

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Δείκτες Αξιολόγησης Νοσοκομειακής Μονάδας.
Εφαρμογή των Δεικτών στα Δημόσια Νοσοκομεία.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΛΑΓΑ, ΑΜ 20074

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Δρ Ασπασία Β. Γούλα

Αθήνα
Φεβρουάριος 2022

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------	-----------------

Μέλος	Καθηγητής	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------	------------------	--------------------------	-----------------

Μέλος	Επιστημονική Συνεργάτης	ΜΑΡΙΑ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αγγελική Μαλάγα του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 2007, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/06/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα
Αγγελική Μαλάγα



ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάγκη για επίτευξη υψηλού επιπέδου Δημόσια Υγεία επιτάσσει την εφαρμογή μέτρων και συνθηκών που να επιφέρουν το μέγιστο βαθμό αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης των ασθενών από τη χρήση τους, με όσο το δυνατόν λιγότερες δαπάνες. Με ποιό τρόπο όμως, μπορούν να αξιολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες των Νοσοκομειακών Μονάδων και πώς διαφαίνεται η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό βρίσκεται στην εφαρμογή Δεικτών Αξιολόγησης, ενώ η μελέτη και ανάλυσή τους είναι ικανή να καταγράψει ελλείψεις και αδυναμίες των Υπηρεσιών Υγείας και να εξασφαλίσει την επίτευξη υψηλότερων στόχων.

Οι Δείκτες Αξιολόγησης βασίζονται σε λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα, εκφράζονται με συγκεκριμένες και επίσημα αποδεκτές σχέσεις, ενώ τα τελευταία χρόνια, σε μια προσπάθεια καθολικής εφαρμογής τους, καταγράφονται, παρουσιάζονται και δημοσιοποιούνται στους ετήσιους απολογισμούς των Δημόσιων Νοσοκομείων. Η ευκολία στη χρήση τους δίνει την ευκαιρία στις Διοικήσεις τους να συγκρίνουν τα ευρήματα τόσο με αντίστοιχα προγενέστερης χρονικής περιόδου της ίδιας υπηρεσίας, όσο και με άλλα πρότυπων υπηρεσιών που χαρακτηρίζονται από υψηλό δείκτη αποδοτικότητας και αποδοχής. Ως εκ τούτου, επιτυγχάνεται η αναγνώριση της υφιστάμενης κατάστασης των Νοσοκομειακών Μονάδων, ερμηνεύεται η εξέλιξή τους, αποτυπώνεται η επίτευξη ή μη των προκαθορισμένων στόχων τους, και εντέλει τίθενται νέοι στόχοι ή επαναπροσδιορίζονται οι προηγούμενοι.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα, νοσοκομείο, δείκτες, υπηρεσίες υγείας, ικανοποίηση ασθενών, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα.

ABSTRACT

The need for the development of a higher level of Public Health requires the implementation of conditions that bring about the maximum degree of efficiency of the provided health services and patients' satisfaction from their use, in combination with the lowest possible costs. But how can the services offered by the Hospitals be evaluated and how does their effectiveness and efficiency appear? The answer to this question lies in the application of Quality and Efficiency Indicators, while their study and analysis is able to record deficiencies and weaknesses of the Health Services achieving the highest goals.

The Quality and Efficiency Indicators are based on operational and financial data, are expressed in specific and officially accepted relationships, and also, in recent years, in an effort of their total application, they are recorded, presented and published in the annual account reports of Public Hospitals. The ease of use gives the opportunity to their Managements to compare the findings with those of a previous period of the same service, as well as with other standard services that are characterized by a high efficiency and acceptance index. Consequently, the recognition of the current situation of the Hospital institutions is achieved, their evolution is interpreted, the achievement or not of their predetermined goals is recorded, and finally new goals are set or the previous ones are redefined.

Key words: quality, hospital, indicators, health services, patient satisfaction, effectiveness, efficiency.

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της διπλωματικής μου εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Ασπασία Γούλα, πρωτίστως για το ήθος που τη διακρίνει, και ακολούθως για την καθοδήγηση που μου προσέφερε αλλά και το χρόνο που διέθεσε δίνοντάς μου οδηγίες και κατευθύνσεις.

Στο ίδιο πλαίσιο ευγνωμοσύνης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εξαιρετικούς διδάσκοντες καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για τη συμβολή τους στην επιστημονική μου συγκρότηση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω από καρδιάς τον σύζυγό μου και συμπορευτή στα όνειρα και στη δημιουργία, Κώστα, καθώς και τα υπέροχα παιδιά μου Τζίνα, Ιωάννα και Στέλιο που στάθηκαν πλάι μου, με στήριξαν και με παρότρυναν να ακολουθήσω τις φιλοδοξίες μου. Είναι η κινητήριος δύναμή μου, το φως και η αλήθεια στη ζωή μου και τους αφιερώνω αυτή την εργασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	11
1.1 Δημόσια Υγεία.....	11
1.2 Σύστημα Υγείας	13
1.3 Δαπάνες Υγείας.....	15
1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	15
1.5 Νοσοκομειακή μονάδα.....	17
1.6 Λειτουργία Νοσοκομειακής Μονάδας.....	20
1.7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ).....	22
1.8 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.....	23
1.9 Ικανοποίηση Ασθενών.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	28
2.1 Βασικές Συνιστώσες Αξιολόγησης Νοσοκομείων.....	28
2.2 Επίπεδα Αξιολόγησης.....	29
2.3 ΟΔΙΠΥ Α.Ε.....	32
2.4 Νοσοκομειακό Κόστος και ΚΕΝ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	38
3.1 Δείκτες Αξιολόγησης Ποιότητας.....	39
3.2 Κατηγοριοποίηση Δεικτών.....	40
3.2.1. Δείκτες Επάρκειας και Εισροών.....	41
3.2.1.1 Ανθρώπινοι Πόροι.....	41

3.2.1.2 Υλικοί Πόροι.....	45
3.2.1.3 Οικονομικοί Πόροι.....	47
3.2.1.4 Άλλοι Δείκτες Επάρκειας.....	49
3.2.2 Αξιολόγηση Αποτελεσματικότητας.....	52
3.2.2.1 Δείκτες Εκροών.....	52
3.2.2.2 Δείκτες Αποτελεσμάτων.....	57
3.2.3 Δείκτες Αποδοτικότητας (Efficiency indicators).....	63
3.2.4 Άλλοι Ειδικοί Δείκτες Αξιολόγησης.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (τρόπος εξαγωγής δεικτών αξιολόγησης)68

4.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	68
4.2 Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων ΕΣΥ 2019-2020.....	69
4.3 Στατιστικά Δεδομένα και Εφαρμογή Δεικτών Αξιολόγησης Νοσοκομείων 5 ^{ης} ΥΠΕ και 7 ^{ης} ΥΠΕ για τον μήνα Μάρτιο 2011.....	92
4.4 Στατιστικά Δεδομένα και Εφαρμογή των Δεικτών στα Νοσοκομεία ΓΝ Λειβαδιάς και ΓΝ Θηβών για τα έτη 2014-2018.....	95
4.5 Στατιστικά Δεδομένα και Εφαρμογή Δεικτών Αξιολόγησης στο ΓΝ ΚΑΤ για το έτος 2017.....	99
4.6 Αξιολογήσεις Νοσοκομείων βάσει Δεικτών Αξιολόγησης, για τα έτη 2009-2010	101
4.7 Αξιολογήσεις Νοσοκομείων βάσει Δεικτών Αξιολόγησης, για το έτος 2013.....	108
4.8 Δείκτες Ενδονοσοκομειακής Θνητότητας και Διακομιδών.....	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....110

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....118

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. Εξέλιξη Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα (2009-2016).....	15
2. Ιατρικό και Νοσηλευτικό Δυναμικό ανά Πληθυσμό, ανά Κλίνη σε κάθε ΥΠΕ για το 2011.....	43
3. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων ΕΣΥ για το έτος 2018.....	45
4. Ακραίες ΜΔΝ ανάμεσα στα Νοσοκομεία της Χώρας , για το 2011.....	53
5. Ακραίες τιμές % κάλυψης στα Νοσοκομεία της Χώρας για το 2011.....	55
6. Στόχοι Λειτουργικής Βελτίωσης των Δημόσιων Νοσοκομείων.....	56
7. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 1 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	70
8. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 2 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	71
9. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 3 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	72
10. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 4 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	73
11. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 5 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	74
12. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 6 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	74
13. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 7 ^{ης} ΥΠΕ για το 2019.....	76
14. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 1 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020.....	76
15. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 2 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020.....	78
16. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 3 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020.....	79
17. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 4 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020.....	80
18. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 5 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020.....	80
19. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 6 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020	81
20. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 7 ^{ης} ΥΠΕ για το 2020.....	82
21. Δείκτες Αξιολόγησης Επάρκειας και Αποδοτικότητας των Νοσοκομείων της 1 ^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020.....	84

