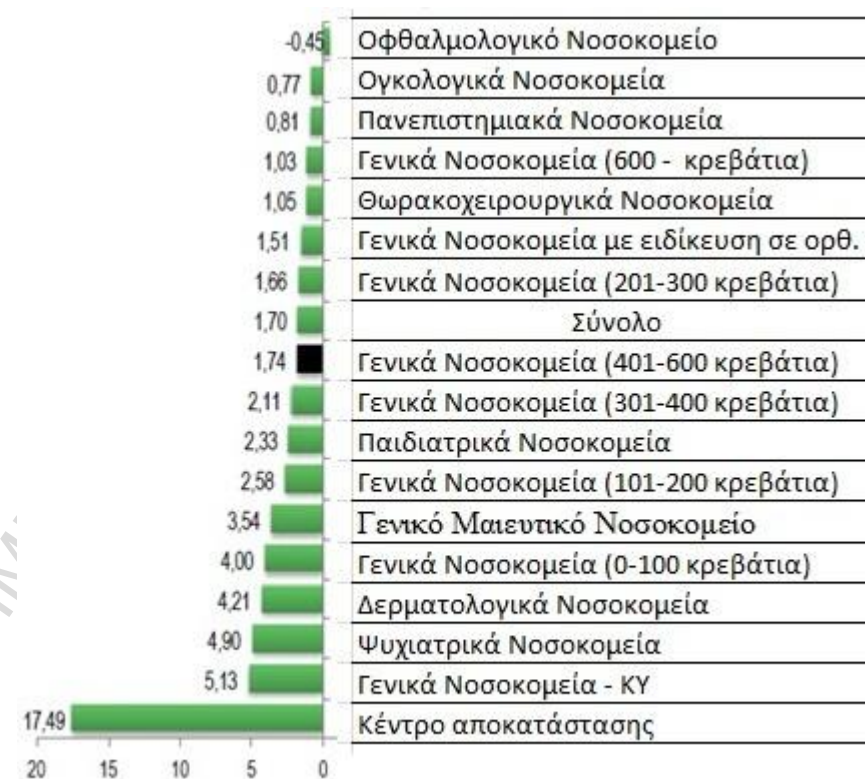
Το ανωτέρω νούμερο δείχνει τον αριθμό ασθενών που εναλλάσσονται σε μια κλίνη σε διάστημα ενός μήνα. Υψηλός δείκτης σημαίνει μεγάλη εναλλαγή ασθενών ανά κρεβάτι μέσα σε διάστημα ενός μήνα. Από την άλλη αρνητικός δείκτης μεταφράζεται σε αδυναμία κάλυψης των απαραίτητων περιστατικών λόγω έλλειψης διαθέσιμων

κρεβατιών για την υποστήριξη των περιστατικών. Αναλυτικά, ανά κατηγορία νοσοκομείων τα στοιχεία αυτά, παρουσιάζονται στα κάτωθι διαγράμματα.:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Γράφημα 27: Ρυθμός εναλλαγής κλίνης για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 28: Ρυθμός εναλλαγής κλίνης για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

3.4.8. Σύνοψη σύγκρισης εναλλαγής κλινών

Σύμφωνα με τα στοιχεία προκύπτει ότι για το 2012, ο μέσος όρος ρυθμού εναλλαγής κλινών για κάθε κατηγορία νοσοκομείων κυμαίνεται σε 1,83 άτομα ανά μήνα, με την τιμή αυτή να μειώνεται ελάχιστα σε 1,70 για το πρώτο 7μηνο του 2013. Οι τιμές αυτές, ως μέσος όρος του συνόλου των νοσοκομείων του ΕΣΥ, εμφανίζονται εξαιρετικά χαμηλά δείχνοντας ουσιαστικά ότι η πλειοψηφία των περιστατικών πραγματοποιεί στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μακροχρόνιες νοσηλείας. Οι μακροχρόνιες αυτές νοσηλείες, δεν οφείλονται, τόσο στην βαρύτητα των περιστατικών που αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία, όσο στην μειωμένη αποδοτικότητα ως προς την χρήση των συντελεστών παραγωγής που διαθέτουν. Παράλληλα, εντοπίζονται πολύ υψηλές τιμές εναλλαγής κλινών στα Γενικά Νοσοκομεία – ΚΥ. Ο λόγος των υψηλών αυτών τιμών είναι κατά κύριο λόγο η μειωμένη δυνατότητα που διαθέτουν οι δομές αυτές, λόγω έλλειψης υποδομών και ειδικευμένου προσωπικού να αντιμετωπίσουν μια μεγάλη γκάμα περιστατικών. Αποτέλεσμα αυτού είναι, μετά από μια μικρή νοσηλεία, στην οποία εξασφαλίζεται κατά κύριο λόγο η αντιμετώπιση κινδύνων ενάντια στην ίδια τη ζωή του ασθενή να γίνεται διακομιδή του ασθενή σε μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες, στις οποίες θα πραγματοποιηθεί η αντιμετώπιση και θεραπεία του ιατρικού περιστατικού. Μάλιστα, η τάση αυτή λόγω υποστελέχωσης και μείωσης πόρων, λόγω της ελλιπούς χρηματοδότησης το πρώτο 7μηνο του 2013 εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένο. Τέλος παρατηρείται ιδιαίτερα υψηλός ρυθμός εναλλαγής στις ψυχιατρικές κλινικές. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται κατά βάση στην μεγάλη αύξηση κρουσμάτων ψυχικών ασθενειών όπως η κατάθλιψη και οι φοβίες οι οποίες για να αντιμετωπιστούν μέσω κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής απαιτούν πολλές φορές ολιγόμηρη νοσηλεία για την ασφαλή τους διάγνωση.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Ο ρυθμός εναλλαγής κλινών αποτελεί ένα συμπληρωματικό μέγεθος στη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας και στον αριθμό των διαθέσιμων κλινών γιατί ένας υψηλός ρυθμός εναλλαγής μειώνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας, ως μέγεθος και παράλληλα δίνει πιο γρήγορα για επαναχρησιμοποίηση ένα κρεβάτι νοσοκομείου. Ένας χαμηλός ρυθμός εναλλαγής σε ένα γενικό νοσοκομείο δημιουργεί σοβαρά προβλήματα γιατί επιβαρύνει με υψηλό κόστος το νοσοκομείο, χωρίς την απαραίτητη αποδοτικότητα που θα πρέπει να εμφανίζει. Από

την άλλη, ένας υψηλός ρυθμός εναλλαγής ιδιαίτερα σε μικρά νοσοκομεία της επαρχίας, εμφανίζεται κατά βάση, όταν η ίδια η μονάδα αδυνατεί να χειριστεί το περιστατικό και αναγκάζεται να του κάνει διακομιδή, όσο το δυνατόν πιο άμεσα σε άλλη νοσοκομειακή μονάδα. Όπως φαίνεται από τα δεδομένα, οι μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες εντοπίζονται κατά κύριο λόγο, στα αστικά κέντρα εμφανίζουν σχετικά μικρό ρυθμό εναλλαγής κλινών. Ένας από τους κύριους λόγους, που συμβαίνει αυτό είναι η ελλιπής οργάνωση στον τομέα των διαδικασιών που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία. Παράδειγμα των καθυστερήσεων αυτών, αποτελεί η καθυστέρηση την οποία υφίσταται ένας ασθενής ο οποίος έχει εισαχθεί ως χειρουργικό περιστατικό. Πριν την πραγματοποίηση του αναγκαίου χειρουργείου, είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση μιας σειράς τυπικών εξετάσεων, χωρίς όμως να παρέχεται αυτόματα προτεραιότητα στον ασθενή αυτό. Αποτέλεσμα αυτού είναι να παραμένει ο ασθενής μια έως δυο μέρες παραπάνω δεσμεύοντας και την αντίστοιχη κλίνη, μέχρι να ολοκληρωθούν οι απαραίτητες εξετάσεις, αυξάνοντας παράλληλα και την μέση διάρκεια νοσηλείας. Ο χρόνος αυτός αποτελεί νεκρό χρόνο για το νοσοκομείο, ενώ παράλληλα η κλίνη, η οποία είναι δεσμευμένη δεν μπορεί να φιλοξενήσει επόμενο περιστατικό. Επιπρόσθετα, ως βασική αιτία για τις καθυστερήσεις αυτές, θα πρέπει να επισημανθεί και η έλλειψη προσωπικού καθώς και η έλλειψη διαθέσιμων πόρων που παρατηρείται σε πολλά δημόσια νοσοκομεία. Κάτι που αναγκάζει γενικότερα ένα νοσοκομείο να λειτουργεί με μειωμένη αποδοτικότητα σε σχέση με αυτή που θα μπορούσε να προσφέρει αν διέθετε όλους τους απαραίτητους πόρους

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Σε αστικές περιοχές διαπιστώνεται χαμηλός ρυθμός εναλλαγής που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία ο οποίος δείχνει υπολειτουργία και ελλιπή χρήση παραγωγικών συντελεστών και ο οποίος οφείλεται σε ελλιπή οργάνωση στον τομέα των διαδικασιών καθώς και σε έλλειψη διαθέσιμων πόρων. Σε νησιωτικές και ηπειρωτικές περιοχές από την άλλη, εμφανίζεται πάλι λόγω έλλειψης διαθέσιμου προσωπικού και πόρων υψηλός ρυθμός εναλλαγής που δείχνει αδυναμία αντιμετώπισης μεγάλου αριθμού περιστατικών

3.4.9. Διαγνωστικές Εξετάσεις

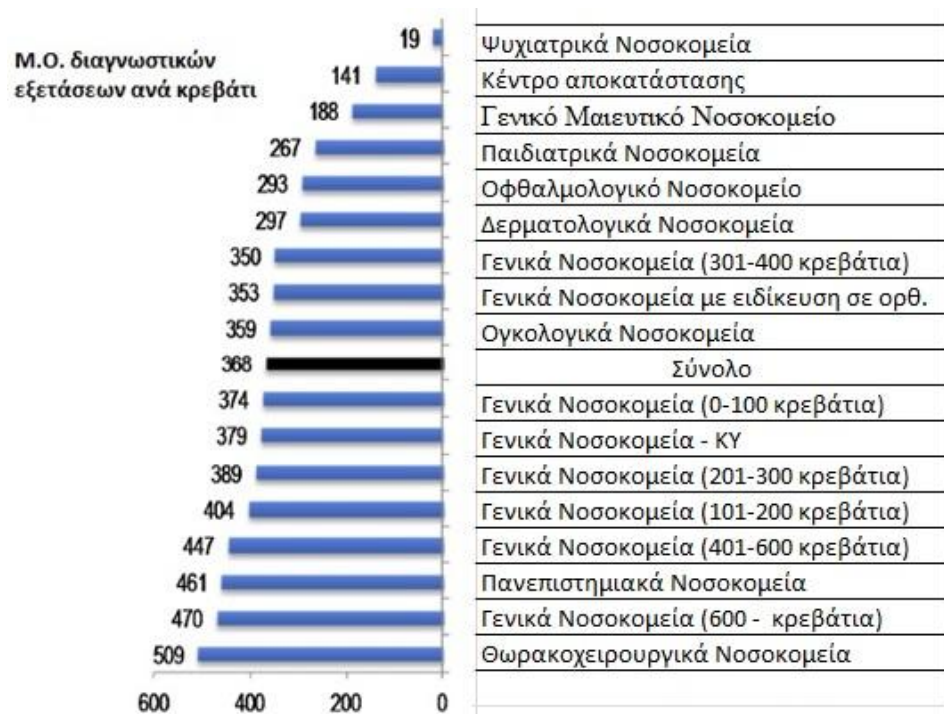
Ερευνώντας τον αριθμό των εξετάσεων και των διαγνωστικών διαδικασιών, που πραγματοποιούνται ανά κλίνη κατά μέσο όρο, μπορούμε να εκτιμήσουμε αν πραγματοποιείται υπερβολικός αριθμός εξετάσεων καθώς και αν αυτές οι εξετάσεις είναι περιττές.

Ο συνολικός αριθμός των εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε ένα νοσοκομείο διαχωρίζεται σε 3 κύριες ομάδες εξετάσεων, ως εξής:

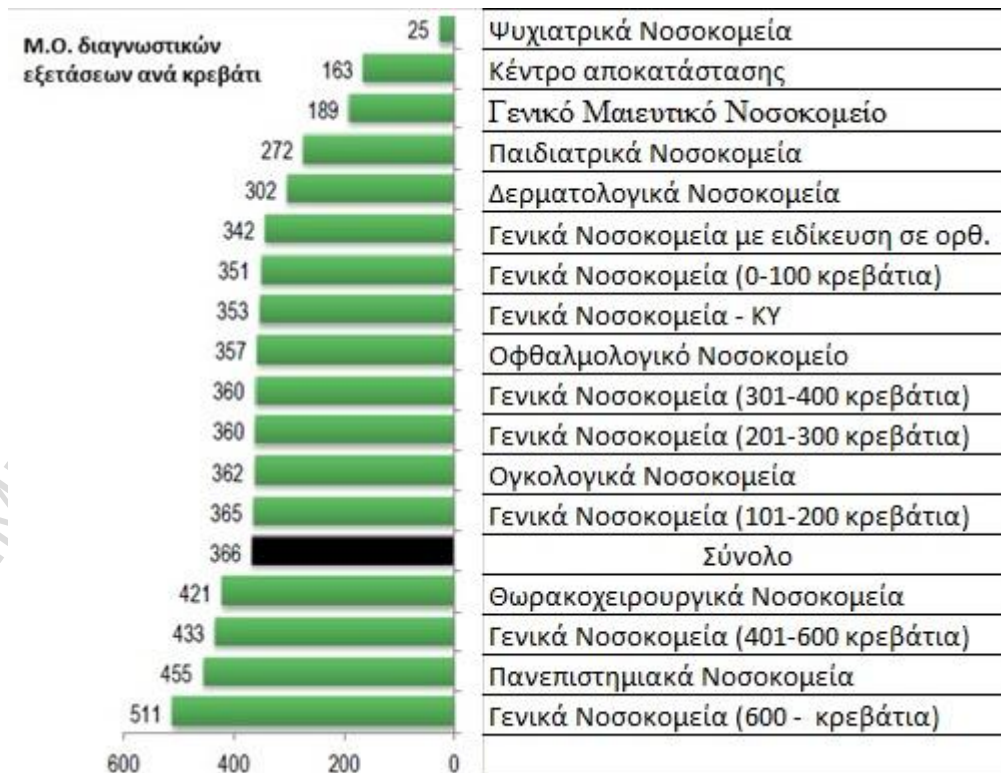
- Προγραμματισμένες – Διενεργούνται στην Κλινική
- Έκτακτης Ανάγκης – Διενεργούνται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Εξετάσεις που διενεργούνται στα εξωτερικά ιατρεία

$$\text{Εξετάσεις ανά Κλίνη} = \frac{\Sigma(\text{Αριθμός εξετάσεων που διενεργήθηκαν})}{\text{Αριθμός κλινών}}$$

Στα παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζονται ο Μέσος Αριθμός Μηνιαίων Διαγνωστικών Εξετάσεων ανά Κλίνη και ανά τμήμα των διάφορων κατηγοριών δημόσιων νοσοκομείων.

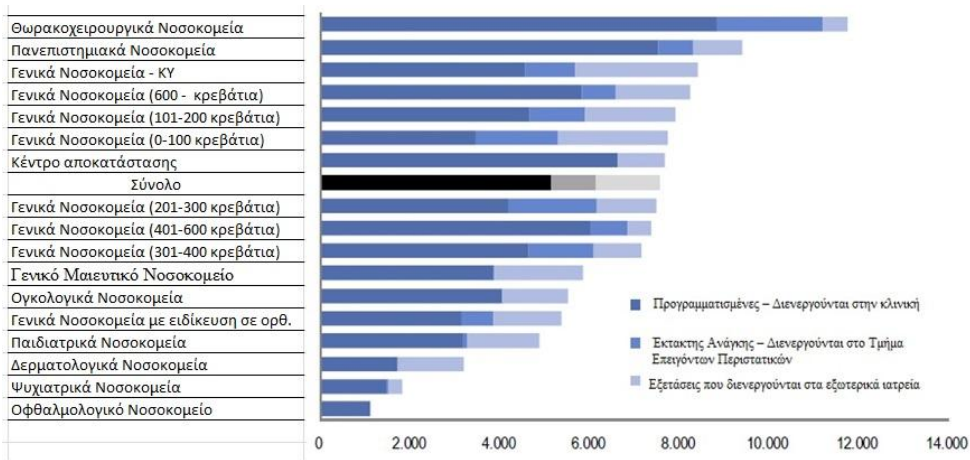


Γράφημα 29: Μ.Ο. διαγνωστικών εξετάσεων ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

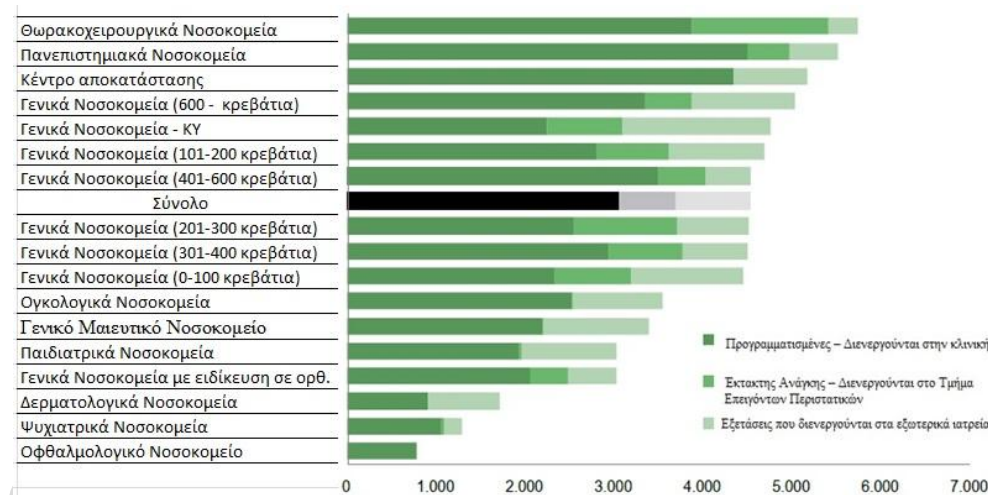


Γράφημα 30: Μ.Ο. διαγνωστικών εξετάσεων ανά κρεβάτι για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 31: Διαγνωστικές εξετάσεις ανά κατηγορία τμήματος που πραγματοποιούνται για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 32: Διαγνωστικές εξετάσεις ανά κατηγορία τμήματος που πραγματοποιούνται για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