22. Δείκτες Αξιολόγησης Επάρκειας και Αποδοτικότητας των Νοσοκομείων της 3 ^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2019.....	86
23. Δείκτες Αξιολόγησης Επάρκειας και Αποδοτικότητας των Νοσοκομείων της 4 ^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2019.....	87
24. Δείκτες Αξιολόγησης Επάρκειας και Αποδοτικότητας των Νοσοκομείων της 3 ^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020.....	88
25. Δείκτες Αξιολόγησης Επάρκειας και Αποδοτικότητας των Νοσοκομείων της 4 ^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020.....	89
26. Νοσηλευτική Κίνηση Μαρτίου 2011 Νοσοκομείων 5 ^{ης} ΥΠΕ.....	92
27. Νοσηλευτική Κίνηση Μαρτίου 2011 Νοσοκομείων 7 ^{ης} ΥΠΕ.....	92
28. Δείκτες Αξιολόγησης Μαρτίου 2011 των Νοσοκομείων της 7 ^{ης} ΥΠΕ.....	94
29. Προϋπολογισμοί ΓΝ Λειβαδιάς και ΓΝ Θηβών για τα έτη 2014-2018.....	95
30. ΜΔΝ ΓΝ Λειβαδιάς και ΓΝ Θηβών για τα έτη 2014-2017.....	95
31. Νοσηλευτική Κίνηση ΓΝ Λειβαδιάς για τα έτη 2014-2018.....	96
32. Πραγματοποιηθείσες Εξετάσεις στο ΓΝ Λειβαδιάς τα έτη 2014-2017.....	97
33. Πραγματοποιηθείσες Επεμβάσεις στο ΓΝ Λειβαδιάς τα έτη 2014-2017.....	97
34. Πραγματοποιηθείσες Επεμβάσεις στο ΓΝ Θηβών τα έτη 2014-2017.....	98
35. Νοσηλευτική Κίνηση ΓΝ Θηβών κατά τα έτη 2014-2018.....	98
36. Επισκέψεις Ασθενών ΓΝ Θηβών κατά τα έτη 2014-2017.....	98
37. Εξετάσεις Ασθενών ΓΝ Θηβών κατά τα έτη 2014-2017.....	99
38. Δείκτες Αξιολόγησης – Επάρκειας του ΓΝ ΚΑΤ για το 2017.....	100
39. ΜΔΝ και Ποσοστό Κάλυψης Κλινών των ΥΠΕ (έτη 2009-2010)	101
40. Μέσο Μηνιαίο Κόστος ανά ασθενή (ΜΜΚ/ Ασθενή) τα έτη 2009-2010....	103
41. Αναλογία Ιατρών, Νοσηλευτών, Λοιπού προσωπικού και σύνολο προσωπικού Ανά Κλίνη στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, για το 2010.....	104

42. Πεπραγμένα Νοσοκομείων «Τζάνειο» και «Ρόδου» για το 2018.....109

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

1. Μέση Τιμή ΜΔΝ σε όλα τα Νοσοκομεία της Χώρας (έτη 2010-2011).....54

2. Σύγκριση Δεικτών Αξιολόγησης 3^{ης} και 4^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2019.....90

3. Σύγκριση Δεικτών Αξιολόγησης της 3^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2019-2020.....91

4. Ποσοστό κάλυψης προσωπικού ΓΝ ΚΑΤ το 2017.....99

5. ΜΔΝ των Νοσοκομείων της Χώρας για τα έτη 2010 και 2011.....102

6. Ποσοστό κάλυψης των Νοσοκομείων της Χώρας για τα έτη 2010-2011.....103

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1. Σύγκριση ΜΔΝ Νοσοκομείων Λειβαδιάς και Θηβών 2014-2017.....95

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ελληνικά Ακρωνύμια

ΑΕ	Ανώνυμη Εταιρεία
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΥΠΕ	Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΜΕΝΟ	Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΠΙ	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
ΙΣΑ	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
ΚΕΕΛ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΝΛ	Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΙΣ	Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΥΥ	Πάροχοι Υπηρεσιών Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΗΝ	Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
ΣΛΕΕ	Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣΥ	Σύστημα Υγείας
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟΜΥ	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΦΠΥΥΚΑ	Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ξενόγλωσσα Ακρωνύμια

BI HEALTH	Business Intelligence/ Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας ΕΣΥ
DRG's	Diagnostic Related Groups/ Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις σύγχρονες κοινωνίες, στον Τομέα της Υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση της αποδοτικότητας και της ικανοποίησης κυρίως των ασθενών αλλά και του υγειονομικού προσωπικού, εφαρμόζεται η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, η οποία «αποτελεί μέρος του τρόπου διαχείρισης της υγειονομικής ανάπτυξης μιας χώρας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ΠΟΥ, 2011), και είναι μια διαδικασία προσδιορισμού του μεγέθους κατά του οποίου επιτυγχάνονται οι στόχοι που έχουν τεθεί στα επί μέρους συστήματα υγείας, καθώς και προσδιορισμού των απαιτούμενων παρεμβάσεων για βελτιστοποίηση της υφιστάμενης κατάστασης.

Το Σύστημα Υγείας (ΣΥ) της Ελλάδας, παρ' όλες τις σπουδαίες μεταρρυθμίσεις που κατάφερε τις τελευταίες δεκαετίες, είναι δύσκολο να ανταποκριθεί επαρκώς στις αυξημένες ανάγκες που επέφερε η τεράστια οικονομική κρίση, η εισροή μεταναστευτικού ρεύματος αλλά και η εμφάνιση της πανδημίας SARS-COV-2. Ως εκ τούτου, οι διαρκώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις του καλυπτόμενου πληθυσμού έκαστης νοσοκομειακής μονάδας, επιτάσσουν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της, προκειμένου να είναι ικανή να τις καλύψει.

Πώς όμως μπορούν να αξιολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες μιας νοσοκομειακής μονάδας; Απάντηση δίδεται μέσα από τους «Δείκτες Αξιολόγησης» που εφαρμόζοντάς τους στα νοσοκομεία είναι ικανοί να δώσουν αποτελέσματα που θα οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα και εν συνεχεία στις δέουσες αλλαγές προκειμένου να εξασφαλιστεί η μέγιστη, κατά το δυνατόν, αποδοτικότητα.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δούμε τον τρόπο που οι δείκτες αξιολόγησης συλλέγουν στοιχεία των προσφερόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών και μετατρέποντάς τα σε λόγους, επισημαίνουν τα τρωτά σημεία τους που εν συνεχεία, αυτά μεταφράζονται από την ηγεσία σε επιδιώξεις και δράσεις. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων θέτουν μέγιστους στόχους αποδοτικότητας της λειτουργίας τους, και μπορούν εφαρμόζοντας τους ανωτέρω δείκτες να τους επιτύχουν.

Κατά την εκτέλεση τούτου του πονήματος, θα επιχειρηθεί μια συστηματική έρευνα κατά πόσο αυτοί οι δείκτες αξιολόγησης νοσοκομείων εφαρμόζονται στην

Ελλάδα ως κατευθυντήριες γραμμές για την βελτιστοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών, και αν αυτοί, ενδεχομένως, δεν εφαρμόζονται ή δεν αξιολογούνται. Συγκεκριμένα, η μελέτη θα εστιαστεί στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας και κατά πόσο το μοντέλο διοίκησής τους παρακολουθεί, αναγιγνώσκει, αναλύει και χρησιμοποιεί τους παγκόσμια αποδεκτούς αυτούς δείκτες.

Εν τέλει, οι προβληματισμοί που θα προκύψουν και θα αναζητηθούν απαντήσεις είναι:

- * Εφόσον η εφαρμογή των δεικτών αξιολόγησης είναι αργίσιμη τόσο σημαντική για την ορθή οικονομική, παραγωγική και αποτελεσματική λειτουργία μιας νοσοκομειακής μονάδας, υπάρχει καθολική εφαρμογή τους στην πράξη;
- * Αξιολογούνται τα δεδομένα από τους Διοικητές των Νοσοκομειακών Μονάδων με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή μήπως τα εκλαμβάνουν σαν απλά στατιστικά δεδομένα και δεν τα μεταφράζουν;
- * Οι αρμόδιες υπηρεσίες του ΥΥ τα επεξεργάζονται και τα μετατρέπουν σε σχέδιο δράσης ή προκειμένου οι εκάστοτε κυβερνήσεις να μη θίξουν τα κακώς κείμενα των τοποθετημένων Διοικητών ή την κακοδιαχείριση εκ μέρους τους, αποσιωπούν τα ευρήματα;
- * Υπάρχει κάποια υπηρεσία που έχει ως σκοπό σύστασή της την συλλογή και ερμηνεία των δεικτών αξιολόγησης των Νοσοκομείων; Και αν ναι, λειτουργεί;
- * Είναι πραγματικά δύσκολο να ορισθεί σε κάθε νοσοκομείο υπεύθυνος Δεικτών Αξιολόγησης που θα εφαρμόζει τους δείκτες στα δεδομένα του νοσοκομείου και θα παρακολουθεί τη βελτίωση ή μη κάποιων κατευθύνσεων;
- * Μήπως θα μπορούσε αυτή η μελέτη να γίνεται σε μηνιαία βάση ούτως ώστε τα σχέδια δράσης να είναι πιο ευέλικτα και βραχυπρόθεσμα με απτά αποτελέσματα σε σύντομα διαστήματα και όχι μεγάλονοα που εντέλει δεν εφαρμόζονται;

Για την συγγραφή της παρούσας, προέκυψαν αρκετές δυσχέρειες κατά τη διαδικασία της έρευνας και συλλογής δεδομένων, καθώς υπήρχαν μεν, αναρτημένα αρκετά στατιστικά στοιχεία των Νοσοκομείων στις επίσημες σελίδες του ΥΥ, πλην όμως τα στοιχεία αυτά ήταν αποσπασματικά και δεν ήταν ικανά να καλύψουν όλο το φάσμα των δεικτών αξιολόγησης. Επί παραδείγματι, μεγέθη όπως ενδονοσοκομειακή θνητότητα, θνητότητα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, νοσηρότητα, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, χρόνοι αναμονής για θεραπείες ήταν δύσκολο να ανευρεθούν. Παρόλη την προσπάθεια να εκμαιευθούν

τέτοια στοιχεία από έρευνα εντός συγκεκριμένων νοσοκομείων, δεν επιτράπηκε η άντληση αυτών των δεδομένων. Προσπερνώντας όμως τους σκοπέλους, τα στοιχεία που μέσα από έρευνες βρέθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν είναι αρκετά και ικανά να βοηθήσουν τον αναγνώστη στην κατανόηση των δεικτών αξιολόγησης και της εφαρμογής τους στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Επιγραμματικά, η παρούσα διπλωματική εργασία φιλοδοξεί να απαντήσει στα εξής ερωτήματα:

- Τι είναι οι δείκτες αξιολόγησης νοσοκομειακής μονάδας και πώς κατηγοριοποιούνται;
- Εφαρμόζονται οι δείκτες αξιολόγησης στα νοσοκομεία της Ελλάδας;
- Τι αποτελέσματα μπορούν να προσφέρουν;
- Είναι δύσχρηστοι και δυσνόητοι ή εύχρηστοι και απτοί;
- Ποια είναι η εφαρμογή τους στα Δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας;
- Οι τιμές των δεικτών αξιολόγησης μπορούν να συγκριθούν με αντίστοιχες άλλων χωρών όπως νοσοκομείων της Ευρωπαϊκής Ένωσης;
- Μπορεί να υπάρξει ξεχωριστή υπηρεσία που να ασχολείται με τους δείκτες αξιολόγησης των επιμέρους νοσοκομείων και να παρακολουθεί την εφαρμογή των αποτελεσμάτων τους με σκοπό την μέγιστη αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Στο πρώτο κεφάλαιο «ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ», επιχειρείται εννοιολογική προσέγγιση των όρων Δημόσια Υγεία, Σύστημα Υγείας, Δαπάνες Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Νοσοκομειακή Μονάδα, Λειτουργία Νοσοκομειακής Μονάδας, Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Ικανοποίηση Ασθενών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ» πραγματοποιείται ανάλυση των Βασικών Συνιστωσών Αξιολόγησης Νοσοκομείων, των Επιπέδων Αξιολόγησης, του ΟΔΠΥ ΑΕ, του Νοσοκομειακού Κόστους και των ΚΕΝ.

Στο τρίτο κεφάλαιο «ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ» αφού επιχειρηθεί εννοιολογική προσέγγιση, παρουσιάζεται η βασική κατηγοριοποίηση των Δεικτών Αξιολόγησης Ποιότητας και η Ταξινόμησή τους ανά κατηγορία, ενώ παρατίθενται ενδεικτικοί μαθηματικοί τύποι αυτών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο «ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (τρόπος εξαγωγής δεικτών αξιολόγησης)» παρουσιάζεται η Μεθοδολογία της Έρευνας και κατόπιν παρατίθενται πίνακες με στατιστικά δεδομένα Δημόσιων Νοσοκομείων, κυρίως κατά την τελευταία δεκαετία. Στα δεδομένα αυτά εφαρμόζονται Δείκτες Αξιολόγησης, προκειμένου να παραχθούν νέα στοιχεία, αποδεικνύοντας την ευκολία χρήσης και εφαρμογής των Δεικτών αλλά και την αποδοτικότητα ή μη, των φορέων. Απαντάται μέσω παραδειγμάτων, αν η απρόσκοπτη και εμπειριστατωμένη μελέτη και εφαρμογή τους είναι οδηγός για την βελτιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας και της λειτουργίας τους σε μάκρο και μικρο επίπεδο.

Στο πέμπτο κεφάλαιο και τελευταίο κεφάλαιο «ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ» γίνεται αναφορά της υφιστάμενης κατάστασης στον Τομέα της Υγείας και στα Δημόσια Νοσοκομεία, αναπτύσσονται τα γενικά συμπεράσματα όλων όσων προηγήθηκαν αλλά και οι προσδοκίες για το εγγύς και απώτερο μέλλον σε σχέση με την εφαρμογή και χρήση των Δεικτών Αξιολόγησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λέγοντας υγεία, σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό του Parsons, θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, ενώ ο βιωματικός ορισμός του Kelman, εστιάζει στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία. Η ιατρική επιστήμη προσεγγίζει την υγεία από καθαρά βιολογική άποψη, ενώ σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (ΠΟΥ, 1946).

1.1 Δημόσια Υγεία

Η σημαντικότητα της Δημόσιας Υγείας διαφαίνεται και υπογραμμίζεται στην «Συνθήκη του Μάαστριχτ» του 1992, με την οποία ιδρύθηκε η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), και που εκεί εισήχθη ο όρος και η έννοια της δημόσιας υγείας. Μπορεί το πεδίο εφαρμογής της να ήταν περιορισμένο, αλλά δημιούργησε μια αρχική νομική βάση προκειμένου από εκεί και έπειτα να θεσπιστούν μέτρα πολιτικής για την υγεία. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον ορισμό περί δημόσιας υγείας στον Ν.3370/2005, είναι το σύνολο των επιστημονικά τεκμηριωμένων, οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και οι οποίοι αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (πρόληψη νοσημάτων, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, βελτίωση της ποιότητας ζωής).

Στην πάροδο των ετών, η σπουδαιότητα της προστασίας της δημόσιας υγείας αποτέλεσε πρωταρχική ευθύνη ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία έτη. Στο άρθρο 168 παράγραφος 7 της Συνθήκης για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ) ορίζεται ότι «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Η ΕΕ εφάρμοσε έως τώρα επιτυχώς, παρ' όλες τις αντίξοες και απροσδόκητες παγκόσμιες υγειονομικές συνθήκες, μια πολιτική στρατηγική «Υγεία για την Ανάπτυξη» και παρέχει χρηματοδοτήσεις ως προς αυτό,

τόσο πριν όσο και μελλοντικά, για την περίοδο προγραμματισμού 2021-2027. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έχει εργαστεί συστηματικά για τη δημιουργία μιας συνεκτικής πολιτικής σε θέματα δημόσιας υγείας. Έχει επίσης, υποστηρίξει ενεργά την ενίσχυση και προαγωγή της πολιτικής για την υγεία με πλήθος γνωμοδοτήσεων, ερευνών, συζητήσεων, γραπτών δηλώσεων και εκθέσεων ίδιας πρωτοβουλίας σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2021).

Με την εμφάνιση της παγκόσμιας πανδημίας SARS-COV-2, και την συνεπακόλουθη παγκόσμια κρίση στον τομέα της υγείας, οι νέοι κανονισμοί της ΕΕ ορίζουν ότι παρόλο που το κάθε κράτος-μέλος είναι αρμόδιο για την πολιτική του στον τομέα της υγείας, ωστόσο θα πρέπει να προστατεύει τη δημόσια υγεία υπό το πνεύμα ευρωπαϊκής αλληλεγγύης. Ως εκ τούτου, θεσπίζεται νέο και ενισχυμένο πρόγραμμα δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας, το Πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία - EU4Health» για την περίοδο 2021-2027. Σύμφωνα με τους στόχους της ΕΕ, το Πρόγραμμα οφείλει να εστιάζει σε δράσεις για τις οποίες η συνεργασία μεταξύ των χωρών, θα παρέχει πλεονεκτήματα και οφέλη αποδοτικότητας (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2021). Στο ίδιο μήκος κύματος είναι και το Εθνικό Σχέδιο 2021-2025 του ΥΥ το οποίο εστιάζει στην σημασία της Δημόσιας Υγείας, έννοιας ευρύτερης από το Υγειονομικό Σύστημα και τις Υπηρεσίες Υγείας όλων των κρατών και εντέλει, πεδίο σύγκλισης των πολιτικών υγείας όλων των σύγχρονων κρατών.

Προς την επίτευξη αυτού του στόχου, της αναγκαιότητας της προστασίας της Δημόσιας Υγείας, λειτουργεί στην Ελλάδα ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) που συστάθηκε με τον Ν.4633/2019, με κύριο σκοπό την παροχή υπηρεσιών, που συμβάλλουν στην προστασία και βελτίωση της υγείας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Ο ΕΟΔΥ πήρε τη θέση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) που και αυτό, το 2005 πήρε τη θέση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ).

Ο ΕΟΔΥ συνιστά το επιχειρησιακό κέντρο σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων προστασίας της δημόσιας υγείας με προληπτικό, λειτουργικό και παρεμβατικό χαρακτήρα, με ετοιμότητα απόκρισης σε έκτακτους κινδύνους υγείας, συντονισμένης με τις εκάστοτε ανάγκες της χώρας. Τη δεδομένη στιγμή κρίθηκε πολύ σημαντική η συμβολή του στην αντιμετώπιση της πανδημίας, με στόχους, προγράμματα και δράσεις που συγκράτησαν την εξάπλωσή της και τις θανατηφόρες συνέπειές της, ως το βαθμό που αυτό ήταν εφικτό και ως εκεί που οι πολίτες

συντάχθηκαν - και δεν αντιπαρατέθηκαν - προς την εκπλήρωση αυτού του στόχου (ΕΟΔΥ, 2019).

1.2 Σύστημα Υγείας

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, παρόλο που το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), η γενικότερη κατάσταση της υγείας του πληθυσμού είναι κακή με αποτέλεσμα να πιέζεται το ΣΥ. Σύμφωνα με την Έκθεση του ΠΟΥ «Greece: Profile of Health and Well-being, 2016», το ΣΥ της Ελλάδος είναι νοσοκομειοκεντρικό, με έμφαση στη θεραπεία των ασθενειών και όχι στην πρόληψή τους, με την Ελλάδα πλέον να εφαρμόζει μια σειρά από φιλόδοξες μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων και τη μείωση της σπατάλης.