3.4.10. Σύνοψη ανάλυσης Διαγνωστικών Εξετάσεων

Το 2012, ο Μέσος Αριθμός Μηνιαίων Διαγνωστικών Εξετάσεων ανά Κλίνη των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων ήταν 368 εξετάσεις με τον αριθμό αυτό να παραμένει σχεδόν αμετάβλητος στις 366 εξετάσεις για το πρώτο 7μηνο του 2013. Παράλληλα, βλέπουμε ότι η κατηγορία νοσοκομείων, η οποία επιβαρύνεται με το μεγαλύτερο αριθμό εξετάσεων είναι τα Θωρακοχειρουργικά. Η μεγάλη αυτή επιβάρυνση βέβαια, οφείλεται στη δυσκολία, την οποία εμφανίζουν τα ιατρικά περιστατικά, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει και τα οποία προϋποθέτουν ένταση κεφαλαίου από το νοσοκομείο, για να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες εξετάσεις. Η ένταση αυτή προέρχεται από την τεχνολογία που απαιτείται για την πραγματοποίηση εξειδικευμένων εξετάσεων, όπως είναι η Θωρακοσκοπίσεις, Οι μαγνητικές, οι αξονικές, οι αγγειοπλαστικές κλπ. Στον αντίποδα τα οφθαλμολογικά νοσοκομεία εμφανίζουν το χαμηλότερο κόστος εξετάσεων. Αυτό οφείλεται όχι γιατί δεν διαθέτουν ένταση κεφαλαίου, αλλά γιατί η ένταση αυτή επιβαρύνει το επεμβατικό σκέλος της δαπάνης και όχι το διαγνωστικό το οποίο εξετάζεται στο προηγούμενο διάγραμμα. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η μεγαλύτερη αναλογία εξετάσεων που πραγματοποιείται σε εξωτερικά ιατρεία σε σύγκριση με τις εξετάσεις, κατά τη διάρκεια νοσηλείας εμφανίζεται στα Νοσοκομεία – ΚΥ. Κάτι που δείχνει με τον πιο σαφή τρόπο ότι, ο προσανατολισμός των μονάδων αυτών, θα πρέπει να είναι περισσότερο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη και λιγότερο στη δευτεροβάθμια νοσηλεία

Συμπέρασμα ανάλυσης: Ο μεγάλος αριθμός εξετάσεων ανά κρεβάτι που πραγματοποιούνται καταδεικνύει έναν τομέα ο οποίος μπορεί μέσα από μια σειρά διαρθρωτικών ενεργειών να προσφέρει μεγάλες εξοικονομήσεις στο κόστος λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα μπορούν τα διαγνωστικά κυρίως εργαστήρια μέσω σωστού προγραμματισμού να διατηρήσουν τον αριθμό των εξετάσεων χωρίς να μειώσουν έτσι την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών μειώνοντας όμως από την άλλη τα διαθέσιμα αντιδραστήρια που απαιτούνται για την διενέργειά τους. Παράλληλα η παρουσία μεγάλου αριθμού εξετάσεων σε νοσοκομεία ειδικού σκοπού όπως είναι τα θωρακοχειρουργικά μπορεί με τη σειρά του να βοηθήσει ώστε κάθε μελλοντικός προγραμματισμός για την ανανέωση

ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού μέσω κοινοτικών κονδυλίων. Ο προγραμματισμός αυτός θα δίνει προτεραιότητα στην ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των νοσοκομείων εκείνων όπως τα θωρακοχειρουργικά που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα περισσότερα περιστατικά μειώνοντας έτσι το κόστος και αυξάνοντας παράλληλα την ικανοποίηση των ασθενών και τις δυνατότητες του ιατρικού προσωπικού.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Παρατηρούνται πάρα πολύ αυξημένα ποσοστά εξετάσεων, που πραγματοποιούνται σαν επείγοντα περιστατικά στο σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων, που εντοπίζονται σε αστικές περιοχές. Αυτό καταδεικνύει δυο παθογένειες του Ελληνικού συστήματος Υγείας. Η πρώτη είναι, η παντελής έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία θα μπορεί να εξυπηρετεί μια σειρά από περιστατικά, τα οποία δεν θα χρειάζονταν να προσέλθουν για εξετάσεις (κάτι που σπάνια θεωρείται απειλητική συνθήκη για τη ζωή) στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, την οποία αποτελούν τα νοσοκομεία και η οποία λειτουργεί με αυξημένα λειτουργικά κόστη. Δεύτερον η αυξημένη αυτή κίνηση δείχνει τις ελλείψεις, που παρατηρούνται στο ελληνικό σύστημα υγείας, τόσο σε υποδομές, όσο και σε προσωπικό. Αποτέλεσμα των ελλείψεων αυτών, είναι πολλοί πολίτες, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι για να κάνουν μία απλή εξέταση να περιμένουν μήνες ολόκληρους, να προσφεύγουν τελικά στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στα έκτακτα περιστατικά, προκειμένου να παρακάμψουν την αναμονή και να εξυπηρετηθούν άμεσα. Η αναίτια όμως αυτή προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία, εμποδίζει το δημόσιο σύστημα υγείας να προγραμματίσει, τόσο την τακτική του λειτουργία, όσο και την εφημεριακή, δαπανώντας με τον τρόπο αυτό απρογραμματίστους και δυσανάλογα υψηλούς, σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, πόρους.

3.4.11. Μέσος αριθμός χειρουργείων ανά ασθενή και ανά κλίνη

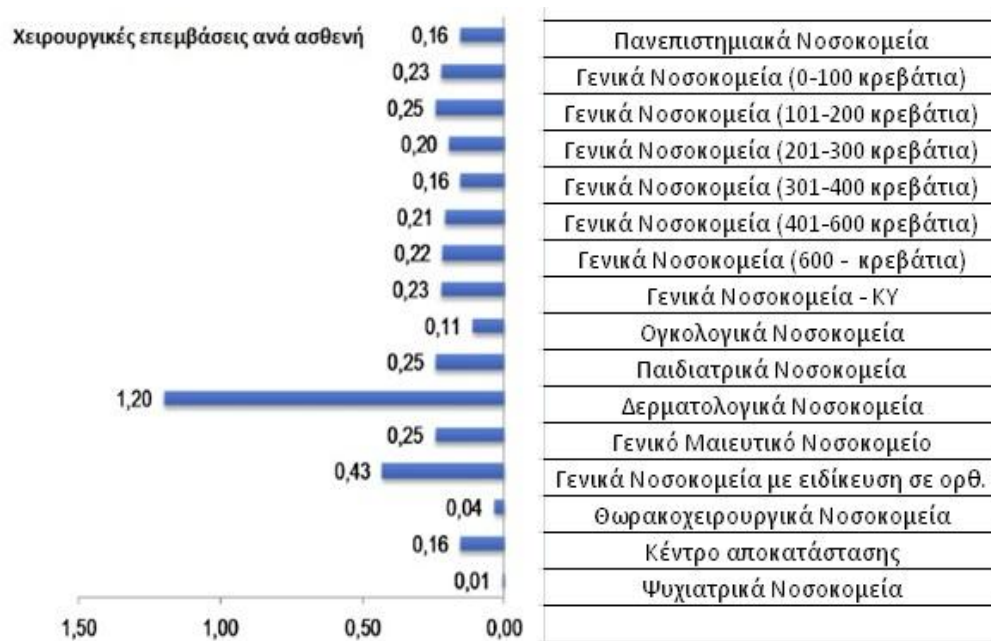
Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι μια παράμετρος των λειτουργικών διαδικασιών, που δείχνει εάν ένα νοσοκομείο χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους διαθέσιμους ανθρωπίνους πόρους, καθώς και αν πραγματοποιείται ορθή διαχείριση των επεμβάσεων.

Ένας μεγάλος αριθμός επεμβάσεων στα δημόσια νοσοκομεία με λίγους γιατρούς θα μπορούσε να σημαίνει την ανάγκη μεταφοράς γιατρών από άλλα με πλεονάζον προσωπικό νοσοκομεία ώστε να βοηθήσουν το συγκεκριμένο. Επιπλέον, ο αριθμός των χειρουργικών διαδικασιών που εκτελούνται ανά ασθενή αναδεικνύει εκείνα τα νοσοκομεία με εργασιακή υπερφόρτωση στα χειρουργεία.

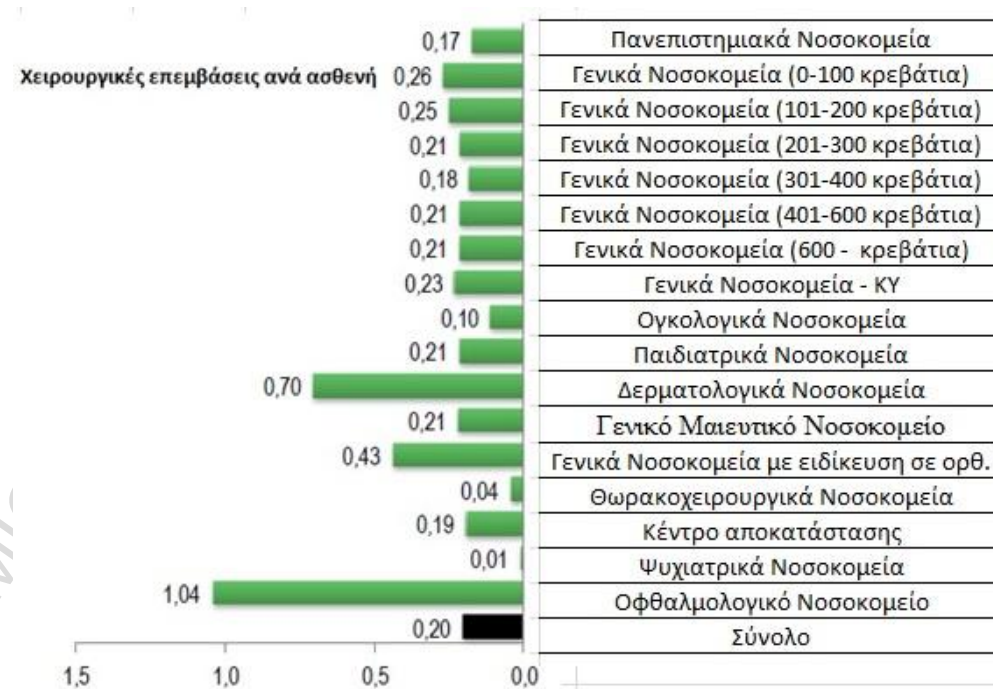
$$\text{Χειρουργεία ανά Γιατρό} = \frac{\text{Αριθμός χειρουργείων που διενεργήθηκαν}}{\Sigma(\text{Αριθμός γιατρών})}$$

$$\text{Χειρουργεία ανά Ασθενή} = \frac{\text{Αριθμός χειρουργείων}}{\Sigma(\text{Αριθμός νοσηλευθέντων})}$$

Τα παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζουν τον Μέσο Αριθμό χειρουργείων, ανά ασθενή και ανά ιατρό, των διάφορων κατηγοριών δημόσιων νοσοκομείων.



Γράφημα 33: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

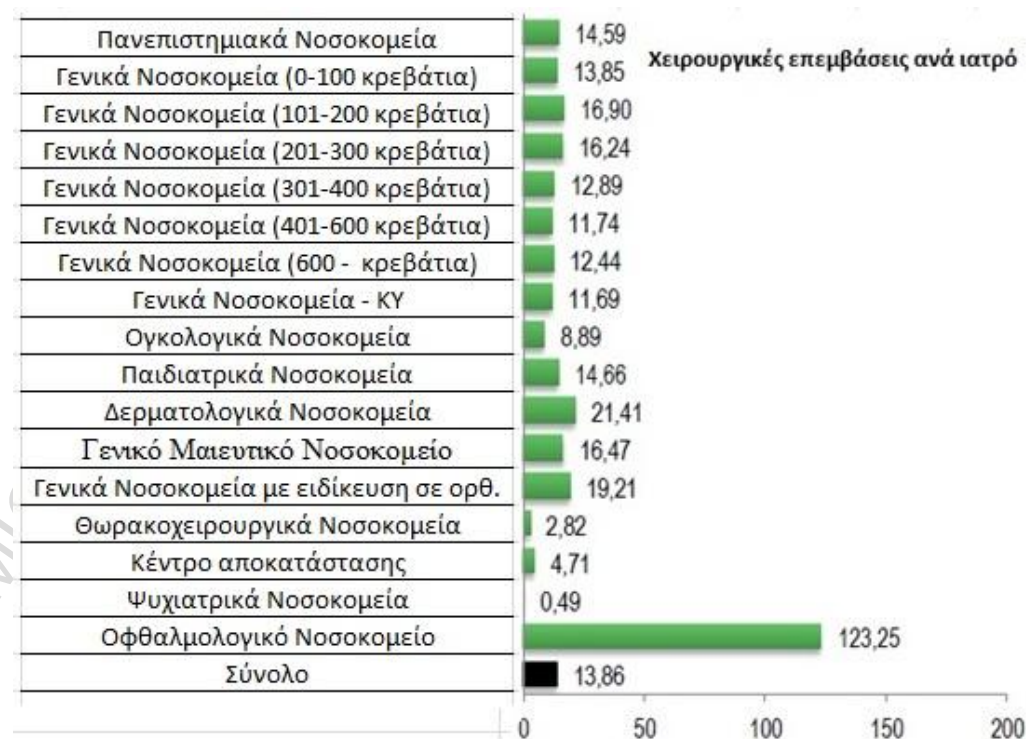


Γράφημα 34: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 35: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ιατρό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 36: Χειρουργικές επεμβάσεις ανά ιατρό για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

3.4.12. Σύνοψη σύγκρισης μέσου αριθμού χειρουργείων ανά ασθενή και ανά κλίνη

Όπως προαναφέρθηκε, σε προηγούμενη παράγραφο, εμφανίζεται μια πτωτική τάση στον αριθμό των ιατρών. Η μείωση αυτή του αριθμού των ιατρών δικαιολογεί την αυξητική τάση, την οποία εμφανίζουν στο σύνολο τους, τα νοσοκομεία, με βάση τα ανωτέρω στοιχεία. Στην μείωση αυτή των ιατρών, θα πρέπει να συνυπολογιστεί και η αύξηση της προσέλευσης των πολιτών στα δημόσια νοσοκομεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι, με βάση τα ανωτέρω στοιχεία, τα οφθαλμολογικά νοσοκομεία εμφανίζουν την υψηλότερη αναλογία, κάτι που δικαιολογεί και η ιδιαίτερη φύση των περιστατικών, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει (εγχείρηση καταρράκτη, φακοθρυψίες, αποκολλήσεις αμφιβληστροειδών κλπ). Στον αντίποδα, τα θωρακοχειρουργικά νοσοκομεία εμφανίζουν πολύ χαμηλή αναλογία. Παρά την τεράστια διαφορά, μεταξύ του αριθμού των επεμβάσεων, που πραγματοποιούν μεταξύ τους τα δυο ήδη νοσοκομείων, το τελικό διαμορφούμενο κόστος λειτουργίας, εμφανίζει τελείως διαφορετική μορφή με τα θωρακοχειρουργικά νοσοκομεία να είναι πιο κοστοβόρα ανά ημέρα λειτουργίας, σε σύγκριση με τα οφθαλμολογικά. Αυτό οφείλεται στην βαρύτητα των περιστατικών, τα οποία καλείται κάθε ένα νοσοκομείο να αντιμετωπίσει, το οποίο αποτελεί εξάλλου έναν από τους βασικότερους παράγοντες διαμόρφωσης του τελικού κόστους.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Η μείωση του αριθμού των ιατρών δικαιολογεί την αυξητική τάση, την οποία εμφανίζουν στο σύνολο τους τα νοσοκομεία με βάση τα ανωτέρω στοιχεία. Η αύξηση αυτή, στη νοσηλευτική κίνηση των δημόσιων νοσοκομείων, κατά την τελευταία διετία, λόγω των δυσμενών οικονομικών συνθηκών της οικονομίας και της στροφής των πολιτών, στο δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί αθροιστικά να εμφανίζει αύξηση, αλλά ποιοτικά η αύξηση αυτή εντοπίζεται στοχευμένα και έντονα κυρίως σε μη επεμβατικά περιστατικά, τα οποία χρήζουν νοσηλείας, αλλά όχι χειρουργικής επέμβασης. Το γεγονός αυτό συνδέεται άμεσα και με την αύξηση ψυχικών νοσημάτων, όπως η κατάθλιψη που παρουσιάζουν δραματική έξαρση τα τελευταία χρόνια, λόγω της έντονης οικονομικής δυσπραγίας που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, ειδικά των μεγάλων αστικών κέντρων που διαθέτουν μεγάλα νοσοκομεία.

Πρόβλημα που διαπιστώνονται: Η αύξηση της νοσηλευτικής κίνησης που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία, δεν οδηγεί σε αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων. Αυτό οφείλεται στην αύξηση εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω παθολογικών περιστατικών που συνδέονται με το νέο περιβάλλον, το οποίο διαμορφώνεται για τους πολίτες τα τελευταία χρόνια ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Ιδιαίτερα η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες ⁶ ⁷. Το νέο αυτό περιβάλλον, λειτουργεί ιδιαίτερα επιβαρυντικά για τη δημόσια υγεία και μεταφράζεται ιατρικά σε αύξηση παθολογικών περιστατικών (υψηλή πίεση, εγκεφαλικά, καρδιοπάθειες, κλπ) και ψυχικών νοσημάτων (κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση, κλπ), τα οποία στο σύνολο τους δεν απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση, αλλά παρόλα αυτά οδηγούν σε αύξηση του κόστους, αφού οδηγούν σε επιπρόσθετες μακροχρόνιες νοσηλείες και φαρμακευτική αγωγή.

⁶ STUCKLER D, BASU S, SUHRCKE M, COUTTS A, McKEE M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323

⁷ BURCHELL B. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C (eds) *Social change and the experience of unemployment*. Oxford University Press, Oxford, 1994:188–212

3.5. Συγκεντρωτική Σύνοψη Λειτουργικών Στοιχείων Δημόσιων Νοσοκομείων

Οι πίνακες που ακολουθούν, συγκεντρώνουν τους βασικούς λειτουργικούς δείκτες για το ΕΣΥ, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την σε βάθος ανάλυση και κατανόηση της τρέχουσας λειτουργικής τους κατάστασης.

Πίνακας 6 : Συνοπτική Παρουσίαση των Λειτουργικών Δεικτών των Δημόσιων Νοσοκομείων για το 2012 (12μηνη χρήση)

Λειτουργικοί Δείκτες	Τιμή
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	4,03
Κάλυψη Κλινών	71,94%
Ανθρώπινο Δυναμικό Υγείας	
Γιατροί ανά κλίνη	0,58
Νοσηλευτές ανά κλίνη	1,08
Εξιτήριο Ασθενών	
Διάστημα Αδράνειας Κλίνης (ημέρες)	1,83
Ποσοστό Αδράνειας Κλίνης	4,67
Εξετάσεις	
Εξετάσεις ανά κλίνη	368
Εξετάσεις ανά γιατρό	7.551
Χειρουργικές Επεμβάσεις	
Χειρουργεία ανά ιατρό	21,99
Χειρουργεία ανά ασθενή	0,20

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

Πίνακας 7 : Συνοπτική Παρουσίαση των Λειτουργικών Δεικτών των Δημόσιων Νοσοκομείων για το 2013 (7μηνη χρήση)

Λειτουργικοί Δείκτες	Τιμή
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	3,9
Κάλυψη Κλινών	72,43%
Ανθρώπινο Δυναμικό Υγείας	
Γιατροί ανά κλίνη	0,57
Νοσηλευτές ανά κλίνη	1,05
Εξιτήριο Ασθενών	
Διάστημα Αδράνειας Κλίνης (ημέρες)	1,70
Ποσοστό Αδράνειας Κλίνης	4,81
Εξετάσεις	
Εξετάσεις ανά κλίνη	366
Εξετάσεις ανά γιατρό	4.527
Χειρουργικές Επεμβάσεις	
Χειρουργεία ανά ιατρό	13,86
Χειρουργεία ανά ασθενή	0,20

Πηγή:

1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

Ακολούθως ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τον αριθμό νοσηλευθέντων και τις ημέρες νοσηλείας

Πίνακας 8: Νοσηλευθέντες - Ημέρες Νοσηλείας

Περίοδος	Αριθμός ανεπτυγμένων κλινών	Νοσηλευθέντες	Αναλογία Νοσηλευθέντων ανά μήνα	Ημέρες νοσηλείας	Αναλογία ημερών νοσηλείας ανά μήνα
Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2012	33.355	2.178.007	181.500	8.782.462	731.871
Ιανουάριος – Ιούλιος 2013	33.184	1.306.737	186.676	4.368.068	624.009

4. Αποτύπωση Οικονομικών Στοιχείων Μονάδων Υγείας του ΕΣΥ

Η καλύτερη αναφορά και παρακολούθηση των οικονομικών στοιχείων βοηθά τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία να διατηρήσουν, όχι μόνο την οικονομική βιωσιμότητά τους, αλλά και να συνεχίσουν να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, παρά τη συνεχή μείωση του προϋπολογισμού τους. Τα παρακάτω βασικά οικονομικά χαρακτηριστικά, παρέχουν μια εικόνα για το εάν τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά, έτσι ώστε να επιτύχουν με λιγότερους πόρους από τα προηγούμενα έτη τους ίδιους ή περισσότερους στόχους. Για το σκοπό αυτό, ο στόχος θα επιτευχθεί τελικά, μόνο με τη σταδιακή μείωση του κόστους ανά ασθενή / ημέρα νοσηλείας και όχι μόνο σε απόλυτη τιμή.

4.1. Διάρθρωση Κόστους στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας

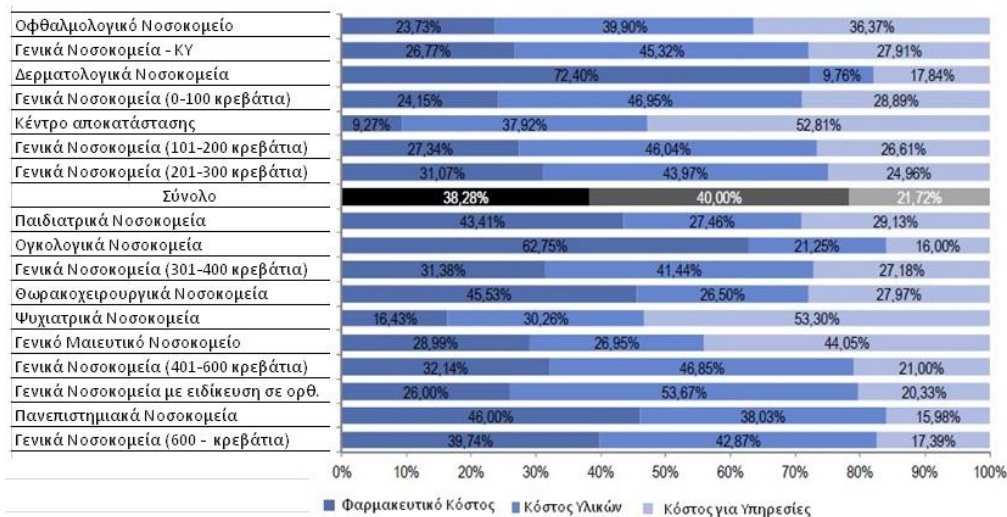
Απώτερος σκοπός της διοίκησης ενός νοσοκομείου είναι να διαθέτει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον αποτελεσματικό έλεγχο και διαχείριση του νοσοκομείου. Συνεπώς, οι πληροφορίες για τις νοσοκομειακές δαπάνες, άμεσες και έμμεσες, είναι ζωτικής σημασίας. Για τον λόγο αυτό, κάθε διοίκηση οφείλει να γνωρίζει για το νοσοκομείο που διοικεί την διάρθρωση του συνολικού κόστους λειτουργίας. Η γνώση της διάρθρωσης του συνολικού κόστους και η ανάλυση αυτού, αποτελεί για κάθε οικονομική μονάδα, το πιο αξιόπιστο και ενδεδειγμένο εργαλείο, που μπορεί να χρησιμοποιήσει, προκειμένου να επιτύχει μεγιστοποίηση του παραγόμενου αποτελέσματος με το ελάχιστη δυνατή χρήση παραγωγικών συντελεστών.

Σκοπός της ανάλυσης κόστους είναι, ο προσδιορισμός των διακριτών κατηγοριών κόστους των νοσοκομείων και η ανάδειξη της κατανομής του κόστους. Με άλλα λόγια είναι η χαρτογράφηση των κύριων κατηγοριών κόστους, που μπορούν να οδηγήσουν σε μια συνεχή βελτίωση του προϋπολογισμού σαν εργαλείο διοίκησης και σε μια παράλληλη μείωση των δαπανών μέσω εξορθολογισμού και καλύτερης χρήσης των διαθέσιμων πόρων κάθε μονάδας.

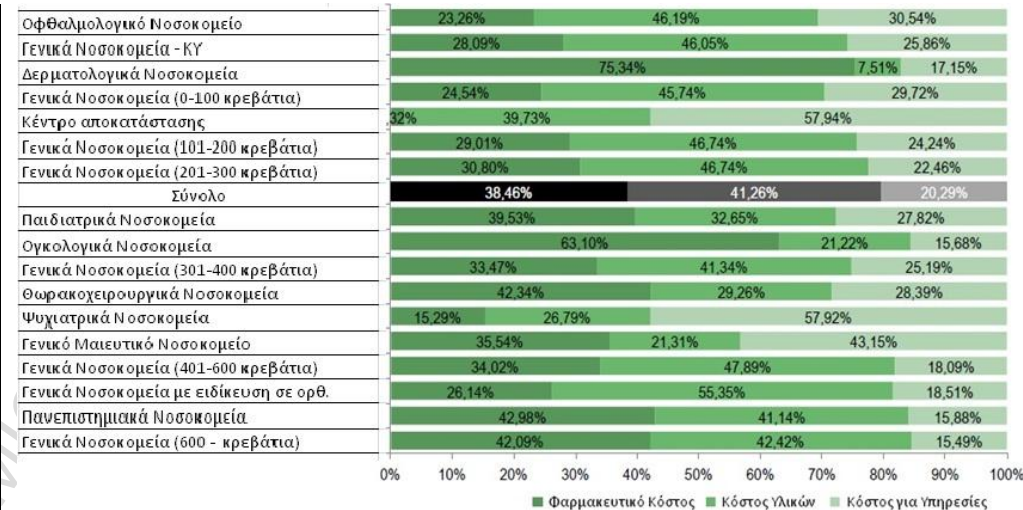
Γενικά, το παρακάτω γράφημα παρουσιάζει τις κύριες κατηγορίες κόστους και καθορίζει το ποσοστό προϋπολογισμού που κατανέμεται σε αυτές τις κατηγορίες, ανά

ομάδα νοσοκομείων, διακρίνοντας με αυτό τον τρόπο τα πεδία, στα οποία κάθε νοσοκομείο μπορεί να εφαρμόσει μέτρα για τη μείωση του κόστους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Γράφημα 37: Διάρθρωση κόστους για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 38: Διάρθρωση κόστους για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1) Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2) Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.2. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ασθενή και ανά μέρα νοσηλείας στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας

Το μέσο κόστος ανά ασθενή, είναι το αποτέλεσμα της κατανομής του συνολικού κόστους του νοσοκομείου στον ετήσιο αριθμό των ασθενών και απεικονίζει το σύνολο των χρημάτων που το νοσοκομείο ξοδεύει για τη περίθαλψη του ασθενή. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το Μέσο Συνολικό Κόστος περιλαμβάνει όλες τις δαπάνες, υλικά και υπηρεσίες, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό κτλ. με μόνη εξαίρεση τη μισθοδοσία που δεν περιλαμβάνεται.

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται με βάση τον παρακάτω τύπο:

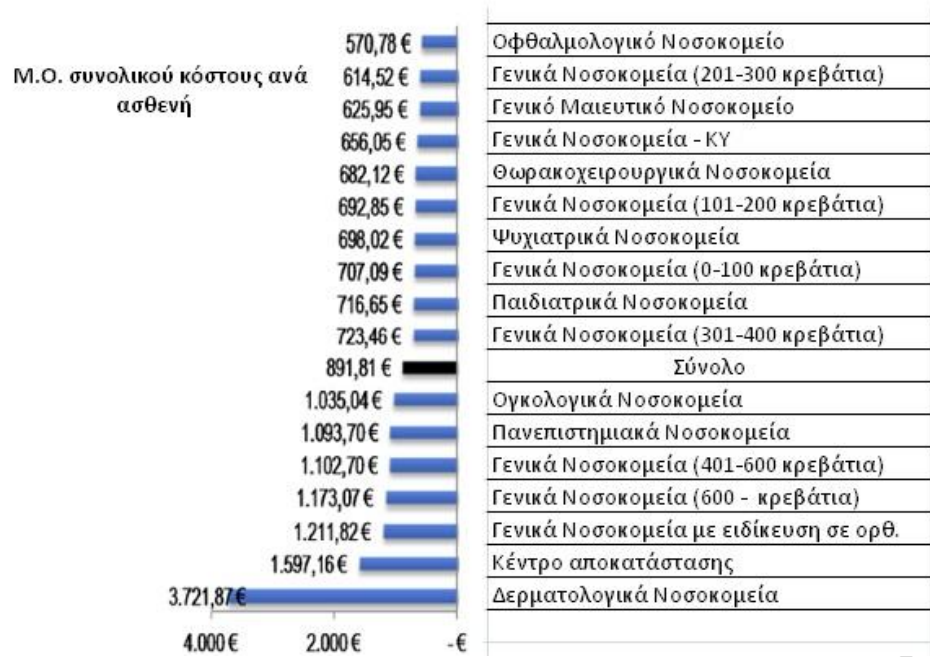
$$\text{Μέσο Συνολικό Κόστος ανά Ασθενή} = \frac{\Sigma(\text{Δαπάνες για υλικά, φάρμακα και υπηρεσίες})}{\Sigma(\text{Νοσηλευθέντες})}$$

Αντίστοιχα, το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, είναι το αποτέλεσμα της κατανομής του συνολικού κόστους του νοσοκομείου στον ετήσιο αριθμό των ημερών νοσηλείας και απεικονίζει το σύνολο των χρημάτων που το νοσοκομείο ξοδεύει για κάθε ημέρα περίθαλψης ενός ασθενή. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το Μέσο Συνολικό Κόστος περιλαμβάνει όλες τις δαπάνες, υλικά και υπηρεσίες, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό κτλ. με μόνη εξαίρεση τη μισθοδοσία που δεν περιλαμβάνεται.

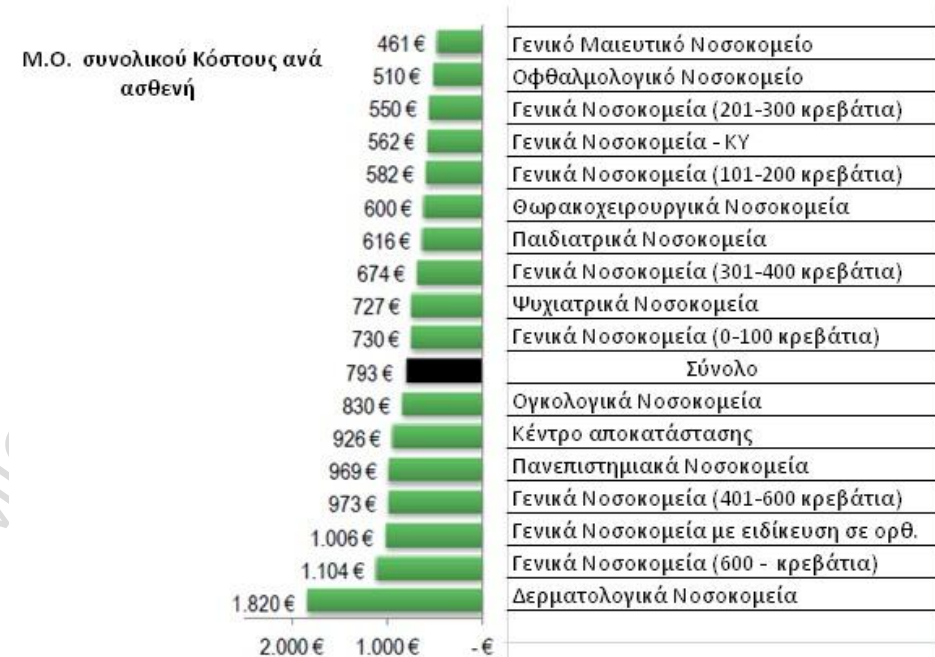
Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται με βάση τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Μέσο Συνολικό Κόστος ανά Ημέρα Νοσηλείας} = \frac{\Sigma(\text{Δαπάνες για υλικά, φάρμακα και υπηρεσίες})}{\Sigma(\text{Ημέρες νοσηλείας})}$$

4.2.1. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



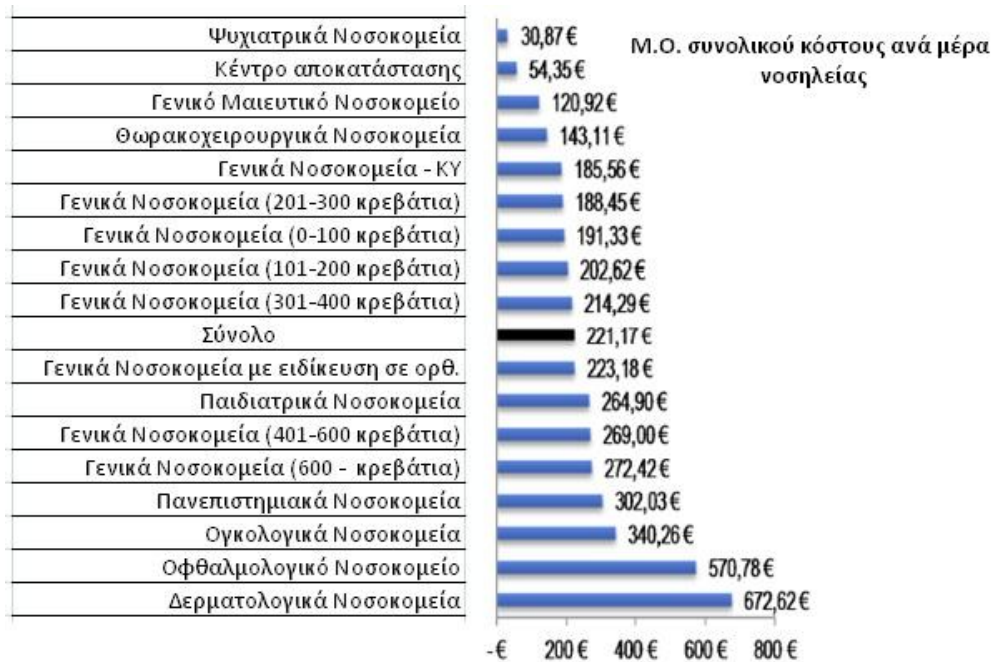
Γράφημα 39: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



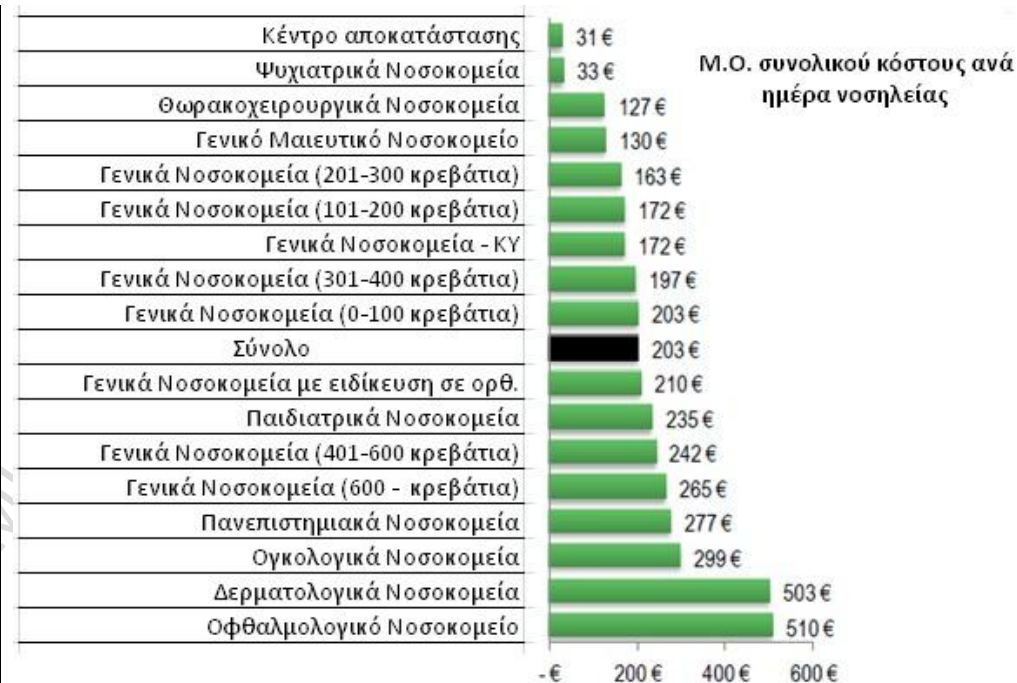
Γράφημα 40: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.2.2. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