Η έννοια του ΣΥ περιλαμβάνει το συνδυασμένο σύνολο ατόμων, θεσμών και πόρων όπου επιχειρούν υγειονομικές δράσεις με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας των πολιτών (Murray J., Frenk J., 2000). Έτσι, αποτελεί το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που υπάρχουν σε μία χώρα, με στελεχωμένη και οργανωμένη διοίκηση, και που η λειτουργία του χρηματοδοτείται (ENEMO, 2010).

Με τον Ν.1397/1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα όπου ορίζεται ότι το κράτος έχει την ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, προσδοκώντας ισότιμη μεταχείριση, ανεξαρτήτως της κοινωνικο-οικονομικής τους θέσης. Αργότερα, με την εφαρμογή του ΣΥ στην Ελλάδα επιτεύχθηκε μείωση δαπανών με επιμέρους μείωση μισθών, μείωση φαρμακευτικής δαπάνης, προώθηση γενοσήμων φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση και εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN).

Σύμφωνα με τον Τούντα, σε μελέτη του 2010 καταγράφηκε ότι το 81% των ασθενών χρησιμοποίησαν δημόσια νοσοκομεία, 18,5% ιδιωτικά και 05% ΝΠΙΔ (Τούντας, 2010). Τα μεγάλα ποσοστά χρήσης δημόσιων νοσοκομείων καταδεικνύουν τη στροφή του πληθυσμού στον δημόσιο τομέα, λόγω της έναρξης της οικονομικής κρίσης και της μείωση μισθών, αλλά και της επανάκτησης της εμπιστοσύνης των πολιτών στις υπηρεσίες που παρέχουν τα δημόσια νοσοκομεία, έναντι των ιδιωτικών.

Παράλληλα, παρουσιάζεται υποστελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων, όσον αφορά στους εν γένει επαγγελματίες υγείας και κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό, έναντι του ιατρικού προσωπικού. Απόδειξη, τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα είναι από τις πρώτες χώρες στην Ευρώπη σε υψηλό αριθμό ιατρών στα

Νοσοκομεία. Επί παραδείγματι, το 2007 οι γιατροί σε σχέση με τον πληθυσμό, ήταν στην Ελλάδα κατά 74% περισσότεροι σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), εν αντιθέσει με το νοσηλευτικό προσωπικό που ως προς τον πληθυσμό παρουσίαζε αναλογία κατά 67% μικρότερη του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (Στάθης, 2010).

Βέβαια, σημειώνεται ότι ακόμη υπάρχει μία αρνητική εικόνα των πολιτών για το ΣΥ εξαιτίας, όχι μόνο των προβλημάτων στην προσβασιμότητα αλλά κυρίως, και αυτό είναι το θλιβερό, στη γραφειοκρατία που επικρατεί, στο οικονομικό κόστος που επιβαρύνονται οι πολίτες, στις άσχημες συνθήκες που επικρατούν και στη χαμηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Είναι φανερό ότι πρόκειται για μία παγιωμένη θέση, αφού καταγράφεται όχι μόνο από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας αλλά και από το γενικό πληθυσμό (Eurofound, 2017). Εξάλλου, οι κτιριακές εγκαταστάσεις, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και το υγειονομικό προσωπικό είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα, με σαφώς μεγαλύτερη συγκέντρωση στις αστικές περιοχές ενώ στην περιφέρεια παρατηρείται έλλειψη των προαναφερθέντων με αποτελέσματα δυσμενή για την ικανοποίηση των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή State of Health in the EU, 2017).

Από το 2010 και έπειτα, οι μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώθηκαν σε χρηματοοικονομικά ζητήματα ενώ αντιμετωπίστηκαν εν μέρει τα μακροπρόθεσμα ζητήματα διάρθρωσης του ΣΥ. Οι μεταρρυθμίσεις ήταν κυρίως τεχνοκρατικές και δεν συνεκτιμήθηκε η ευρύτερη λειτουργία του Συστήματος και οι ανάγκες του πληθυσμού.

Μία από τις ουσιαστικότερες μεταρρυθμίσεις ήταν η συγχώνευση των βασικών ταμείων σε ένα ενιαίο, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ, Ν.3918/2011) ενώ κατευθύνσεις και δράσεις προς την αναβάθμιση και βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έλαβαν χώρα το 2017, με ελπιδοφόρα αλλά αμφίβολα ακόμη αποτελέσματα (Ν4486/2017). Επίσης, έγιναν προσπάθειες βελτίωσης της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, με γεγονός πια την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Η διάθεση για καθολική κάλυψη δαπάνης των υπηρεσιών υγείας και ισότιμη πρόσβαση σε αυτές, επισφραγίστηκε το 2016 με ειδική νομοθετική ρύθμιση. Με αυτήν εξασφαλίστηκε το δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών να έχουν ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχής υγείας, ανεξαρτήτως αν έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους κάλυψη λόγω ανεργίας ή λόγω αδυναμίας καταβολής

των εισφορών τους,. Ίδια δικαιώματα παραχωρήθηκαν και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (Ν.4368/2016).

1.3 Δαπάνες Υγείας

Οι δαπάνες υγείας το 2008 για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) κάλυπταν το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ενώ για την Ελλάδα κάλυπταν το 9,7% του ΑΕΠ και την επόμενη χρονιά κάλυπταν το 10,2% του ΑΕΠ (ΠΟΥ, 2012). Τις ίδιες χρονιές τα ελληνικά νοσοκομεία παρουσιάζουν και μεγάλα ελλείμματα. Ο περιορισμός των δημόσιων δαπανών υγείας αποτελεί μέρος των μέτρων δημοσιονομικής σταθερότητας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή. State of Health in the EU, 2017).

Εν συνεχεία, κατά τα έτη 2012-2016, βάσει στοιχείων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), η συνολική δαπάνη υγείας παρουσίασε σημαντική μείωση, αγγίζοντας τα 14,72 δισεκατομμύρια ευρώ ή, ποσοστιαία, το 8,45% του ΑΕΠ από το 9,47% που ήταν το 2009 (Τούντας, 2020). Παρόμοια αποτελέσματα αντλούνται και από την Eurostat, όπου διαπιστώνεται ότι τα μέτρα δημοσιονομικής πειθαρχίας που ελήφθησαν τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Υγείας, προκάλεσαν δραματική μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Αυτή αποτελεί πλέον το 5% του ΑΕΠ, από περίπου 7% που ήταν προ δεκαετίας, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο αντίστοιχος μέσος όρος αγγίζει το 7% (Eurostat, 2018). Το ανησυχητικό όμως, είναι ότι οι δαπάνες στην πράξη, υπερβαίνουν αρκετά τον προϋπολογισμό για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας Στην Ελλάδα (2009-2016)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Συνολική δαπάνη υγείας (εκατ.€)	22.491	21.609	18.836	16.984	15.201	14.203	14.448	14.727
Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,47%	9,56%	9,10%	8,88%	8,41%	7,95%	8,19%	8,45%
Δημόσια δαπάνη υγείας (εκατ.€)	15.412	14.921	12.425	11.286	9.445	8.267	8.420	9.035
Δημόσια δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	68,50 %	69%	65,90 %	66,40 %	62,10 %	58,20 %	58,30 %	61,30 %

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018

1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το 1979 στην πόλη Alma-Ata πραγματοποιείται συνάντηση όλων των κρατών για να οριοθετηθεί η σύγχρονη προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

(ΠΦΥ) και στην Διακήρυξή της αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας.

Σύμφωνα με τον Ν. 4486/2017, ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 περί «Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», ως ΠΦΥ νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

Η ΠΦΥ θα πρέπει να είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη από όλους τους πολίτες καθ' όλο το εικοσιτετράωρο, ενώ θα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη-ασθενή με το ΣΥ και θα βασίζεται στην προληπτική ιατρική. Όμως, ποιοί είναι οι φορείς της;

Οι βασικότεροι φορείς ΠΦΥ είναι:

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)

Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ)

Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων

Πολυϊατρεία

Περιφερειακά Ιατρεία

Δημοτικά Ιατρεία.

Το βασικό ερώτημα που γεννάται όμως, είναι αν πραγματικά παρέχονται υπηρεσίες υγείας, όπως θα όφειλαν, από τους ανωτέρω φορείς. Εν προκειμένω, τα ΤΟΜΥ, ένα καινούργιο διαμορφωμένο μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποσκοπεί τόσο στην εξάλειψη του νοσοκομειοκεντρικού μοντέλου αλλά κυρίως, στην υιοθέτηση υγιών συνηθειών, στηριζόμενες στην αγωγή υγείας και την πρόληψη. Ως στόχο έχει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την επίτευξη της ισότητας στην υγεία. Ο φιλόδοξος όμως Ν.4486/2017 βρήκε τελικά εφαρμογή; Υπάρχει κατ' οίκον νοσηλεία, κατ' οίκον φροντίδα, ομάδα υγείας, οικογενειακός ιατρός; Τα ΤΟΜΥ για να λειτουργήσουν όπως πρέπει, χρειάζεται αρχικά, ενημέρωση στους πολίτες για την ύπαρξη και τον σκοπό τους αλλά και αξιοπρεπή στελέχωσή τους, διότι ο πραγματικός τους ρόλος είναι του στυλοβάτη της μείωσης των ανισοτήτων

στην υγεία του πληθυσμού, ρόλος που είναι αμφίβολο αν τον διαδραματίζει (Βανταράκης, 2019).