Γράφημα 41: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 42: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.2.3. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία δαπάνης



Γράφημα 43: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία δαπάνης για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 44: Μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.2.4. Μέσο Συνολικό Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία δαπάνης



Γράφημα 45: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία δαπάνης για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 46: Μέσο συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία δαπάνης για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.2.5. Σύνοψη σύγκρισης μέσου συνολικού κόστους

Σύμφωνα με τα στοιχεία προκύπτει ότι, για το 2012 το μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή, για κάθε κατηγορία νοσοκομείων διαμορφώθηκε στα 891,81 €. Αντίστοιχα για το πρώτο 7μηνο του 2013, το κόστος αυτό διαμορφώθηκε στα 793 €. Παρατηρούμε δηλαδή ότι, το μέσο συνολικό κόστος παρουσιάζει μια πτώση της τάξεως του 11%. Η πτώση αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση των εισαγωγών των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω των δυσχερών οικονομικών συνθηκών. Παράλληλα όμως, με την αύξηση του αριθμού των ασθενών, είναι σε εξέλιξη και μια προσπάθεια μείωσης του συνολικού κόστους παράγωγης των μονάδων υγείας, ως αποτέλεσμα της συνολικής μείωσης που έχει υποστεί ο συνολικός κρατικός προϋπολογισμός για τις δαπάνες υγείας, η οποία έχει μεσοσταθμικά ανέλθει σε -9,06%.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Από την ανάλυση που προηγήθηκε, προκύπτουν πολύ μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών νοσοκομείων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι, το ανά ημέρα κόστος, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ανέρχεται σε 30,87 € για το 2012 αυξανόμενο ελάχιστα σε 31 € για το 2013, σε αντίθεση με τα οφθαλμολογικά και δερματολογικά νοσοκομεία, τα οποία εμφανίζουν το μεγαλύτερο κόστος. Η διαφοροποίηση αυτή, οφείλεται κατά κύριο λόγο, στο γεγονός ότι τα δερματολογικά και οφθαλμολογικά νοσοκομεία είναι κατά κύριως επεμβατικά σε περιστατικά, τα οποία χρίζουν νοσηλείας τις περισσότερες φορές μικρότερης ακόμα και της μιας ημέρας. Αποτέλεσμα αυτού είναι, το συνολικό κόστος, το οποίο είναι αυξημένο, λόγω της ύπαρξης και επεμβατικής διαδικασίας να συγκεντρώνεται εξ ολοκλήρου σε μια μέρα νοσηλείας και να μην επιμερίζεται, κάτι που συμβαίνει κατά κόρον στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, στα οποία το σύνολο σχεδόν των νοσηλευόμενων είναι χαμηλού επεμβατικού κόστους και μακράς διάρκειας νοσηλείας.

Επιπρόσθετα, τονίζεται ότι, όταν ο επιμερισμός του κόστους, έγινε σε επίπεδο κατηγορίας δαπάνης και όχι νοσοκομείου, το στοιχείο που προέκυψε έδειξε ότι το φαρμακευτικό κόστος ενός νοσοκομείου αποτελεί με τεράστια διαφορά το υψηλότερο ανά κατηγορία κόστος λειτουργίας. Για τον λόγο αυτό και με γνώμονα πάντα την διασφάλιση επαρκούς και ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, γίνεται μια προσπάθεια εξοικονόμησης του φαρμακευτικού κόστους, με τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων στη θέση των ακριβότερων πρωτοτύπων.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Το φαρμακευτικό κόστος ενός νοσοκομείου, αποτελεί με τεράστια διαφορά το υψηλότερο ανά κατηγορία κόστος λειτουργίας. Το γεγονός αυτό, επιβαρύνεται ιδιαίτερα και με εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, οι οποίοι πραγματοποιούν θεραπείες υψηλού κόστους (HIV, αντικαρκινικά σχήματα, θεραπείες αυξητικής ορμόνης, θεραπείες σκλήρυνσης κατά πλακά κλπ), σε ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία γίνεται συνταγογράφηση, η οποία όμως εκτελείται από δημόσια νοσοκομεία μετακυλίοντας ουσιαστικά ένα τεράστιο κόστος από τα ιδιωτικά θεραπευτήρια στα δημόσια νοσοκομεία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

4.3. Μέσο Κόστος αναλώσεων ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

Για τη μείωση του συνολικού κόστους που αντιμετωπίζει ένα νοσοκομείο και δεδομένου ότι το λειτουργικό κόστος ενός νοσοκομείου δεν είναι ενδεικτικό της αποτελεσματικότητας των εκροών που παρουσιάζει, θα ήταν πιο συνετό να καθορίσουμε το κόστος στόχο, το οποίο σε αυτή την περίπτωση θα ήταν η θεραπεία ενός ασθενούς παρά το συνολικό κόστος.

Το μέσο κόστος υλικών και φαρμάκων ανά ασθενή, υποδηλώνει το άμεσο ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για έναν μέσο ασθενή κατά τη θεραπεία του. Ο δείκτης προκύπτει από την διαίρεση του ετήσιου συνολικού κόστους υλικών και φαρμάκων ενός νοσοκομείου με τον ετήσιο αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι άλλοι δύο παρακάτω δείκτες εκφράζουν το κόστος που αναφέρθηκε ανωτέρω σε όρους κόστους ανά ημέρες νοσηλείας των ασθενών και αυτό το κόστος ξανά ως ένα ποσοστό του συνολικού κόστους υλικών και φαρμάκων, όπως αυτό συλλέγεται από όλα τα νοσοκομεία της χώρας το συγκεκριμένο έτος.

$$\text{Μέσο Κόστος αναλώσεων και φαρμάκων ανά ασθενή} = \frac{(\Sigma (\text{Αναλώσεις για υλικά}) + \Sigma (\text{Αναλώσεις για φάρμακα}))}{\Sigma (\text{Νοσηλευόμενων ασθενών})}$$

$$\text{Μέσο Κόστος αναλώσεων και φαρμάκων ανά ημέρα νοσηλείας} = \frac{(\Sigma (\text{Αναλώσεις για υλικά}) + \Sigma (\text{Αναλώσεις για φάρμακα}))}{\Sigma (\text{Ημέρες νοσηλείας ασθενών})}$$

4.3.1. Μέσο Κόστος αναλώσεων ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

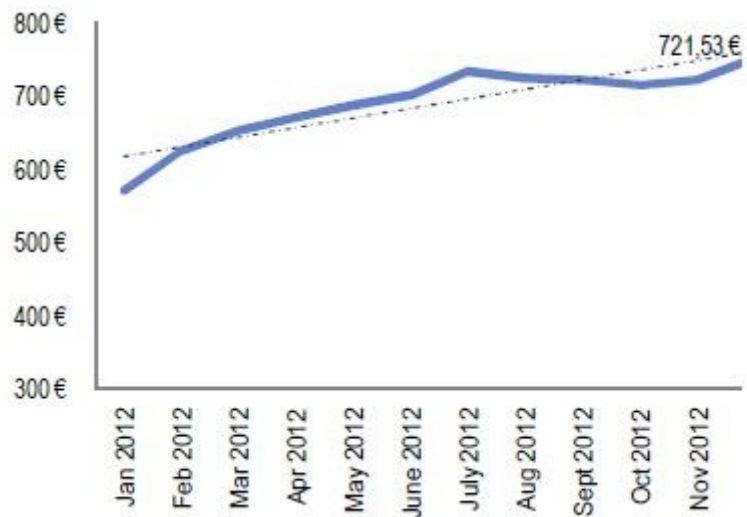


Γράφημα 47: Μέσο κόστος για υλικά και φάρμακα ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

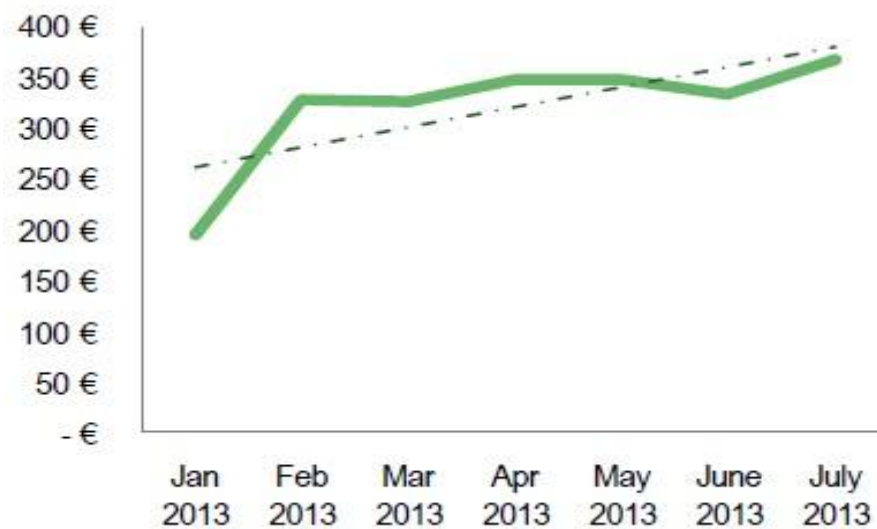


Γράφημα 48: Μέσο κόστος για υλικά και αναλώσιμα ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1) *Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012*, 2) *Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013*



Γράφημα 49: Τάση κόστους για υλικά και φάρμακα ανά ασθενή για το 2012 (12μηνιαία χρήση)



Γράφημα 50: Τάση κόστους για υλικά και αναλώσιμα ανά ασθενή για το 2013 (7μηνιαία χρήση)

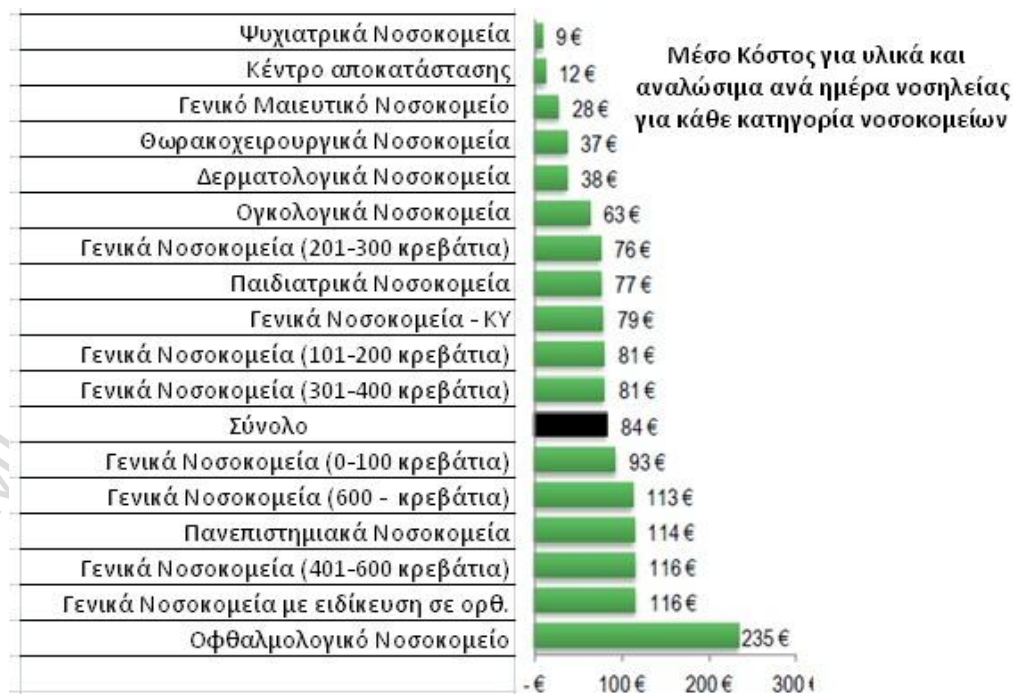
Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

4.3.2. Μέσο Κόστος αναλώσεων ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

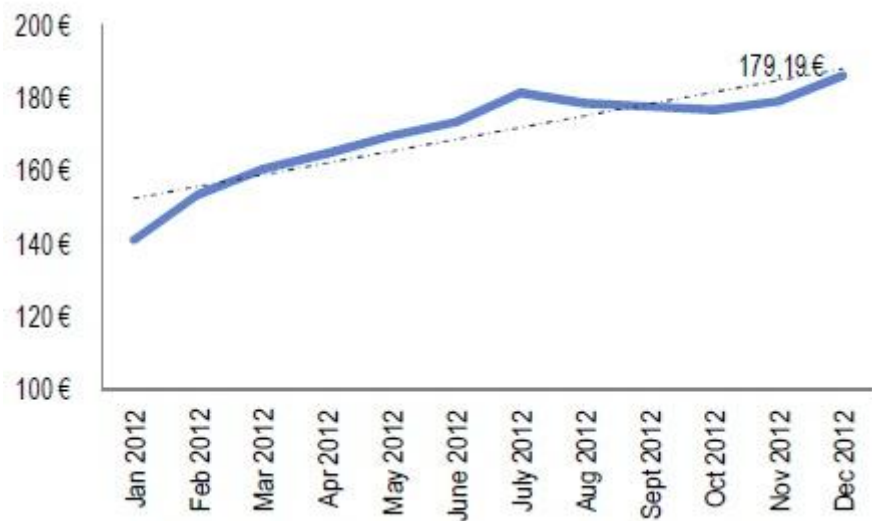


Γράφημα 51: Μέσο κόστος για υλικά και φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 52: Μέσο κόστος για υλικά και αναλώσιμα ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1) Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2) Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 53: Τάση κόστους για υλικά και φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 54: Τάση κόστους για υλικά και αναλώσιμα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.3.3. Σύνοψη σύγκρισης μέσου συνολικού κόστους αναλώσεων

Η σύγκριση που παρατίθεται από τους ανωτέρω πίνακες δεν είναι πλήρως διακριτή, γιατί η καταγραφή των αναλώσεων για το 2012, όπου και ξεκίνησε η συστηματική καταγραφή γινόταν για ένα σύνολο αναλώσεων, που περιλάμβανε αναλώσιμα υλικά και φάρμακα. Λόγω όμως της μεγάλης συμμετοχής των φαρμάκων στο συνολικό κόστος νοσηλείας και της ανάγκης για ιδιαίτερη αντιμετώπιση του φαρμακευτικού κόστους άλλαξε για το 2013 ο τρόπος καταγραφής σε συνεννόηση και με τα τεχνικά κλιμάκια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό να υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα των αναλώσεων (πλην των φαρμάκων). Παρά τον διαφορετικό τρόπο καταγραφής αναλώσιμων, βλέπουμε ότι για το 2012 το μέσο συνολικό κόστος αναλώσεων ενός ασθενή κυμαινόταν στα 700 € (αναλώσεις + φάρμακα) με το κόστος αυτό να διαμορφώνεται σε 327 € για το 7μηνο του 2013(αναλώσεις). Αν στο ανωτέρω ποσό για το 2013 συνυπολογίσουμε το μέσο κόστος φαρμάκων για το 2013, το οποίο όπως θα παρουσιαστεί στην επόμενη ενότητα διαμορφώθηκε σε 305 €, παρατηρούμε ότι υπάρχει μια μείωση του μέσου συνολικού κόστους αναλώσεων κατά 68 € περίπου (10%). Η δαπάνη βέβαια όπως παρατηρούμε, εμφανίζει αυξητική τάση κάτι που οδηγεί στο συμπέρασμα, πως στο τέλος του έτους (2013) η διαφορά θα έχει διαμορφωθεί σε πολύ μικρότερα επίπεδα.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Τα αναλώσιμα αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό κόστος για ένα νοσοκομείο. Σύμφωνα με προηγούμενα γραφήματα (γραφήματα 45-48), το μεγαλύτερο μέρος των αναλωσίμων αυτών αποτελείται από φαρμακευτικά σκευάσματα. Η αμέσως επόμενη κατηγορία αναλωσίμων, η οποία δημιουργεί υψηλή επιβάρυνση στο τελικό κόστος ανά ασθενή είναι τα αντιδραστήρια. Η κατηγορία των αντιδραστηρίων εμφανίζει κόστος υπερδιπλάσιο του κόστους των ορθοπεδικών υλικών που χρησιμοποιούν στα νοσοκομεία, το οποίο κρίνεται ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με το μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Η κατηγορία των αντιδραστηρίων εμφανίζει υψηλή δαπάνη σε σχέση με το μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή, η οποία οφείλεται εν μέρη και σε ελλιπείς διαδικασίες ποιότητας και αποδοτικότητας στα δημόσια νοσοκομεία.

4.4. Μέσο Κόστος Φαρμάκων για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

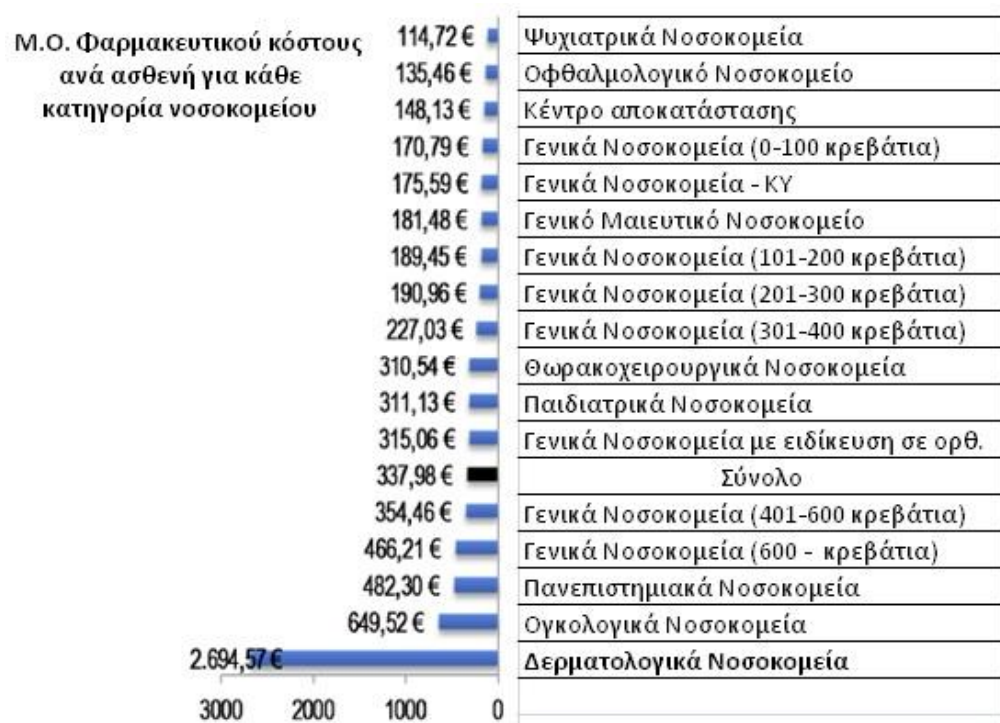
Ιστορικά, και σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία, η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί ένα μεγάλο και αυξανόμενο μέρος δαπανών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό αντανakλά περισσότερο από 35% του συνολικού κόστους. Ως εκ τούτου, το μέσο κόστος για φάρμακα ανά ασθενή αποτελεί βασικός δείκτης για τον προσδιορισμό εκείνων των δημόσιων νοσοκομείων που ενδέχεται να προσπαθήσουν περαιτέρω για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και, κατά συνέπεια, του συνολικού κόστους, χωρίς να θέτουν σε κίνδυνο της ποιότητας περίθαλψης του ασθενή.

Αυτός ο δείκτης παρουσιάζει τη συνεισφορά του κάθε νοσοκομείου στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Πραγματοποιήθηκαν επίσης συγκρίσεις σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες/δείκτες όπως ο «Συνολικός αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ» κτλ.

$$\text{Μέσο Φαρμακευτικό κόστος ανά ασθενή} = \frac{\Sigma (\text{Αναλώσεις για φάρμακα})}{\Sigma (\text{Νοσηλευόμενων ασθενών})}$$

$$\text{Μέσο Φαρμακευτικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας} = \frac{\Sigma (\text{Αναλώσεις για φάρμακα})}{\Sigma (\text{Ημέρες νοσηλείας ασθενών})}$$

4.4.1. Μέσο Κόστος Φαρμάκων ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

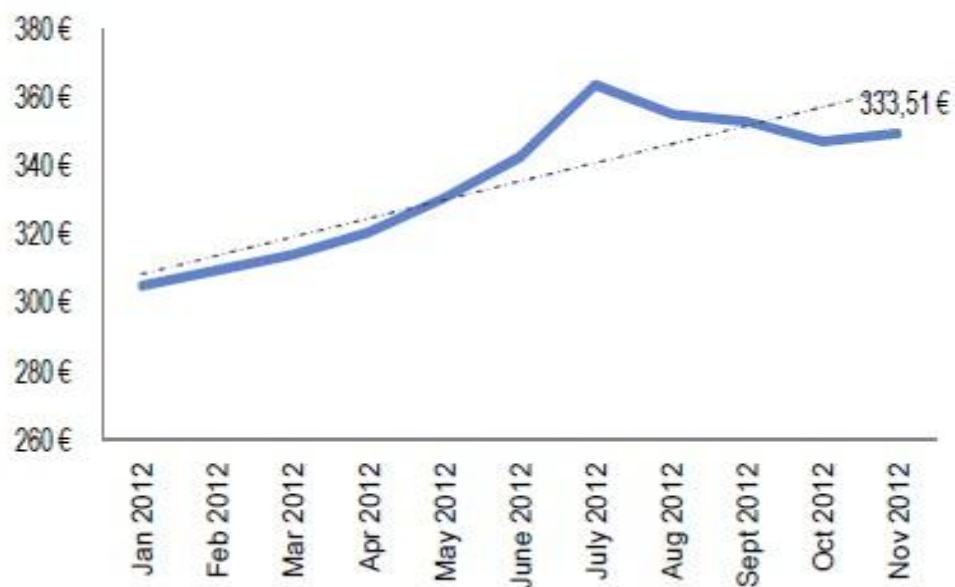


Γράφημα 55: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 56: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



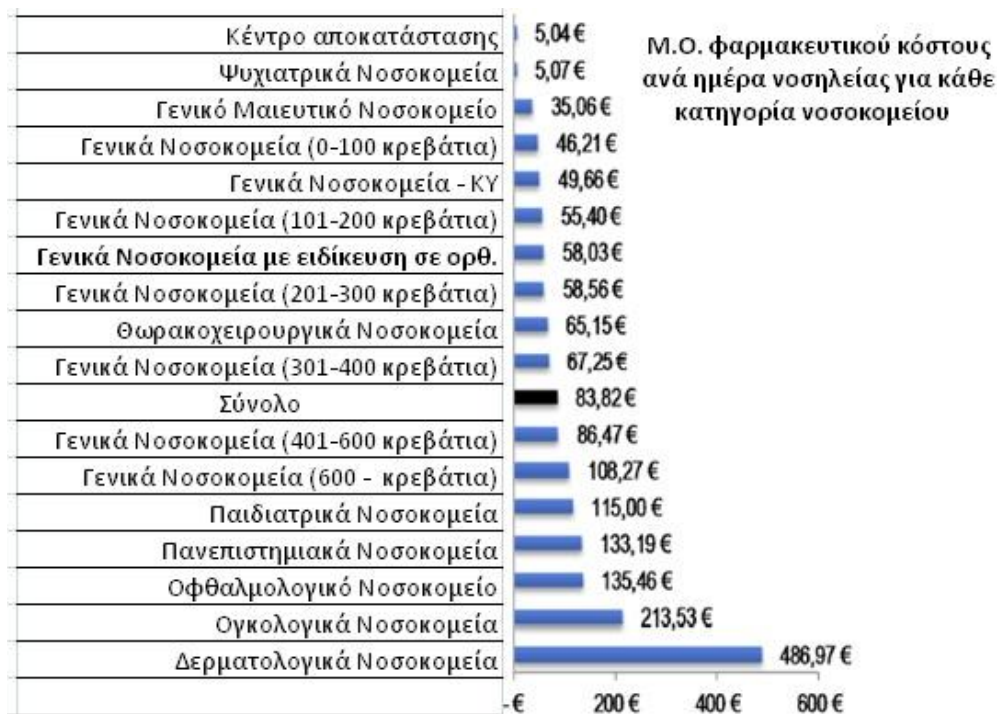
Γράφημα 57: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ασθενή για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 58: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ασθενή για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.4.2. Μέσο Κόστος Φαρμάκων ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

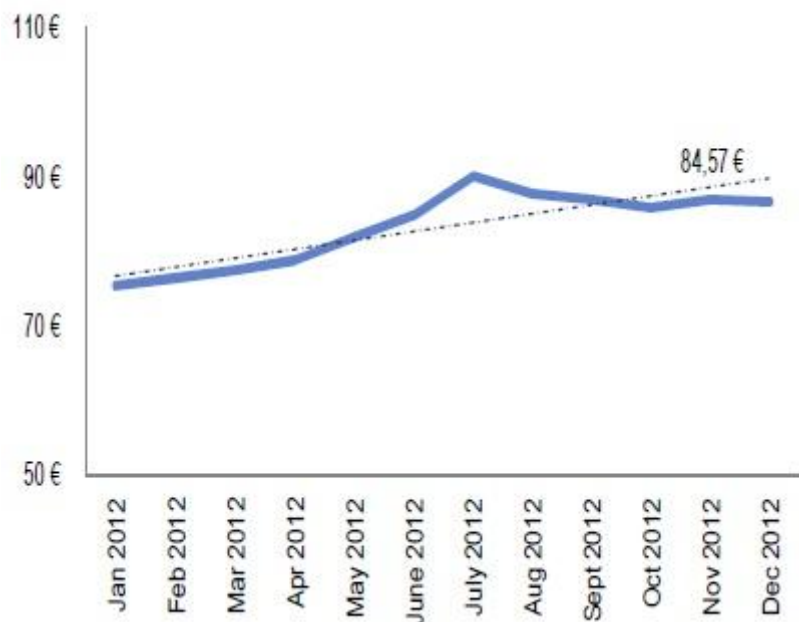


Γράφημα 59: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

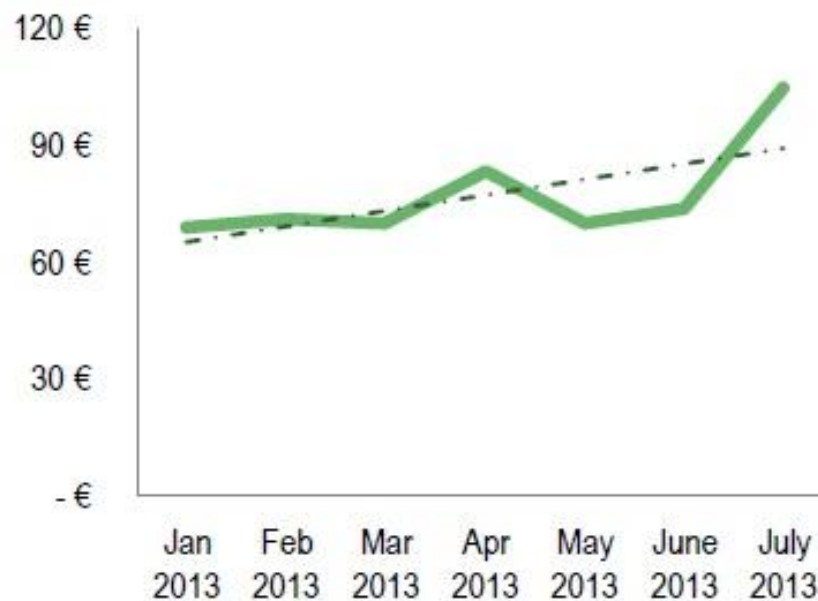


Γράφημα 60: Μέσο Κόστος Φαρμακευτικού κόστους ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1) Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2) Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 61: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 62: Τάση κόστους για φάρμακα ανά ημέρα νοσηλείας για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.4.3. Σύνοψη σύγκρισης μέσου κόστους Φαρμάκων

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω διαγράμματα, το μέσο φαρμακευτικό κόστος ανά ασθενή, διαμορφώθηκε για το 2012 στα 337,98 € με το κόστος αυτό να υποχωρεί στα 305 € για το 2013. Επειδή όμως, η τάση της φαρμακευτικής δαπάνης για το 2013 παρουσιάζεται αυξητική η διαφορά αυτή, είναι σίγουρο ότι θα μειωθεί αισθητά μέχρι την λήξη του έτους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι η φαρμακευτική δαπάνη διατηρείται σταθερή, δεδομένης της μεγάλης αύξησης της προσέλευσης ασθενών που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία. Μάλιστα, εδώ πρέπει να τονιστεί ότι, η προσέλευση αυτή στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται όχι μόνο για νοσηλεία, αλλά ακόμα και για την προμήθεια ακριβών φαρμάκων για εξωνοσοκομειακή θεραπεία. λόγω της άρνησης πολλών ιδιωτικών νοσοκομείων να προμηθευτούν τα σκευάσματα αυτά, να τα χορηγήσουν με πίστωση στους ασθενείς τους για να τα πληρωθούν στη συνέχεια από τη δημόσια ασφάλιση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού, αποτελεί το γεγονός ότι μόνο το μέσο κόστος εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής θεραπείας για ασθενείς που εμφανίζουν κάποια μη επιθετική μορφή καρκίνου κυμαίνεται σε 600-700 € μηνιαίως. Η αύξηση αυτή επιβαρύνει υπέρμετρα σε φαρμακευτικό κόστος τα δημόσια νοσοκομεία. Παρόλα αυτά, παρατηρούμε ότι η φαρμακευτική δαπάνη, όχι μόνο δεν αυξάνεται, αλλά διατηρείται για το πρώτο 7μηνο του 2013 σε μειωμένα επίπεδα. Αυτό εξηγείται μέσω της μείωσης του φαρμακευτικού κόστους με τη χρήση γενοσήμων, καθώς και της ορθολογικότερης χρήσης των αποθεμάτων των νοσοκομείων μέσα από ηλεκτρονικά συστήματα διαχείρισης.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Το φαρμακευτικό κόστος στα δημόσια νοσοκομεία κινείται σε σταθερά επίπεδα μεταξύ του 2012 και του 2013. Αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο σε μια σειρά διαρθρωτικών μέτρων, όπως είναι η εισαγωγή φτηνότερων γενοσήμων καθώς και ο περιορισμός φαινομένων προκλητής ζήτησης μέσω του νοσοκομειακού rebate⁸ και του clawback⁹. Το στοιχείο αυτό, όμως δεν αναιρεί το γεγονός ότι, το μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή για φάρμακα αποτελεί την υψηλότερη (Διαγράμματα 45-48), ανά κατηγορία δαπάνη που συντελείται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός ασθενή. Μάλιστα, η δαπάνη για φάρμακα ανά ασθενή είναι 3000% φορές μεγαλύτερη από την

⁸ ΥΑ Φ42000/14734/352/2008 (1460/B/24.7.2008) «Απόδοση Rebate σύμφωνα με παρ. 3 του άρθρου 13 του Ν. 3408/2005»

⁹ Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ 150/01.03.2012 (681/B/8.3.2012) «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back)»

αντίστοιχη δαπάνη για υπηρεσίες φύλαξης και 2600% φορές μεγαλύτερη από υπηρεσίες εστίασης. Αυτό φανερώνει τα τεράστια περιθώρια βελτίωσης που μπορεί να επιτύχει ένα νοσοκομείο, μέσω της αντικατάστασης μεγαλύτερου ποσοστού φαρμάκων με τα αντίστοιχα γενόσημα.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Η φαρμακευτική δαπάνη, αν και διατηρείται σταθερή εξακολουθεί να παραμένει ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες κόστους

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

4.5. Κόστος Υπηρεσιών για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

Όσο υψηλότερες είναι οι πρόσθετες δαπάνες, τόσο υψηλότερο είναι και το λειτουργικό κόστος για το νοσοκομείο. Το 25% περίπου του συνολικού κόστους, βασίζεται σε δαπάνες για υπηρεσίες. Οι παρακάτω δείκτες επιμερίζουν άλλες δαπάνες για υπηρεσίες (π.χ. υπηρεσίες ασφάλειας, υπηρεσίες εστίασης, υπηρεσίες καθαρισμού κτλ.) στη ποσότητα των ασθενών που λαμβάνουν περίθαλψη.

Όταν η τιμή του Μέσου Κόστους Υπηρεσιών, ανά ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας, παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, σημαίνει ότι, ο όγκος των ασθενών αρκεί για τη κάλυψη αυτών των επιπλέον δαπανών. Εάν είναι υψηλή η περιοχή του κόστους και χαμηλός ο αριθμός των ασθενών που θεραπεύονται, τότε θα πρέπει να επανεξεταστεί η λειτουργία των νοσοκομείων.

$$\text{Μέσο κόστος υπηρεσιών ανά ασθενή} = \frac{\Sigma (\text{Κόστος Υπηρεσιών})}{\Sigma (\text{Νοσηλευόμενων ασθενών})}$$

$$\text{Μέσο κόστος υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας} = \frac{\Sigma (\text{Κόστος Υπηρεσιών})}{\Sigma (\text{Ημέρες νοσηλείας ασθενών})}$$

Παράλληλα, η ανάθεση σε τρίτους επικουρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, αποτελεί κοινή διαδικασία που επιτρέπει στα δημόσια νοσοκομεία να ελέγξουν τις αυξανόμενες δαπάνες. Με τη διαδικασία της ανάθεσης, ένας εξωτερικός ανάδοχος αναλαμβάνει την ευθύνη για τη διαχείριση και τη παροχή συγκεκριμένης υπηρεσίας, για παράδειγμα υπηρεσίες ασφάλειας για το νοσοκομείο. Το σκεπτικό της εν λόγω σύμβασης είναι ότι, ο εξωτερικός φορέας μπορεί να ελαχιστοποιήσει το κόστος και να βελτιστοποιήσει την αποδοτικότητα για το νοσοκομείο, με την επίτευξη οικονομιών κλίμακας. Κατά συνέπεια, επιτρέπει στη διοίκηση του νοσοκομείου να επικεντρωθεί αποκλειστικά στη παροχή υπηρεσιών υγείας, που παραμένει πρωταρχικός στόχος της.

Ένας δείκτης που δείχνει το συνολικό κόστος επικουρικών υπηρεσιών ενός νοσοκομείου, σε σύγκριση με τον αριθμό των κλινών, τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών ή σε σύγκριση με το συνολικό κόστος, θα μπορούσε να παρέχει μια σκέψη για το αν υπάρχει υπερτιμολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο δείκτης μπορεί να εξηγήσει:

- κατά πόσον είναι αναγκαίο να παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες από εξωτερικούς αναδόχους,
- εάν αυτές καλύπτονται από τμήματα εντός του νοσοκομείου και τα αποτελέσματα είναι υψηλά,
- εάν οι μεμονωμένοι ανάδοχοι ενός νοσοκομείου είναι αποτελεσματικοί σε αντίθεση με αυτούς ενός άλλου με παρόμοια χωρητικότητα,
- εάν υπάρχει ανάγκη για αλλαγή στην απελευθέρωση υπηρεσιών.