Τα νοσοκομεία έχουν επιφορτιστεί με το βάρος τριών βαθμίδων περίθαλψης, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας. Είναι φανερό ότι θα πρέπει να αποσυμφορηθούν αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα προκειμένου να επικεντρωθούν στις άλλες δύο βαθμίδες. Έτσι, η παροχή υγείας θα γίνεται πιο συγκεντρωμένα και με λιγότερα κόστη για το ΣΥ.

1.5 Νοσοκομειακή μονάδα

Η νοσοκομειακή μονάδα είναι ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, ιατροτεχνολογικά εξοπλισμένο, όπου παρέχεται περίθαλψη, φροντίδα και θεραπεία από εξειδικευμένο προσωπικό σε κάθε πολίτη ισότιμα. Ο κυρίαρχος ρόλος της στην παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας υγείας είναι αναμφισβήτητος και αποτελεί το επίκεντρο γύρω από το οποίο διαρθρώνεται το όλον ΣΥ στη χώρα μας.

Ο σκοπός της είναι η ικανοποίηση των πρωταρχικών αναγκών του ανθρώπου, με την έννοια της συνέχισης της ζωής, με υψηλή κατά το δυνατόν ποιότητα στις παρεχόμενες φροντίδες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και ψυχοκοινωνικούς λειτουργικούς περιορισμούς (Σαρρής και συν, 2003).

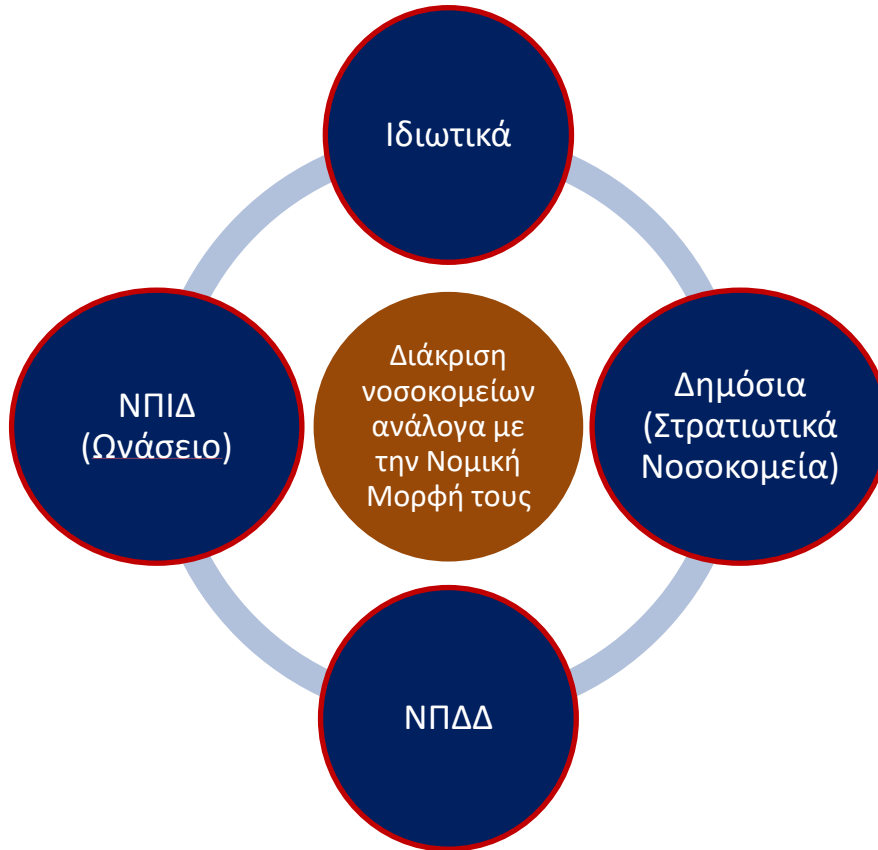
Τα Νοσοκομεία διαχωρίζονται ανάλογα με τις υπηρεσίες που προσφέρουν σε:

ΓΕΝΙΚΑ	ΕΙΔΙΚΑ
<ul style="list-style-type: none">• Αντιμετωπίζουν το <u>σύνολο</u> των ασθενειών	<ul style="list-style-type: none">• Αντιμετωπίζουν <u>συγκεκριμένες</u> ασθένειες

Τα ΓΕΝΙΚΑ περιλαμβάνουν τα τμήματα: ιατρικής, χειρουργικής, παιδιατρικής και μαιευτικής/γυναικολογίας, και υποστηρίζονται από διαγνωστικές υπηρεσίες και παθολογικά τμήματα. Τα νοσοκομεία που συνδέονται με τις ιατρικές

σχολές της χώρας, Πανεπιστημιακά, προσφέρουν τις πιο σύνθετες και τεχνολογικά προηγμένες υπηρεσίες, ενώ υπάρχουν και οι Κλινικές. (Economou et al, 2017).

Τα ΕΙΔΙΚΑ αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες κατηγορίες, ασθένειες και προβλήματα (π.χ. Ψυχιατρικά Νοσοκομεία).



Μια άλλη διάκρισή τους είναι ανάλογα με τη νομική τους μορφή και αναλόγως αυτής, γίνεται αντιληπτό αν αποσκοπούν πέρα από την υγεία, στο οικονομικό κέρδος ή όχι. Τα τελευταία έτη υπάρχει έντονος ανταγωνισμός, όχι μόνο μεταξύ των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όπου είναι αναμενόμενο, αλλά και μεταξύ των δημοσίων. Τούτο γίνεται διότι, σύμφωνα με το άρθρο 35 του Ν.4633/2019, περί σύμβασης αποδοτικότητας των διοικήσεων των δημοσίων νοσοκομείων, ο εκάστοτε διοικητής είναι αντικείμενο αξιολόγησης για το παραγόμενο έργο του, την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου του και την οικονομική διαχείριση (κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, έσοδα – έξοδα, ισολογισμοί κ.α.). Καλούνται αφενός, να καταγράψουν συγκεκριμένους δείκτες αποδοτικότητας και αφετέρου, να τους βελτιώσουν. Ενδεικτικά, οι διοικητές, και σε ορισμένες περιπτώσεις -όπου αυτοί υπάρχουν- οι υποδιοικητές, αξιολογούνται για την προσπάθειά τους σχετικά με την αύξηση του ποσοστού κάλυψης κλινών, της μείωσης

των διακομιδών σε άλλα νοσοκομεία, του χρόνου αναμονής στα ΤΕΠ, του ποσοστού ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, της προώθησης της χρήσης γενοσήμων, της παρακολούθηση της λίστας χειρουργείου, του προγράμματος εφημεριών, των πληροφοριακών συστημάτων, της διόρθωσης λανθασμένων καταχωρήσεων στο πληροφοριακό σύστημα του ΥΥ, BI-Health (Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ), τον εμβολιασμό του προσωπικού τους, και τις καταγγελίες και τα παράπονα ασθενών. Μια θετική ή αρνητική αξιολόγηση θα μπορούσε να έχει ως άμεση συνέπεια την διατήρηση των διοικητών στις θέσεις ευθύνης ή την καθαίρεσή τους.

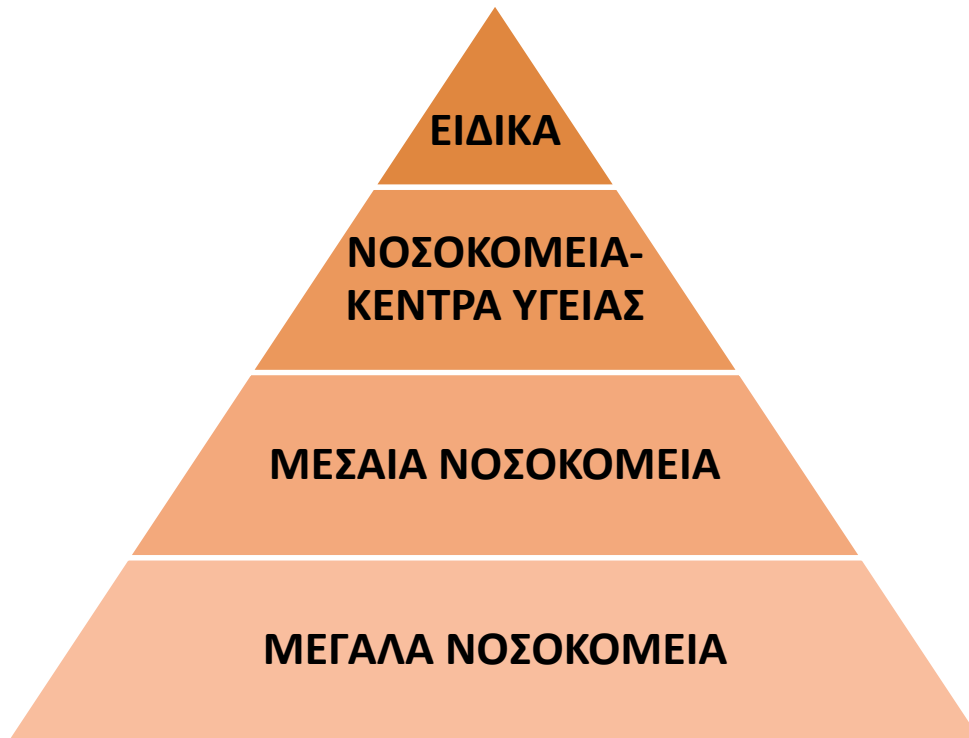
Παρόμοια αξιολόγηση, σύμφωνα με τον Ν.4369/2016 πραγματοποιείται τόσο στον υγειονομικό υπάλληλο, όσο και στον προϊστάμενο και τον διευθυντή του νοσηλευτικού ιδρύματος. Οι συνέπειες από μια αρνητική αξιολόγηση είναι αρκετές, ξεκινώντας από την παρατήρηση, την εμπόδιση επαγγελματικής εξέλιξης, τον υποβιβασμό και φτάνουν έως την απόλυση του υπαλλήλου (Εφημερίδα «Καθημερινή», 7-1-2020).