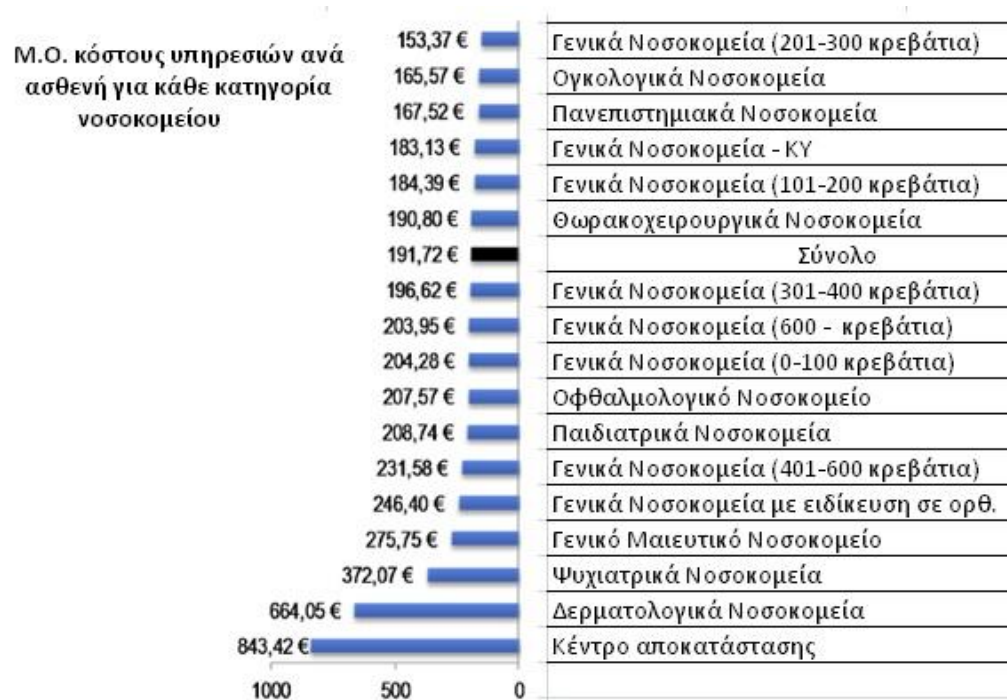
$$\text{Μέσο κόστος υπηρεσιών φύλαξης ανά ασθενή} = \frac{\Sigma (\text{Κόστος Υπηρεσιών φύλαξης})}{\Sigma (\text{Νοσηλευόμενων ασθενών})}$$

$$\text{Μέσο κόστος υπηρεσιών καθαριότητας ανά ασθενή} = \frac{\Sigma (\text{Κόστος Υπηρεσιών καθαριότητας})}{\Sigma (\text{Νοσηλευόμενων ασθενών})}$$

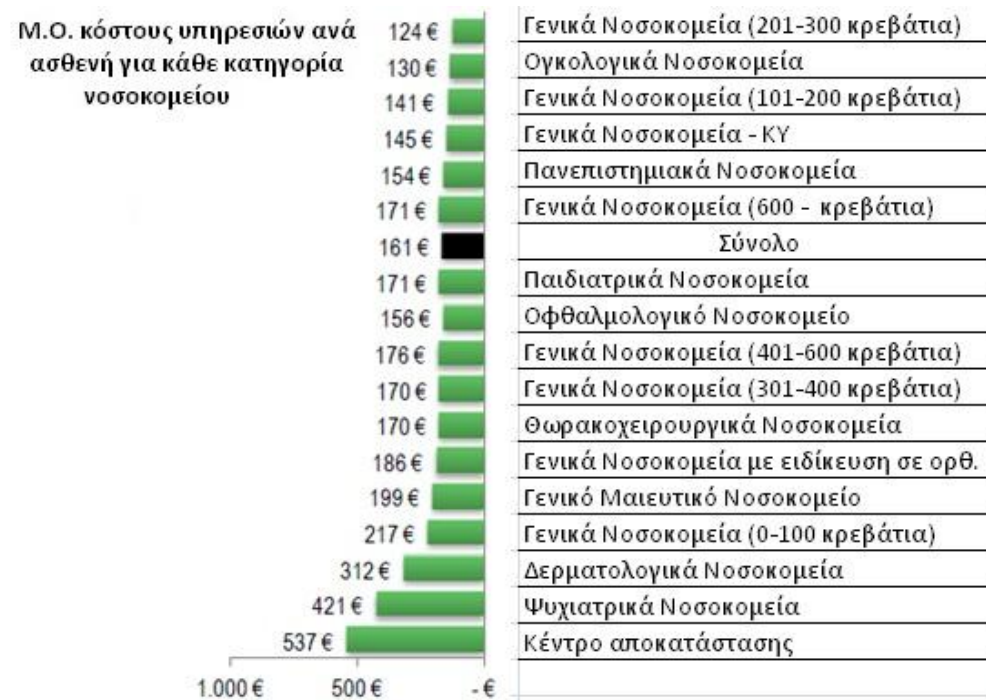
$$\text{Μέσο κόστος υπηρεσιών φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας} = \frac{\Sigma (\text{Κόστος Υπηρεσιών φύλαξης})}{\Sigma (\text{Ημέρες νοσηλείας ασθενών})}$$

$$\text{Μέσο κόστος υπηρεσιών καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας} = \frac{\Sigma (\text{Κόστος Υπηρεσιών καθαριότητας})}{\Sigma (\text{Ημέρες νοσηλείας ασθενών})}$$

4.5.1. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



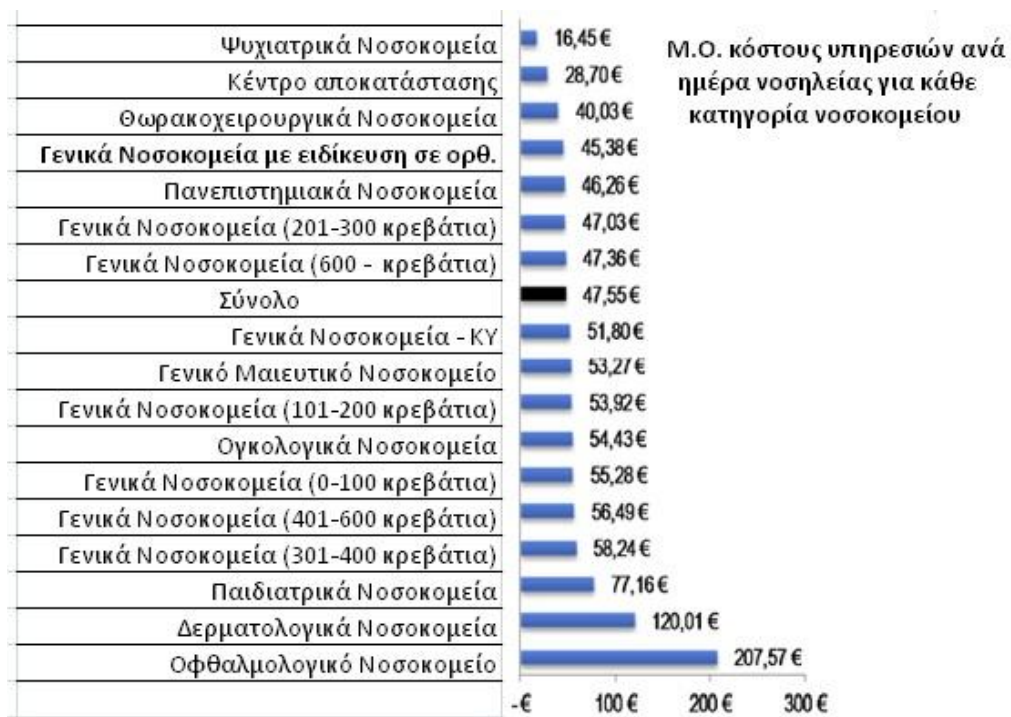
Γράφημα 63: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 64: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.5.2. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



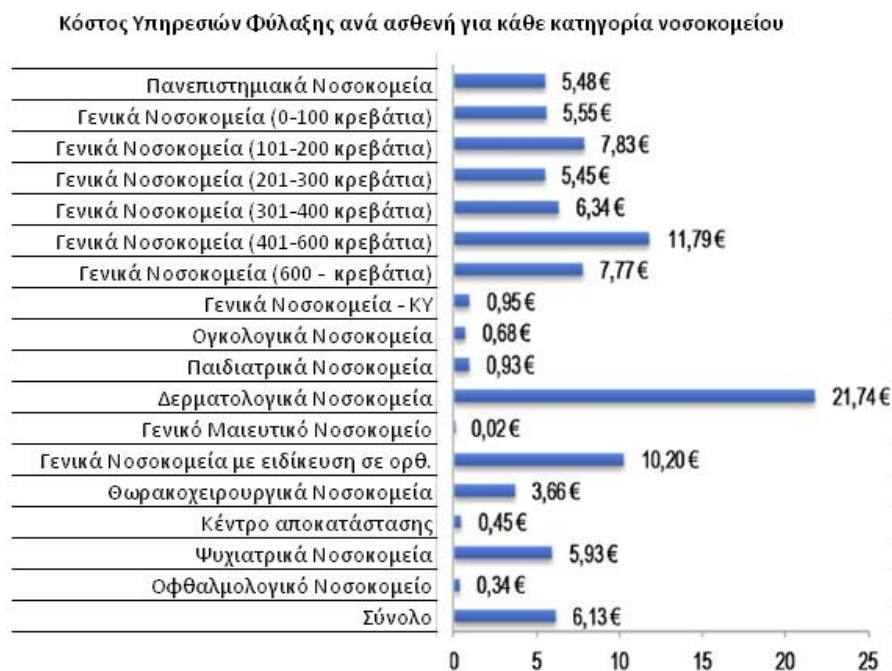
Γράφημα 65: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)



Γράφημα 66: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1) *Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012*, 2) *Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013*

4.5.3. Μέσο. Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



Γράφημα 67: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

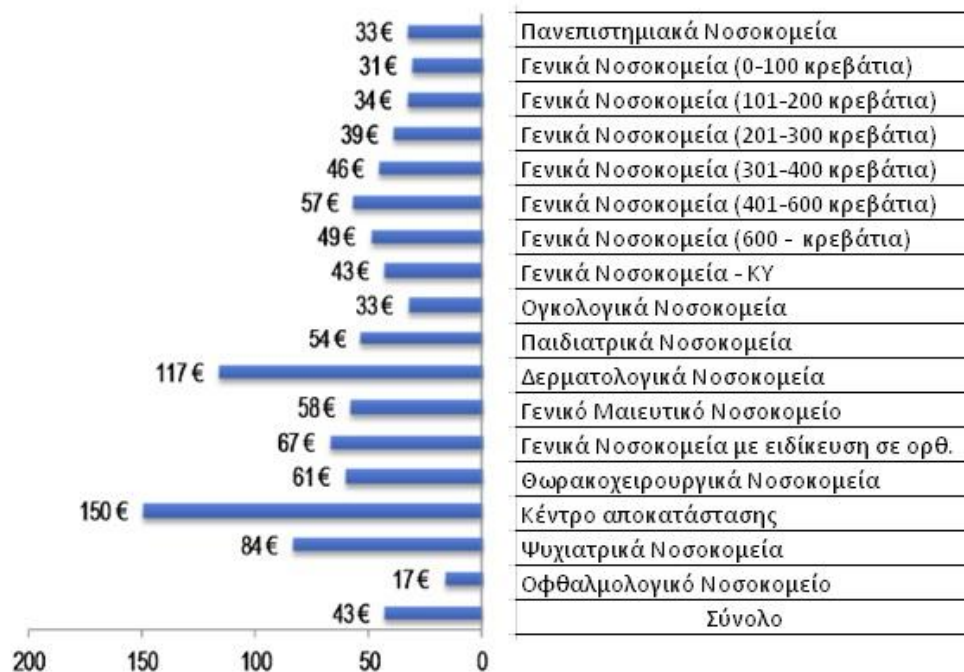
Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013



Γράφημα 68: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

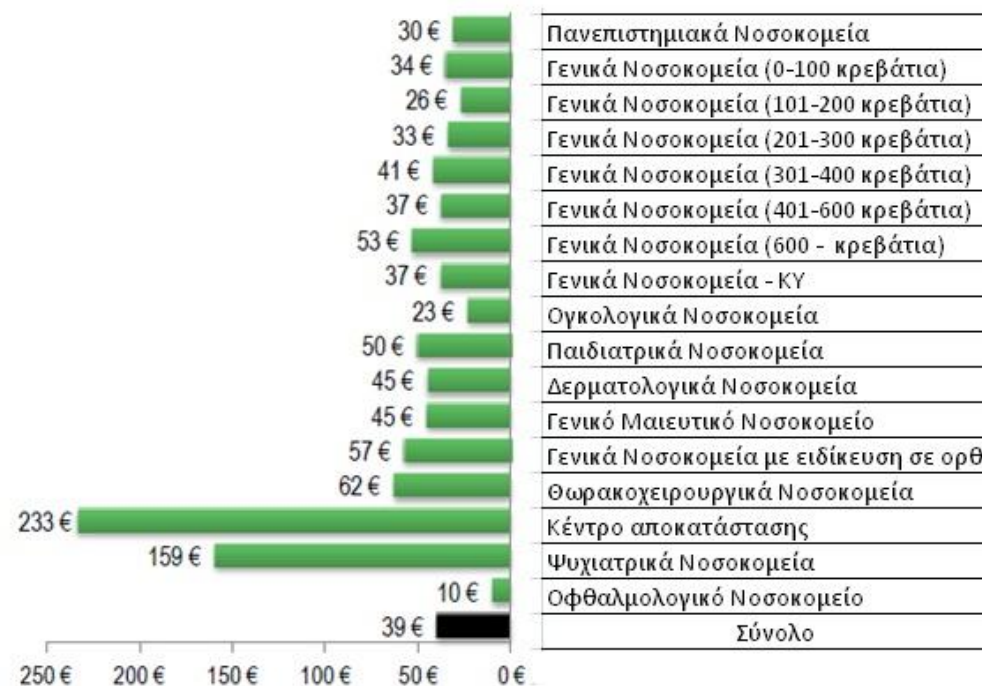
4.5.4. Μέσο Κόστος Υπηρεσιών καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



Γράφημα 69: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

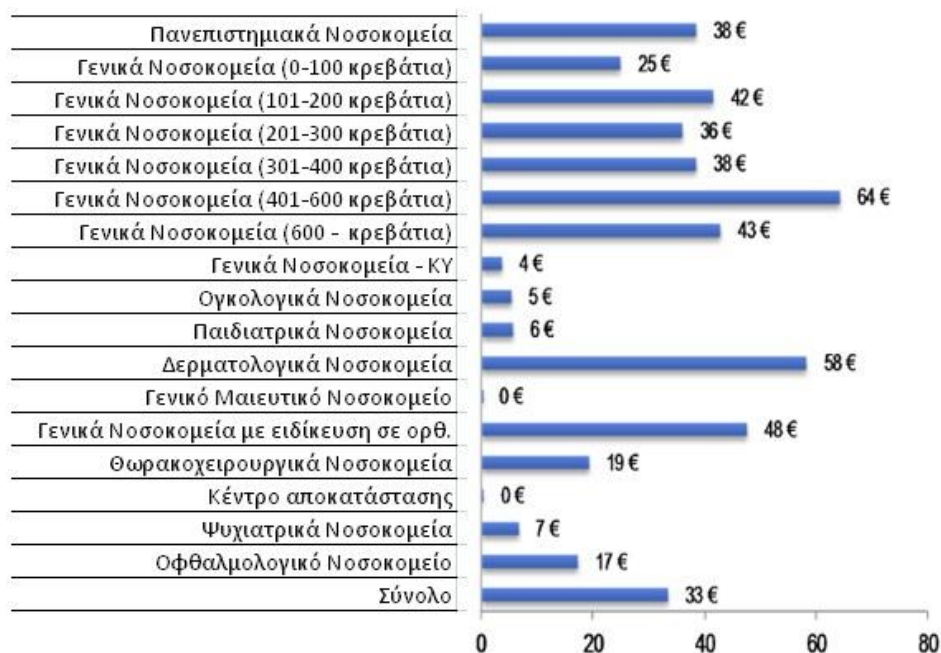


Γράφημα 70: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ασθενή για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

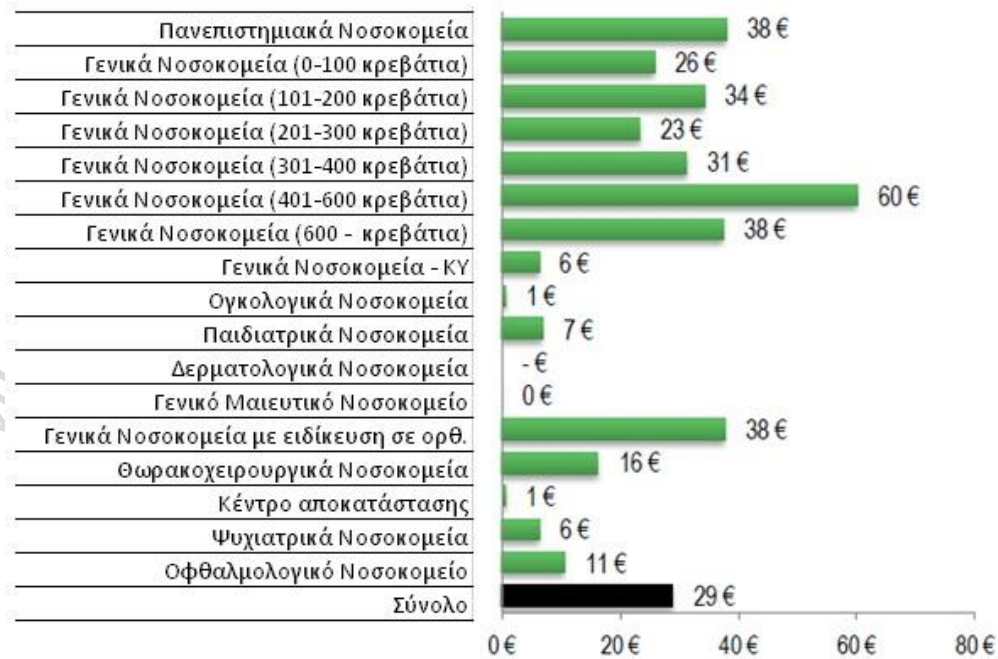
4.5.5. Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



Γράφημα 71: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

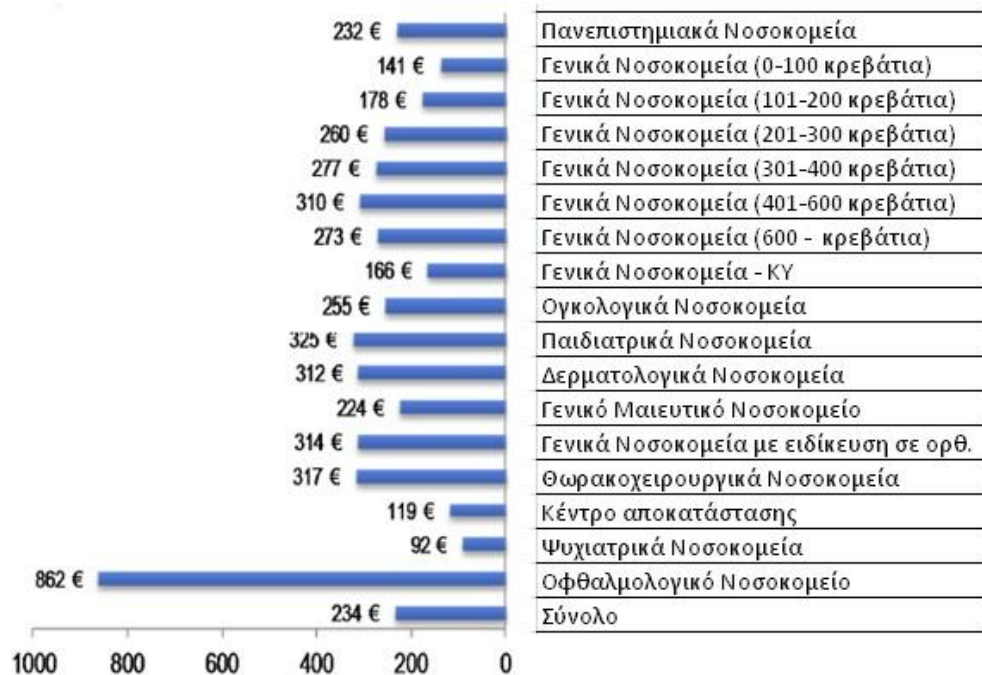


Γράφημα 72: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Φύλαξης ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.5.6. Κόστος Υπηρεσιών καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου

Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



Γράφημα 73: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2012 (12μηνη χρήση)

Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσοκομείου



Γράφημα 74: Μέσο Κόστος Υπηρεσιών Καθαριότητας ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε κατηγορία Νοσοκομείου για το 2013 (7μηνη χρήση)

Πηγή: 1)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012, 2)Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013

4.5.7. Σύνοψη σύγκρισης μέσου κόστους Υπηρεσιών

Σύμφωνα με τα στοιχεία προκύπτει ότι, για το 2012, το μέσο συνολικό κόστος υπηρεσιών ανά ασθενή διαμορφώθηκε σε 191,72 €, ενώ το αντίστοιχο ποσό για το 2013 διαμορφώθηκε σε 161 €. Βλέπουμε δηλαδή μια μείωση του μέσου συνολικού κόστους κατά 15%. Παράλληλα, το ελάχιστο μέσο κόστος υπηρεσιών ανά ασθενή το εμφανίζουν σταθερά και το 2012 και το 2013 τα Γενικά Νοσοκομεία με 201-300 κλίνες στα 154 €. Με τα κέντρα αποκατάστασης να βρίσκονται στον αντίποδα εμφανίζοντας μέσο κόστος ανά ασθενή 843 €.

Συμπέρασμα ανάλυσης: Από τα ανωτέρω στοιχεία ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ακραίες τιμές που προκύπτουν για το σύνολο των νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση των στοιχείων καταγράφει ως ελάχιστο μέσο κόστος υπηρεσιών ανά ασθενή τα 154 €, τα οποία τα εμφανίζουν σταθερά και το 2012 και το 2013 τα Γενικά Νοσοκομεία με 201-300 κλίνες. Στον αντίποδα, βρίσκονται τα κέντρα αποκατάστασης τα οποία εμφανίζουν μέσο κόστος ανά ασθενή 843 €. Παρατηρείται, δηλαδή μια κοστολογική διαφορά 689 € ανά ασθενή. Η διαφορά αυτή, ως προς το μεγάλο κόστος που εμφανίζουν τα κέντρα αποκατάστασης, οφείλεται κυρίως στον μικρό αριθμό ασθενών λόγω μακροχρόνιας νοσηλείας, στον οποίο επιμερίζεται το σύνολο του κόστους. Από την άλλη μεριά όμως, η χαμηλότερη τιμή βρίσκεται σε μια κατηγορία νοσοκομείων (201-300 κρεβάτια), που δεν αποτελεί ειδική κατηγορία, η οποία θα μπορούσε να εξηγήσει μέσω ειδικών συνθηκών το μικρό αυτό μέσο κόστος. Με τον τρόπο αυτό, φαίνεται με τον καλύτερο τρόπο ότι, η συγκεκριμένη δομή αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους παραγωγικούς πόρους που δαπανάει για υπηρεσίες. Αντίθετα, μεγαλύτερες δομές που μπορούν να εξυπηρετήσουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και κατά συνέπεια να επιμερίσουν σε μεγαλύτερο αριθμό το συνολικό ετήσιο κόστος υπηρεσιών εμφανίζουν αρκετά πιο αυξημένο κόστος. Είναι δηλαδή σαφές ότι, οι κοστολογικές ανάγκες για παροχή υπηρεσιών για νοσοκομεία μεγέθους 201-300 κρεβατιών εμφανίζει την καλύτερη αναλογία σε σχέση με τις παραγωγικές τους δυνατότητες, μειώνοντας αντίστοιχα το κόστος αδράνειας, λόγω υπολειτουργίας δομών του, οι οποίες δεν εξυπηρετούν μεν ασθενείς αλλά επιβαρύνουν με κόστος παροχής υπηρεσιών, όπως η φύλαξη και η καθαριότητα.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι, η μείωση, η οποία προαναφέρθηκε οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω των δυσχερών οικονομικών συνθηκών, με αποτέλεσμα τον επιμερισμό του κόστους σε μεγαλύτερο αριθμό πολιτών και όχι τόσο στη μείωση του μισθολογικού κόστους που έχει συντελεστεί το τελευταίο διάστημα μέσω της μείωσης του κατώτατου ημερομισθίου και της κατάργησης πολλών συλλογικών συμβάσεων. Η καθυστέρηση αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στη διάρκεια των συμβάσεων που έχουν υπογράψει τα περισσότερα νοσοκομεία του ΕΣΥ, με ιδιωτικές εταιρείες, στις οποίες έχουν γίνει συγκεκριμένες προβλέψεις μισθολογικού κόστους, οι οποίες δεν έχουν αναπροσαρμοστεί ακόμα στα νέα δεδομένα.

Πρόβλημα που διαπιστώνεται: Το κόστος των υπηρεσιών παρουσιάζει έντονες αποκλίσεις μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολος ο κεντρικός συντονισμός που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερες εξοικονομήσεις.

5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ

- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας σαν μέγεθος εξακολουθεί να παραμένει υψηλό λόγω συγκεκριμένων παθογενειών του δημόσιου συστήματος υγείας. Μια από αυτές είναι η ελλιπής οργάνωση στον τομέα των διαδικασιών που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία. Παράδειγμα των καθυστερήσεων αυτών, αποτελεί η καθυστέρηση την οποία υφίσταται ένας ασθενής, ο οποίος έχει εισαχθεί ως χειρουργικό περιστατικό. Πριν την πραγματοποίηση του αναγκαίου χειρουργείου, είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση μιας σειράς τυπικών εξετάσεων, χωρίς όμως να παρέχεται αυτόματα προτεραιότητα στον ασθενή αυτό. Αποτέλεσμα αυτού είναι να παραμένει ο ασθενής μια έως δυο μέρες παραπάνω, δεσμεύοντας και την αντίστοιχη κλίνη μέχρι να ολοκληρωθούν οι απαραίτητες εξετάσεις, αυξάνοντας παράλληλα και την μέση διάρκεια νοσηλείας. Ο χρόνος αυτός, αποτελεί νεκρό χρόνο για το νοσοκομείο, ενώ παράλληλα η κλίνη η οποία είναι δεσμευμένη δεν μπορεί να φιλοξενήσει επόμενο περιστατικό
- **Πρόταση επίλυσης:** Για την επίλυση του ανωτέρω προβλήματος είναι απαραίτητη η δημιουργία διαδικασιών στην φιλοσοφία, όχι απλώς της διεκπεραίωσης των αναγκών ενός περιστατικού αλλά της αποδοτικότερης αντιμετώπισης του. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donabedian,¹⁰ στις υπηρεσίες υγείας διακρίνονται τρία συστατικά στοιχεία: η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές), οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας) και τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών). Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα χρόνια εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά., αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. Η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, εκτός από την

¹⁰ DONABEDIAN A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988

πειθαρχία που επιβάλλει, μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Προς την κατεύθυνση αυτή, θα πρέπει να αρχίσουν σταδιακά να εφαρμόζονται στα δημόσια νοσοκομεία διαδικασίες και εφαρμογές ποιότητας. Μια από αυτές τις μεθοδολογίες που μπορούν να οδηγήσουν σε βελτίωση το σύνολο σχεδόν της λειτουργίας του νοσοκομείου και να αυξήσουν κατακόρυφα την αποδοτική χρήση των συντελεστών παραγωγής είναι η μεθοδολογία ποιότητας 6σ. Η εφαρμογή της μάλιστα θα μπορούσε να γίνει, είτε μέσω της αναδρομικής προσέγγισης έξι σίγμα (OMABE) που θα στοχεύσει στην βελτίωση των ήδη υπάρχοντων διαδικασιών, είτε μέσω της δυναμικής προσέγγισης έξι σίγμα (DFSS) με την οποία θα δημιουργηθούν νέες ανασχεδιασμένες και πιο αποδοτικές διαδικασίες

- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Στις αστικές περιοχές εμφανίζεται αυξημένη ζήτηση για διαθέσιμες κλίνες, οι οποίες όμως αν και υπάρχουν, υλικοτεχνικά δεν μπορούν να καλυφθούν γιατί δεν υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό για να τις στελεχώσει. Παράλληλα, στις νησιωτικές περιοχές εμφανίζονται αντίστοιχες ελλείψεις σε απαραίτητο προσωπικό αλλά σε αντίθεση με τις αστικές περιοχές η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι δυσανάλογα μικρή σε σχέση με τις υποδομές που υπάρχουν για να καλύψουν τις ανάγκες αυτές.
- **Πρόταση επίλυσης:** Για τις αστικές περιοχές πρέπει να δημιουργηθεί ένα εθνικό σχέδιο δράσης σε συνέχεια αντίστοιχων σχεδίων που είχαν κατατεθεί τα προηγούμενα χρόνια ¹¹, το οποίο θα καταγράψει το σύνολο των διαθέσιμων κλινών που ενώ είναι διαθέσιμες υλικοτεχνικά δεν μπορούν να αξιοποιηθούν λόγω έλλειψης προσωπικού. Το εθνικό αυτό σχέδιο θα κατηγοριοποιήσει τις προτεραιότητες που θέτει το υγειονομικό προφίλ κάθε περιοχής στην οποία εμφανίζονται ελλείψεις (πχ. Η ανάγκη στελέχωσης μονάδων εντατικής θεραπείας θα είναι πιο ψηλά ως προς την βαρύτητα κάλυψης σε σχέση με μια δερματολογική κλινική). Στη συνέχεια οι ελλείψεις αυτές θα δημιουργήσουν ένα 3ετες πλάνο στελέχωσης (το οποίο είναι σύμφωνο με τους όρους του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Προσαρμογής), σύμφωνα με το οποίο θα προσληφθεί το αντίστοιχο προσωπικό. Στον προγραμματισμό αυτό, θα

¹¹ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012

πρέπει να ληφθεί υπόψη και η τάση που εμφανίζει το εργατικό δυναμικό για αποκέντρωση λόγω των δυσχερών οικονομικών συνθηκών και της μείωσης των μισθών, καθώς και η μεγάλη γήρανση του ιατρικού πληθυσμού που μπορεί να δημιουργήσει σε ετήσια βάση έλλειψη συγκεκριμένων ειδικοτήτων, η οποία θα πρέπει και αυτή να καλυφτεί από τις προσλήψεις αυτές

Για τις νησιωτικές περιοχές από την άλλη, προτείνεται η αλλαγή λογικής πάνω στην οποία λειτουργούν μέχρι σήμερα η δομές υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει οι νοσοκομειακές μονάδες της ηπειρωτικής και νησιώτικης Ελλάδας να μπορούν να καλύψουν σε επίπεδο ειδικότητας τις ανάγκες του πληθυσμού χωρίς όμως να προσπαθούν να εξασφαλίσουν πλήρη νοσοκομειακή κάλυψη παντού. Η λογική αυτή της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας με έντονη διασπορά πολυάριθμων ειδικοτήτων σε Κέντρα Υγείας και Πολυιατρεία λειτουργεί επί τη βάση της προστασίας της ανθρώπινης ζωής για κάθε περιστατικό καθώς και την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και όχι τόσο στην άμεση παροχή τριτοβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης, (η οποία στο σύνολο σχεδόν παρέχεται από υποσχελεχόμενες μονάδες με ιατρούς που δεν διαθέτουν κατάλληλη εμπειρία). Παράλληλα, θα πρέπει να ενδυναμωθεί ο ρόλος του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας με σκοπό να μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα σε κάθε περιστατικό, το οποίο υπερβαίνει τις δυνατότητες ενός Κέντρου Υγείας με την άμεση διακομιδή του ασθενή σε νοσοκομείο κατάλληλα εξοπλισμένου να αντιμετωπίσει κάθε περιστατικό.

- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στον χώρο της Υγείας δεν επαρκεί για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της χώρας. Οι ελλείψεις αυτές, παρατηρούνται, τόσο σε αστικές περιοχές με την μη χρήση διαθέσιμων κλινών, όσο και σε νησιωτικές ή ηπειρωτικές περιοχές με την παντελή έλλειψη ειδικοτήτων που οδηγεί πολλές νοσοκομειακές μονάδες να αδυνατούν να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα στον ασθενή και να αναγκάζονται να κάνουν διακομιδή του σε μεγαλύτερα νοσοκομεία.
- **Πρόταση επίλυσης:** Όπως προαναφέρθηκε, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα 3ετες πλάνο στελέχωσης (το οποίο είναι σύμφωνο με τους όρους του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Προσαρμογής) σύμφωνα με το

οποίο θα προσληφθεί το αντίστοιχο προσωπικό. Στον προγραμματισμό αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το σύνολο των συνθηκών που επηρεάζουν τις ανάγκες σε προσωπικό για ένα νοσοκομείο (ότι ο αριθμός των ασθενών δεν εκφράζει από μόνος του το φόρτο και την κατανομή του χρόνου της εργασίας που μπορεί να επιβαρύνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό^{12 13 14}) καθώς και η τάση που εμφανίζει το εργατικό δυναμικό για αποκέντρωση, λόγω των δυσχερών οικονομικών συνθηκών και της μείωσης των μισθών, καθώς και η μεγάλη γήρανση του ιατρικού πληθυσμού που μπορεί να δημιουργήσει σε ετήσια βάση έλλειψη συγκεκριμένων ειδικοτήτων, η οποία θα πρέπει και αυτή να καλυφτεί από τις προσλήψεις αυτές. Για τις νησιωτικές περιοχές από την άλλη προτείνεται η αλλαγή λογικής πάνω στην οποία λειτουργούν μέχρι σήμερα η δομές υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει οι νοσοκομειακές μονάδες της ηπειρωτικής και νησιώτικης Ελλάδας να μπορούν να καλύψουν σε επίπεδο ειδικότητας τις ανάγκες του πληθυσμού χωρίς όμως να προσπαθούν να εξασφαλίσουν πλήρη νοσοκομειακή κάλυψη παντού. Η λογική αυτή της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας με έντονη διασπορά πολυάριθμων ειδικοτήτων σε Κέντρα Υγείας και Πολυιατρεία λειτουργεί επί τη βάση της προστασίας της ανθρώπινης ζωής, για κάθε περιστατικό καθώς και την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και όχι τόσο στην άμεση παροχή τριτοβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης (η οποία στο σύνολο σχεδόν παρέχεται από υποσχελεχωμένες μονάδες με ιατρούς που δεν διαθέτουν κατάλληλη εμπειρία). Παράλληλα, θα πρέπει να ενδυναμωθεί ο ρόλος του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, με σκοπό να μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα σε κάθε περιστατικό, το οποίο υπερβαίνει τις δυνατότητες ενός Κέντρου Υγείας με την άμεση διακομιδή του ασθενή σε νοσοκομείο κατάλληλα εξοπλισμένου να αντιμετωπίσει κάθε περιστατικό.

¹² Merkouris A, Papathanassoglou E, Pistolas D, Papagiannaki V, Floros F, Lemonidou C. Staffing and organisation of nursing care in cardiac intensive care units in Greece. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003, 2:123–129

¹³ Seago J. A comparison of two patient classification instruments in an acute care hospital. *J Nurs Adm* 2002, 32:243–249

¹⁴ Buchan J, O'May F. Determining skill mix in the health workforce. Guidelines for managers and health professionals. Issues in health services delivery paper No 3. Department of organisations of health services delivery. WHO, Geneva, 2000

- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Σε αστικές περιοχές διαπιστώνεται χαμηλός ρυθμός εναλλαγής κλινών, που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία, ο οποίος δείχνει υπολειτουργία και ελλιπή χρήση παραγωγικών συντελεστών και ο οποίος οφείλεται σε ελλιπή οργάνωση στον τομέα των διαδικασιών καθώς και σε έλλειψη διαθέσιμων πόρων. Σε νησιωτικές και ηπειρωτικές περιοχές από την άλλη εμφανίζεται πάλι, λόγω έλλειψης διαθέσιμου προσωπικού και πόρων, υψηλός ρυθμός εναλλαγής, που δείχνει αδυναμία αντιμετώπισης μεγάλου αριθμού περιστατικών
- **Πρόταση επίλυσης:** Το τριετές πλάνο στελέχωσης καθώς και η εισαγωγή διαδικασιών ποιότητας στις εφαρμοζόμενες διαδικασίες των δημόσιων νοσοκομείων που προαναφέρθηκαν αντιμετωπίζουν εξίσου και τα προβλήματα στα οποία οφείλονται οι υψηλοί δείκτες εναλλαγής κλινών σε αστικές περιοχές και οι υψηλοί δείκτες εναλλαγής κλινών στην επαρχία (νησιωτική και ηπειρωτική Ελλάδα)
- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Παρατηρούνται πάρα πολύ αυξημένα ποσοστά εξετάσεων που πραγματοποιούνται σαν επείγοντα περιστατικά στο σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων που εντοπίζονται σε αστικές περιοχές. Αυτό καταδεικνύει δυο παθογένειες του Ελληνικού συστήματος Υγείας. Η πρώτη είναι η παντελής έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία θα μπορεί να εξυπηρετεί μια σειρά από περιστατικά, τα οποία δεν θα χρειάζονταν να προσέλθουν για εξετάσεις (κάτι που σπάνια θεωρείται απειλητική συνθήκη για τη ζωή) στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, την οποία αποτελούν τα νοσοκομεία και η οποία λειτουργεί με αυξημένα λειτουργικά κόστη. Δεύτερον, η αυξημένη αυτή κίνηση δείχνει τις ελλείψεις που παρατηρούνται στο ελληνικό σύστημα υγείας, τόσο σε υποδομές, όσο και σε προσωπικό. Αποτέλεσμα των ελλείψεων αυτών, είναι πολλοί πολίτες, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι για να κάνουν μία απλή εξέταση να περιμένουν μήνες ολόκληρους, να προσφεύγουν τελικά στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων σαν έκτακτα περιστατικά, προκειμένου να παρακάμψουν την αναμονή και να εξυπηρετηθούν άμεσα. Η αναίτια όμως αυτή προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία εμποδίζει το δημόσιο σύστημα υγείας να προγραμματίσει, τόσο την τακτική του λειτουργία, όσο και την εφημεριακή,

δαπανώντας με τον τρόπο αυτό απρογραμματίστους και δυσανάλογα υψηλούς σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες πόρους.