Άλλωστε, τον τελευταίο καιρό, η φημολογία της ενδεχόμενης έλευσης ιδιωτικών φορέων -ως συνεργάτες- στα νοσοκομεία, (εταιρείες που θα καλύψουν διάφορους τομείς και εργασίες), έχει επιφέρει έντονο στρες στους υγειονομικούς υπαλλήλους και προσπάθεια υψηλότερης απόδοσης, προκειμένου να αποδείξουν ότι δεν συντρέχει λόγος συνδρομής τους, και ότι οι ίδιοι είναι απαραίτητοι και αποδοτικοί. Ακόμη και οι κυβερνητικές βλέψεις ενδεχόμενης παύσης λειτουργίας ορισμένων νοσοκομείων με ταυτόχρονη ενίσχυση κάποιων άλλων που ανήκουν στον ίδιο νομό, κάνει τους υπαλλήλους και την διοίκηση να στοχεύουν σε ακόμη υψηλότερους στόχους και προσδοκίες, και να υπερβάλλουν εαυτό.

Μία άλλη ειδοποιός διάκριση των Νοσοκομείων είναι αναλόγως του μεγέθους τους:

- Μεγάλα νοσοκομεία: εδώ ανήκουν όλα τα νοσοκομεία της χώρας που έχουν περισσότερες από 400 κλίνες
- Μεσαία νοσοκομεία: είναι όλα τα νοσοκομεία της χώρας τα οποία δεν είναι ταυτόχρονα και Κέντρα Υγείας, και διαθέτουν μέχρι 400 κλίνες
- Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας: είναι μικρές μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας (π.χ. ΓΝ – ΚΥ Κύμης)

- Ειδικά νοσοκομεία: εδώ περιλαμβάνονται τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οφθαλμολογικά, και τα δερματολογικά.



Επίσης, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, αλλά και σε ποιά Υγειονομική Περιφέρεια ανήκουν.

Η αύξηση που παρουσιάζεται στην χρήση των δημόσιων νοσοκομείων, ως απόρροια κυρίως της μείωσης του εισοδήματος και της οικονομικής κρίσης που διανύει η χώρα, διαφαίνεται από το γεγονός ότι κατά την τριετία 2009-2011 υπήρξε αύξηση των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία κατά 31,7% και αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων κατά 12,8% (ΕΛΣΤΑΤ, 2012).

1.6 Λειτουργία Νοσοκομειακής Μονάδας

Ο οργανισμός του εκάστοτε Νοσοκομείου παρουσιάζει τον οργανωτικό του σχεδιασμό και σε εκείνον αναφέρονται:

1. Η επωνυμία του
2. Η νομική του μορφή
3. Η κατηγορία στην οποία ανήκει
4. Το επίπεδο περίθαλψης

5. Η γεωγραφική κάλυψη υγειονομικών αναγκών
6. Το σύνολο των υπηρεσιών του
7. Η διάρθρωσή του (Γούλα, 2007)

Τα Νοσοκομεία διαρθρώνονται σε τέσσερις υπηρεσίες:



Τα προβλήματα των νοσοκομείων όμως, είναι αρκετά και στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν εντοπιστεί τα αίτιά τους. Επί παραδείγματι, οι διοικήσεις των νοσοκομείων δεν απαρτίζονται από εξειδικευμένους επιστήμονες, οικονομολόγους υγείας, manager με προφίλ ηγέτη, ενώ η εναλλαγή των διοικήσεων, σχεδόν κάθε τριετία, δεν επιτρέπει την εφαρμογή μακροοικονομικού σχεδίου στις νοσοκομειακές μονάδες. Επίσης, υπάρχει έλλειψη σχεδιασμού που να αποβλέπει στην ικανοποίηση του ασθενή, η πληρότητα των νοσοκομειακών κλινών είναι αρκετά χαμηλή, οι λίστες αναμονής πολύ μεγάλες, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός ελλιπής και προβληματικός, γραφειοκρατικά διοικητικά γρανάζια δεσπόζουν στις υγειονομικές υπηρεσίες, υπάρχει έλλειψη σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων, ενώ ένα από τα μεγαλόπνοα σχέδια των τελευταίων ετών, ο ιατρικός φάκελος, ακόμη δεν έχει λειτουργήσει.

Από την άλλη, ειδικά στον δημόσιο τομέα, οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας, δεν είναι οι πλέον κατάλληλες. Η ανεπαρκής στελέχωση πολλών υπηρεσιών, λόγω πρόωρης συνταξιοδότησης και μειωμένων προσλήψεων, αλλά και οι «γερασμένοι» υπάλληλοι, καθιστούν τη λειτουργία τους δυσχερή. Στα δημόσια νοσοκομεία το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι οι ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό, και κυρίως σε νοσηλευτές (Τούντας, 2020). Αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι και μέχρι πριν δύο χρόνια, λίγο πριν την παρουσία της SARS-COV-2, πολλές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) δεν λειτουργούσαν καθόλου λόγω έλλειψης εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.

Η Γούλα εντοπίζει την χρησιμότητα ενός μοντέλου νοσοκομείου με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, που με τον Ν.2889/2001 προβλεπόταν η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας, συστήνοντας μεθόδους και αρχές προς αυτή την κατεύθυνση. Ουσιαστικά, το μοντέλο αυτό είναι ανθρωποκεντρικό και υπογραμμίζει την αναγκαιότητα ενός συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η ικανοποίηση των ασθενών (Γούλα, 2014). Αν πρωτίστως, δεν ικανοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας από τον τρόπο που εργάζονται, από τις διαπροσωπικές σχέσεις τους και από την ηθική ανταμοιβή που τους παρέχει η διοίκηση, πώς θα συνεχίσουν να προσπαθούν για το καλό των χρηστών υπηρεσιών υγείας και για την κάλυψη των προσδοκιών τους;

1.7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ)

Στην προσπάθεια των ειδικών επιστημόνων των κατά καιρούς κυβερνήσεων, εφαρμογής ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών και δυσχερειών του ΕΣΥ, ιδρύθηκαν αρχικά με τον Ν. 2889/2001, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ). Στη συνέχεια, με τον Ν. 3106/2003 μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), αργότερα με τον Ν. 3329/2005 σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), και τελικά με τον Ν. 3527/2007 σε Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ).

Οι ΥΠΕ ως σκοπό έχουν τον προγραμματισμό, τον συντονισμό, τον έλεγχο και την εποπτεία της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ) που ασκούν δραστηριότητες αναφορικά με

την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη, και έχουν ως εποπτικό όργανο το Υπουργείο Υγείας (Κακαλέτσης και συν, 2013).

Σήμερα οι ΥΠΕ είναι οι κάτωθι επτά (7):

- ⇒ 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
- ⇒ 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου
- ⇒ 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας
- ⇒ 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης
- ⇒ 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας
- ⇒ 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας
- ⇒ 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

1.8 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ(1993), η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι «η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που είναι ικανές να διασφαλίσουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας, στα πλαίσια δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης που στοχεύει στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή».

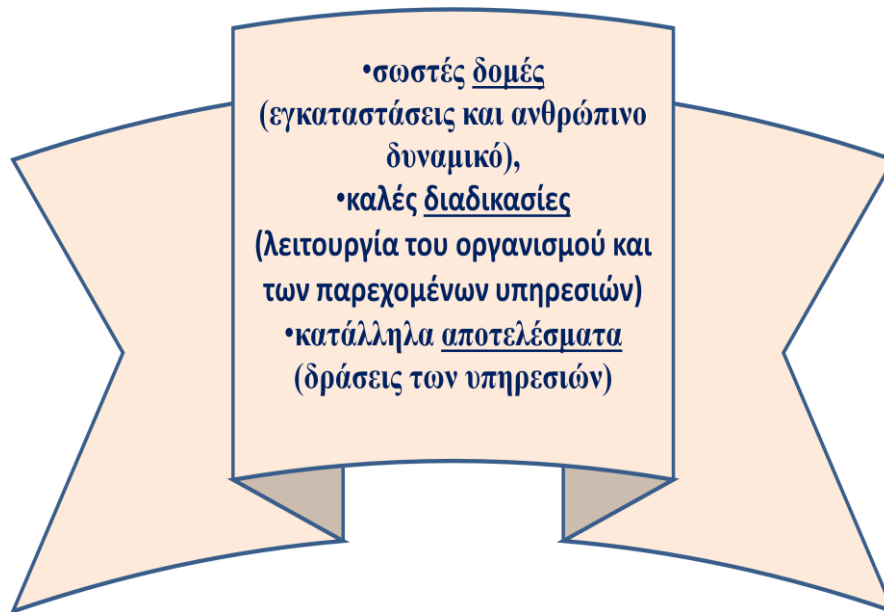
Επομένως, και σύμφωνα με τους Ραφτόπουλο και Οικονομοπούλου, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ταυτίζεται με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι χρήστες από τη φροντίδα που τους παρέχεται, με το πόσο αποτελεσματικές είναι οι υπηρεσίες φροντίδας ενώ θα πρέπει να ελέγχεται και η σχέση ωφελειών-κόστους που προκύπτουν από αυτές (Ραφτόπουλος, Οικονομοπούλου, 2003).