- **Πρόταση επίλυσης:** Για την επίλυση του ανωτέρω προβλήματος, θα πρέπει να ενεργοποιηθούν, τόσο οι ανθρώπινοι όσο και οι υλικοτεχνικοί πόροι στο σύνολο τους. Μετά την πλήρη καταγραφή θα εφαρμοστεί, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω 3ετες πλάνο κάλυψης των ανθρώπινων πόρων, με σκοπό την κάλυψη των ελλείψεων που παρατηρείται. Παράλληλα, θα πρέπει να αρχίσει να οργανώνεται ένα εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο θα εξυπηρετεί καλύτερα τις άμεσες ανάγκες των πολιτών μειώνοντας την ταλαιπωρία και την αναμονή που δημιουργεί φαινόμενα παράκαμψης της τυπικής διαδικασίας^{15 16}
- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Η αύξηση της νοσηλευτικής κίνησης που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία δεν οδηγεί σε αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων. Αυτό οφείλεται στην αύξηση εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω παθολογικών περιστατικών που συνδέονται με το νέο περιβάλλον, το οποίο διαμορφώνεται για τους πολίτες τα τελευταία χρόνια ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα^{17 18}.
Το νέο αυτό περιβάλλον λειτουργεί ιδιαίτερα επιβαρυντικά για τη δημόσια υγεία και μεταφράζεται ιατρικά σε αύξηση παθολογικών περιστατικών (υψηλή πίεση, εγκεφαλικά, καρδιοπάθειες, κλπ) και ψυχικών νοσημάτων (κατάθλιψη,

¹⁵ Σουλιώτης Κ., Θηραϊός Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδακάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ, Ψαλτοπούλου Θ, Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα 2013

¹⁶ Θεοδωράκης Π, Ανδριανάκη Φ, Ζησιμοπούλου Ο, Βιβιλάκη Β, Γούναρης Χ, Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013

¹⁷ VAN DOORSLAER E, WAGSTAFF A, BLEICHRD T H, CALONGE S, GERDTHAM UG, GERFIN M ET AL. Income related inequalities in health: some international comparisons. J Health Econ 1997, 16:93–112

¹⁸ WILKINSON RG. Unhealthy societies: The afflictions of inequalities. Ed 1. Routledge, London, 1996

κοινωνική απομόνωση, κλπ), τα οποία στο σύνολο τους δεν απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση, αλλά παρόλα αυτά οδηγούν σε αύξηση του κόστους αφού οδηγούν σε επιπρόσθετες μακροχρόνιες νοσηλείες και φαρμακευτική αγωγή.

- **Πρόταση επίλυσης:** Η επίλυση του ανωτέρω προβλήματος δεν αποτελεί αντιμετώπιση, την οποία μπορεί να αναλάβει θεσμικά μόνο το Υπουργείο Υγείας αφού αγγίζει κάθε έκφανση της οικονομικής και κοινωνικής ζωής της χώρας. Αυτό όμως που μπορεί και οφείλει να κάνει το Υπουργείο Υγείας, με σκοπό να τηρήσει τον ρόλο του ως προς την διασφάλιση της υγείας των πολιτών είναι να δημιουργήσει συνθήκες και υποδομές, οι οποίες θα αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα στην εμφάνιση στο μέλλον ασθενειών σχετιζόμενων με την οικονομική κρίση. Μερικές από αυτές τις ενέργειες, μπορούν να είναι η θεσμοθέτηση και ενίσχυση προληπτικών εξετάσεων¹⁹ για τους πολίτες για παράγοντες κινδύνου, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, καθώς και η ενίσχυση δομών που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη²⁰
- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Το φαρμακευτικό κόστος ενός νοσοκομείου, αποτελεί με τεράστια διαφορά το υψηλότερο ανά κατηγορία κόστος λειτουργίας. Το γεγονός αυτό επιβαρύνεται ιδιαίτερα και με εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, οι οποίοι πραγματοποιούν θεραπείες υψηλού κόστους (HIV, αντικαρκινικά σχήματα, θεραπείες αυξητικής ορμόνης, θεραπείες σκλήρυνσης κατά πλακά κλπ) σε ιδιωτικά νοσοκομεία, στα οποία γίνεται συνταγογράφηση, η οποία όμως εκτελείται από δημόσια νοσοκομεία μετακυλίνοντας ουσιαστικά ένα τεράστιο κόστος από τα ιδιωτικά θεραπευτήρια στα δημόσια νοσοκομεία.

¹⁹ Παράδειγμα αποτελεί το πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής από το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο το οποίο παρέχει: 1) Δωρεάν πρόβλεψη κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων (μέτρηση Heart Score). 2) Ιατρική επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία και διενέργεια βιοχημικών εξετάσεων. 3). Δωρεάν κλινική αξιολόγηση και διενέργεια υπερήχων καρδιάς σε παιδιά

²⁰ Παράδειγμα στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» λειτουργούν και παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες οι παρακάτω τομείς: 1) Παιδοψυχιατρικός τομέας, 2) Ψυχιατρικός τομέας 3) Ψυχολογική Υποστήριξη

- **Πρόταση επίλυσης:** Η μετακύλιση αυτή στο κόστος, η οποία δημιουργεί και ταλαιπωρία στον ίδιο τον πολίτη αφού τον αναγκάζει αλλού να κάνει τη θεραπεία και αλλού να λαμβάνει το φαρμακευτικό του σκεύασμα γίνεται κατά κύριο λόγο, λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Πιο συγκεκριμένα μια ιδιωτική κλινική, η οποία επιθυμεί να χορηγήσει σε ασθενείς της ακριβά σκεύασμα (Ένα τυπικό σχήμα χειμειοθεραπευτικής θεραπείας κοστίζει κατά μέσο όρο 700 € ανά μήνα και ασθενή) είναι υποχρεωμένη να επωμιστεί το κόστος αγοράς των φαρμάκων αυτών, για το οποίο θα αποζημιωθεί από τα ασφαλιστικά ταμεία πιθανότατα μετά από 3-4 μήνες, λόγω καθυστερήσεων στις διαδικασίες εκκαθάρισης δαπανών. Η πρακτική αυτή όμως θα ανάγκαζε τις ιδιωτικές κλινικές να δεσμεύουν ένα μεγάλο μέρος της ρευστότητας τους για την προμήθεια ακριβών φαρμάκων, χωρίς αντίστοιχα να επωφελούνται στο ελάχιστο αφού το κέρδος τους θα πήγαζε μόνο από την μικρή ιατρική επίσκεψη που θα πλήρωνε ο ασθενής. Για τον λόγο αυτό, είναι πλέον κοινή πρακτική τα ιδιωτικά αυτά νοσοκομεία να παραπέμπουν για την προμήθεια του φαρμάκου τους ασθενείς αυτούς στα δημόσια νοσοκομεία στερώντας πλέον από αυτά την διαθέσιμη ρευστότητα που πρέπει να δαπανηθεί για την αγορά των φαρμάκων αυτών. Για την επίλυση του ανωτέρω προβλήματος, είναι απαραίτητη η δημιουργία διαδικασιών στην φιλοσοφία όχι απλώς της διεκπεραίωσης των αναγκών ενός περιστατικού αλλά της αποδοτικότερης αντιμετώπισης του. Προς την κατεύθυνση αυτή, θα πρέπει να αρχίσει σταδιακά να εφαρμόζεται εκτός από τα δημόσια νοσοκομεία, όπως προτάθηκε ανωτέρω διαδικασίες και εφαρμογές ποιότητας. Μια από αυτές τις μεθοδολογίες, είναι η μεθοδολογία ποιότητας 6σ. Η εφαρμογή της μάλιστα θα μπορούσε να γίνει, είτε μέσω της αναδρομικής προσέγγισης έξι σίγμα (OMABE) που θα στοχεύσει στην βελτίωση των ήδη υπάρχοντων διαδικασιών, είτε μέσω της δυναμικής προσέγγισης έξι σίγμα (DFSS) με την οποία θα δημιουργηθούν νέες ανασχεδιασμένες και πιο αποδοτικές διαδικασίες
- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Η κατηγορία των αντιδραστηρίων αποτελεί μια ιδιαίτερη κατηγορία δαπάνης, τόσο ως προς την χρήση τους, όσο και ως προς την προμήθειά τους. Πιο συγκεκριμένα, μέχρι και πρόσφατα το δημόσιο προμηθευόταν μέσω της χρησικτησίας μια σειρά ακριβών διαγνωστικών μηχανημάτων όπως οι αναλυτές αίματος. Τα μηχανήματα αυτά, αν και

παραχωρούνταν δωρεάν από τις κατασκευάστριες εταιρίες, διέθεταν συμβόλαια αποκλειστικής προμηθείας αναλωσίμων, σε συγκεκριμένη τιμή, η οποία πολλές φορές ήταν ιδιαίτερα υψηλές. Παράλληλα, η ελλιπής οργάνωση και η έλλειψη κατάλληλων διαδικασιών ελέγχου στα δημόσια νοσοκομεία οδηγούσε σε πολλές περιπτώσεις στην κατασπατάληση αντιδραστηρίων με μη παραγωγικό τρόπο. Επί παραδείγματι, για την διενέργεια ενός κύκλου εξέτασης γενικής αίματος ένας αναλυτής έχει τη δυνατότητα επεξεργασίας ταυτόχρονα κατά μέσο όρο 1000 δειγμάτων. Ανεξάρτητα με το αν θα πραγματοποιηθεί η ανάλυση 1 δείγματος ή 1000 δειγμάτων το μηχάνημα καταναλώνει την ίδια ποσότητα αντιδραστηρίων. Παρόλα αυτά όμως, σε αρκετές περιπτώσεις ενώ είναι εφικτή δεν εξαντλείται η δυναμικότητα του μηχανήματος, επιβαρύνοντας το κόστος των αντιδραστηρίων σε μικρότερη αναλογία δειγμάτων και αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό το ανά μονάδα κόστος.

- **Πρόταση επίλυσης:** Για την επίλυση του ανωτέρω προβλήματος είναι απαραίτητη η δημιουργία ή η βελτίωση των διαδικασιών στα νοσοκομεία προς την κατεύθυνση της πλήρους αξιοποίησης των παραγωγικών πόρων και της ελαχιστοποίησης της σπατάλης που αυξάνει το ανά μονάδα κόστος. Προς την κατεύθυνση αυτή, θα πρέπει να αρχίσουν να εφαρμόζονται διαδικασίες και εφαρμογές διοίκησης ποιότητας οι οποίες θα εξορθολογήσουν το συνολικό κόστος για την προμήθεια των αντιδραστηρίων χωρίς όμως να ελαττώσουν στο ελάχιστο την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών (αδυναμία εκτέλεσης εξετάσεων, μεγάλη αναμονή για την διενέργεια τους, μεγάλη αναμονή για την λήψη αποτελεσμάτων, κλπ). Παράλληλα, η εφαρμογή διαδικασιών διοίκησης ποιότητας θα μειώσει το κόστος αποτυχίας που θεωρείται εξαιρετικά κοστοβόρο στην περίπτωση των διαγνωστικών εξετάσεων λόγω του κόστους των αντιδραστηρίων. Η εσωτερική αποτυχία, δηλαδή το κόστος της σπατάλης, των καθυστερήσεων και των άσκοπων επαναλήψεων, εξαλείφεται μέσα από τη σοφή διαχείριση και την αποτελεσματική ροή διαδικασιών. Επίσης, καθώς μειώνονται τα σφάλματα ή τουλάχιστον ελέγχονται οι καταστροφικές τους συνέπειες για τους ασθενείς, απαλλάσσεται ο οργανισμός από το εξωτερικό κόστος, που είναι το πλέον σοβαρό και αφορά σε περιπτώσεις κακής πρακτικής (malpractice) που καταλήγουν στην απώλεια της αξιοπιστίας του οργανισμού. Στη φάση που πλέον έχουν συντονιστεί αρμονικά οι διαδικασίες, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνει η

ποιότητα και επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας²¹

- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Η φαρμακευτική δαπάνη αν και διατηρείται σταθερή, εξακολουθεί να παραμένει ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες κόστους

- **Πρόταση επίλυσης:** Ο τρόπος διατήρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με ταυτόχρονη εξοικονόμηση πόρων στον τομέα του φαρμάκου μπορεί να γίνει μόνο μέσα από την εναλλαγή μέρους της φαρμακευτικής δαπάνης που προέρχεται από ακριβά πρωτότυπα φάρμακα από φτηνά αλλά εξίσου αποδοτικά γενόσημα. Προς την κατεύθυνση αυτή, κινείται και πρέπει να επεκταθεί η διαδικασία, η οποία είναι σε εξέλιξη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για την προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων όχι σαν σκευάσματα αλλά σαν δραστικές ουσίες. Πιο συγκεκριμένα και στην λογική της επίτευξης οικονομιών κλίμακας το Υπουργείο Υγείας έχει ξεκινήσει πιλοτικά για ορισμένες δραστικές ουσίες, όπως είναι οι στατίνες την προκήρυξη διεθνούς διαγωνισμού για την επιλογή της συμφερότερης (ποιοτικότερης και ταυτόχρονα οικονομικότερης) προσφοράς. Η εταιρεία που θα κάνει την συμφερότερη προσφορά θα αποτελέσει τον ανάδοχο, ο οποίος θα είναι ο αποκλειστικός προμηθευτής φαρμάκων που βασίζονται σε αυτή τη δραστική στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

- **Πρόβλημα που διαπιστώνεται:** Το κόστος των υπηρεσιών παρουσιάζει έντονες αποκλίσεις μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών νοσοκομείων με αποτέλεσμα να είναι δύσκολος ο κεντρικός συντονισμός που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερες εξοικονομήσεις.

- **Πρόταση επίλυσης:** Θα πρέπει να δημιουργηθεί μια εθνική βάση δεδομένων, η οποία θα συγκεντρώσει το σύνολο των συμβάσεων που έχουν συναφθεί με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Μέσω των συμβάσεων αυτών και με βάση και τη διεθνή εμπειρία θα δημιουργηθεί μια έννοια βασική κοστολόγηση υπηρεσιών, η οποία θα αποτελεί τον εθνικό μέσο όρο κοστολόγησης για outsourcing υπηρεσίες. Με

²¹ SUVER JD, NEWMANN BR, BOLES KE. Accounting for the costs of quality. Healthc Financ Manage 1992, 46:28–31

τον τρόπο αυτό, κάθε σύμβαση που θα παρεκκλίνει από τον Μέσο Εθνικό Όρο θα εξετάζεται επιπρόσθετα και μόνο μετά από αιτιολογημένους λόγους θα μπορεί να ολοκληρωθεί και συμβασιοποιηθεί. Μέσω αυτής της πρακτικής θα δημιουργηθεί ένας άτυπος κλειστός προϋπολογισμός για την παροχή outsourcing υπηρεσιών, ο οποίος θα βοηθήσει, τόσο στην καλύτερη οργάνωση και προγραμματισμό της δαπάνης, όσο και στην περαιτέρω εξοικονόμηση οικονομικών πόρων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Βιβλιογραφία

1. Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-December 2012,
2. Monitoring Financial and Operational Performance of Hellenic Public Hospitals, January-July 2013
3. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. Soc Sci Med 1998
4. E.A. Παππά, Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Νιάκας, Burnout of physicians and nurses and its effects on the quality of health care, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008
5. DONABEDIAN A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988
6. Merkouris A, Papathanassoglou E, Pistolas D, Papagiannaki V, Floros F, Lemonidou C. Staffing and organisation of nursing care in cardiac intensive care units in Greece. Eur J Cardiovasc Nurs 2003
7. 1 Seago J. A comparison of two patient classification instruments in an acute care hospital. J Nurs Adm 2002
8. 1 Buchan J, O'May F. Determining skill mix in the health workforce. Guidelines for managers and health professionals. Issues in health services delivery paper No 3. Department of organisations of health services delivery. WHO, Geneva, 2000
9. SUVER JD, NEWMANN BR, BOLES KE. Accounting for the costs of quality. Healthc Financ Manage 1992,
10. Σουλιώτης Κ., Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδακάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ, Ψαλτοπούλου Θ, Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα 2013

11. Θεοδωράκης Π, Ανδριανάκη Φ, Ζησιμοπούλου Ο, Βιβιλάκη Β, Γούναρης Χ,
Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013
12. STUCKLER D, BASU S, SUHRCKE M, COUTTS A, McKEE M. The public
health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An
empirical analysis. Lancet 2009
13. BURCHELL B. The effects of labour market position, job insecurity and
unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C (eds)
Social change and the experience of unemployment. Oxford University Press,
Oxford, 1994
14. VAN DOORSLAER E, WAGSTAFF A, BLEICHRODT H, CALONGE S,
GERDTHAM UG, GERFIN M ET AL. Income related inequalities in health:
some international comparisons. J Health Econ 1997
15. WILKINSON RG. Unhealthy societies: The afflictions of inequalities. Ed 1.
Routledge, London, 1996