Κάποιοι από τους βασικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα είναι:

- ✓ Σωστή στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς στους οποίους οφείλουν να συμπεριφέρονται με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- ✓ Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να παρέχονται οποιαδήποτε στιγμή, έγκαιρα και άμεσα
- ✓ Επαγγελματική εμπειρία και εξειδικευμένες γνώσεις από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας
- ✓ Ποιότητα υπηρεσιών με όσο τον δυνατόν χαμηλότερο κόστος
- ✓ Ενημέρωση στους ασθενείς

- ✓ Επάρκεια του προσωπικού
- ✓ Νέος – σύγχρονος εξοπλισμός και προσβάσιμες εγκαταστάσεις
- ✓ Αξιοπίστες και λειτουργικές διοικητικές υπηρεσίες
- ✓ Αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων

Ο Avedis Donabedian, διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο (sound structures, good processes and suitable outcomes):



Έτσι, το μοντέλο Donabedian αφορά στους ομώνυμους δείκτες: δομής, διαδικασίας, αποτελέσματος (Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 2007).

Φορείς που μελετούν τους δείκτες ποιότητας και που κάνουν επιστημονικές προσεγγίσεις είναι οι ακόλουθοι:

- α) η Διεθνής ομάδα εργασίας (International Working Group on Quality Indicators) που συλλέγει στοιχεία συστημάτων υγείας πέντε χωρών (Αυστραλίας, Ν. Ζηλανδίας, Ην. Βασιλείου, Η.Π.Α και Καναδά).
- β) Το Πρόγραμμα Δείκτες Ποιότητας Υγείας (HCQI) με επικεφαλής τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) που μετρά και συγκρίνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε πολλές χώρες.
- γ) Η Ευρωπαϊκή Ένωση: π.χ. Hospital Data Project, Health Indicators Project.
- δ) Διάφοροι επιστημονικοί φορείς όπως οι BASYS, CEPS INSTEAD, CREDES, IGSSD που μελετούν και συγκρίνουν τους δείκτες ποιότητας διαφόρων χωρών.

Η αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας βασίζεται στις εξής διαστάσεις: αποτελεσματικότητα, ανταποκρισιμότητα, ασφάλεια, αποδοτικότητα, ισοτιμία, προσβασιμότητα και κόστος.

Σύμφωνα με την Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO, 1997), αποδοτικότητα είναι η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την απόδοση μέγιστων ωφελειών ή αποτελεσμάτων ενώ στην Ελλάδα η αποδοτικότητα συνηθίζεται να θεωρείται ότι συνεπάγεται μόνο την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας, σχέση οικονομικού αποτελέσματος -κέρδος ή ζημία- προς το χρησιμοποιηθέν κεφάλαιο (Μπουραντάς και συν, 1999).

1.9 Ικανοποίηση Ασθενών

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται ανά τακτά διαστήματα με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητά τους. Ένας πολύ βασικός δείκτης είναι το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας και τί προσδοκούν από αυτή. Άλλωστε, ο Donabedian υποστηρίζει ότι «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια για τη διαπίστευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας» (Donabedian A., 1996).

Για να διασφαλιστεί η μέγιστη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας απαιτείται η ικανοποίηση πέραν των ασθενών, και των λειτουργών υγείας, δηλαδή απαιτείται η ύπαρξη ικανοποίησης από την εργασία (Σαρρής, 2001). Η θεωρία του Taylor υποστηρίζει ότι αν στον εργαζόμενο προσφερθούν και εξασφαλιστούν τα κατάλληλα οικονομικά κίνητρα, καλές φυσικές συνθήκες εργασίας και ευχάριστο περιβάλλον τότε αυξάνεται η παραγωγικότητα και μεγιστοποιείται η απόδοσή του (Γούλα, 2007).

Σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow, η ικανοποίηση των αναγκών του σύγχρονου ατόμου ακολουθεί μία ιεραρχική διάρθρωση και όταν εκείνο καλύπτει το ένα επίπεδο αναγκών του, έπειτα επιζητά να καλύψει το επόμενο. Δυστυχώς, η έλλειψη ικανοποίησης των δύο κορυφαίων επιπέδων της πυραμίδας, ιδιαίτερα στους σημερινούς οργανισμούς που οι αποφάσεις λαμβάνονται από την ηγεσία και δεν αφήνουν περιθώρια πρωτοβουλίας στους υπάλληλους, εκφράζεται με έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία και έλλειψη ικανοποίησης από αυτή (Maslow, 1970).

Η καλύτερη δημόσια υγειονομική υπηρεσία είναι αυτή που θα προάγει την ποιότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Γούλα, 2014)

Συγκεκριμένα, στις νοσοκομειακές μονάδες είναι πολύ σημαντικό να ικανοποιηθεί ο υπάλληλος αφού τότε θα αυξηθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητά του. Οι επαγγελματίες υγείας όμως, διακρίνονται από έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους. Έρευνες έχουν δείξει πολλούς λόγους που είναι υπεύθυνοι γι' αυτό, με βασικότερους:

- Την χαμηλή αμοιβή τους σε σχέση με την εργασία που παράγουν
- Τα δύσκολα και συνήθως κυλιόμενα ωράρια (εργασία σε βάρδιες) που όμως έχουν αντίκτυπο στην προσωπική τους ζωή
- Τον τεράστιο όγκο εργασίας
- Την έλλειψη ανταμοιβής και επαγγελματικής ανέλιξης
- Την απουσία συμμετοχής στις εξελίξεις και στην λήψη αποφάσεων
- Το ασαφές πλαίσιο ρόλων και αρμοδιοτήτων
- Την αναντιστοιχία επιπέδου εργασίας και ατομικών δυνατοτήτων (φυσιολογικών και πνευματικών)
- Την ανεπάρκεια ανθρωπίνων πόρων
- Την επαναληπτικότητα και μονοτονία της εργασίας
- Τις συγκρούσεις συναδέλφων
- Την έλλειψη μισθολογικής και ηθικής επιβράβευσης
- Την άνιση μεταχείριση εργαζομένων από την πλευρά της διοίκησης
- Την μη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα κατάρτισης
- Την έλλειψη υγιεινής και ασφάλειας στον χώρο εργασίας (Γούλα, 2007).

Όλα τα παραπάνω προκαλούν άγχος και επαγγελματική εξουθένωση με αποτέλεσμα να χάνεται ο ενθουσιασμός του εργαζόμενου, να δυσαρεστείται, να αδρανεί από την έλλειψη αναγνώρισης της προσφοράς του, να απογοητεύεται και εντέλει να αποφεύγει κάθε ευθύνη και να αφιερώνει ελάχιστη από την ενέργειά του στην εργασία του. Τα τελευταία δύο έτη λόγω της πανδημίας, το φαινόμενο αυτό έχει μεγεθυνθεί και το υγειονομικό προσωπικό του Δημοσίου Τομέα έχει επέλθει σε καθεστώς πλήρους σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης - burn out.

Αν οι διοικήσεις των νοσοκομείων κάλυπταν όχι όλους, άλλα έστω τους περισσότερους από τους προαναφερθέντες κινδύνους, τότε η ικανοποίηση των εργαζομένων θα επέφερε αποδοτικότερη εργασία με θετικά αποτελέσματα.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης, που στον αναρτημένο απολογισμό του 2016-2018, καταγράφοντας τη νοσηλευτική του

κίνηση, τις καινοτομίες και τις μοναδικότητες του νοσοκομείου, κατά την swot analysis, αφιερώνει ένα απόσπασμα στις αδυναμίες του νοσοκομείου, που έχουν ως εξής:

- Ασαφές ιδιοκτησιακό καθεστώς
- Ανεπάρκεια δημόσιων πόρων
- Ανεπαρκής κτιριακή υποδομή
- Ανεπαρκή διοικητικά συστήματα
- **Κακό εργασιακό κλίμα**
- Έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού

Κατόπιν, περιγράφοντας τους στρατηγικούς στόχους του, κανένας από αυτούς δεν αναφέρεται στη βελτίωση του εντοπισμένου κακού εργασιακού κλίματος, παρά γίνεται λόγος για επιμόρφωση, κατάρτιση και εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού του.

Εφόσον σε μια νοσοκομειακή μονάδα, εντοπίζεται ένα τέτοιο μείζον πρόβλημα, που το εργατικό δυναμικό μιας υγειονομικής υπηρεσίας είναι το βασικό θεμέλιο στην λειτουργία της, είναι εύλογο απορίας, πώς η ηγεσία του νοσοκομείου δεν εγκύπτει σε αυτό το πρόβλημα και πώς δεν το εξομαλύνει. Το κακό εργασιακό κλίμα ως πρόβλημα, δύναται να είναι συνέπεια πολλών παραγόντων, σαν αυτών που προαναφέρθηκαν. Όμως, ένας ηγέτης-διοικητής οφείλει να το επιλύσει άμεσα πριν διογκωθεί, με δυσμενείς για την υπηρεσία συνέπειες, όπως κακή απόδοση υπαλλήλων, άδειες από την υπηρεσία, παραιτήσεις κ.α.(ESYnet, 2019).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το μεγαλύτερο και πολυτιμότερο αγαθό όλων είναι η Υγεία, και στην κάλυψη υγείας του πληθυσμού σκοπεύουν όλες οι εθνικές και παγκόσμιες επιταγές. Παρόλο που τα Δημόσια Νοσοκομεία δύνανται να καλύψουν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών και περιπτώσεων, εντούτοις οι υπάρχουσες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν φαίνονται ικανές να καλύψουν τις ολοένα συνεχιζόμενες και αυξανόμενες ανάγκες των ανθρώπων. Η καλή ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να αλλάξει αυτήν τη κατάσταση; Η βελτίωση των υφιστάμενων υπηρεσιών θα καταφέρει να αυξήσει το ποσοστό καλής υγείας του πληθυσμού; Και ποιοι, είναι εκείνοι οι παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των Νοσοκομείων; Οι απαντήσεις δίδονται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Holland το 1984 είπε ότι «Αξιολόγηση είναι ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της αποδοχής των σχεδιασμένων παρεμβάσεων που συμβάλλουν στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων».

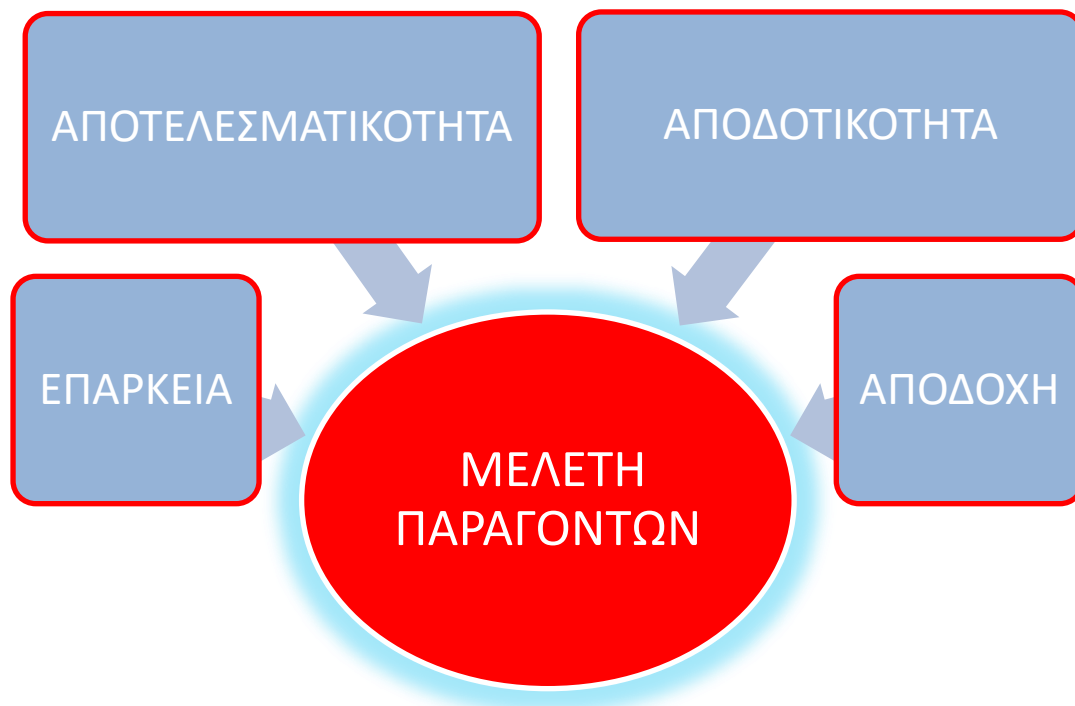
Οι προκαθορισμένοι στόχοι που θέτουν οι διοικήσεις των νοσοκομείων μέσω των επιχειρησιακών-στρατηγικών σχεδίων τους, μετά την πάροδο του χρονικού φάσματος υλοποίησης, υποβάλλονται σε έλεγχο και αξιολόγηση και κατόπιν εξάγονται τα ανάλογα συμπεράσματα. Η αξιολόγηση δύναται να πραγματοποιηθεί βάσει ορισμένων κριτηρίων ως προτύπων που έχουν διαμορφωθεί είτε εμπειρικά είτε θεωρητικά. Όταν τα πρότυπα είναι απόλυτα, τότε η αξιολόγηση της νοσοκομειακής μονάδας γίνεται σύμφωνα με προκαθορισμένους στόχους, ενώ όταν τα πρότυπα είναι συγκριτικά γίνεται ως προς παρόμοιες υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται σημεία αναφοράς. (Τούντας, 1999). Συνεπώς, στην περίπτωση της μη επίτευξης των στόχων λαμβάνονται εκ νέου αποφάσεις για πράξεις θεραπείας ή για αναπροσαρμογή του σχεδιασμού.

2.1 Βασικές Συνιστώσες Αξιολόγησης Νοσοκομείων

Η αξιολόγηση των νοσοκομειακών μονάδων συνιστάται στον έλεγχο και την παρακολούθηση του βαθμού επίτευξης των στόχων τους. Για να αξιολογηθεί αξιολογηθούν είναι απαραίτητο να μελετηθούν:

- Η επάρκεια: απεικονίζει τις δυνατότητες με βάση τα μέσα που διατίθενται να επιτευχθούν οι στόχοι της κάλυψης των αναγκών ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. (Απάντηση στο Ερώτημα: *Η νοσοκομειακή μονάδα ανταποκρίνεται στη ζήτηση του πληθυσμού ευθύνης;*)
- Η αποτελεσματικότητα: είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων ως προς των στόχων τελικά που επιτεύχθηκαν, πχ κάλυψη μεγαλύτερου ποσοστού κλινών. (Απάντηση στο Ερώτημα: *Το νοσοκομείο είναι αποτελεσματικό και σε ποιο βαθμό ικανοποιεί τις ανάγκες και την προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού;*)

- Η αποδοτικότητα: είναι οικονομικό μέγεθος, ορίζεται ως η σχέση μεταξύ εκροών και εισροών, και εστιάζει στο μέγεθος της οικονομικής επιβάρυνσης, βάσει των διαθέσιμων πόρων, που απαιτείται για τα επιτευχθέντα αποτελέσματα. (Απάντηση στο Ερώτημα: *Το κόστος λειτουργίας για την επίτευξη των στόχων βρίσκεται εντός των ορίων των διαθέσιμων οικονομικών πόρων ή επιφέρει δημοσιονομικά προβλήματα ή ζημιές στην περίπτωση ιδιωτικής επιχείρησης;*)
- Η αποδοχή: είναι ουσιαστικά η ικανοποίηση χρηστών και επαγγελματιών υγείας από τη λειτουργία του νοσοκομείου, και ειδικότερα αποτυπώνει το μέγεθος που είναι αποδεκτή μία συγκεκριμένη ιατρική διαδικασία. (Απάντηση στο Ερώτημα: *Οι νοσηλευόμενοι είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών;*)
(Γούλα, 2007).



2.2 Επίπεδα Αξιολόγησης

Η αξιολόγηση των νοσοκομειακών μονάδων συντελείται στα κάτωθι επίπεδα:

1. Αξιολόγηση των εισροών-επάρκειας

Οι εισροές είναι οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικοί πόροι και οι οικονομικοί πόροι. Για την παραγωγή μιας οιασδήποτε ιατρικής πράξης είναι απαραίτητη η χρήση τους (π.χ. γάζες, ιατροί, νοσηλευτές), όμως λόγω της στενότητας των πόρων,

ιδιαίτερα στον δημόσιο τομέα, είναι απαραίτητο να μελετηθεί η επάρκειά τους στο να παραχθεί ένα ικανοποιητικό ποσοτικά και ποιοτικά αποτέλεσμα. Επί παραδείγματι, μελετάται αν η αναλογία ιατρών προς συνολικές ημέρες νοσηλείας, ή ιατρών προς νοσηλευτές είναι επαρκής στην παραγωγή αυτού του αποτελέσματος ή όχι.

2. Αξιολόγηση της διαδικασίας

Εδώ διερευνάται η ανάλυση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων με τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών, ποιοτικά και όχι ποσοτικά (έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία).

3. Αξιολόγηση των εκροών-αποτελεσματικότητας

Οι εκροές απεικονίζουν το κατά πόσο αξιοποιούνται οι παραγωγικές δυνατότητες της νοσοκομειακής μονάδας (πχ αριθμός νοσηλευομένων, ημέρες νοσηλείας, αριθμός επεμβάσεων, αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων). Η διάκρισή τους με τα αποτελέσματα είναι αρκετά λεπτή, με τα αποτελέσματα να απεικονίζουν περισσότερο τα θεραπευτικά αποτελέσματα και την ικανοποίηση του ασθενή και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας (π.χ. τελικά ο ασθενής θεραπεύτηκε; απεβίωσε; διακομίσθηκε;). Ακολούθως, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας μιας νοσοκομειακής μονάδας είναι η σχέση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων προς τους χρησιμοποιούμενους πόρους. Δηλαδή, εξετάζεται αν με τη χρήση λιγότερων εισροών επιφέρονται μεγαλύτερα αποτελέσματα, αν με τη χρήση ίδιων εισροών αλλά διαφορετική τεχνολογία επιφέρονται μεγαλύτερα αποτελέσματα ή με τη χρήση συνδυαστικά των δύο παραπάνω επιφέρονται μεγαλύτερα αποτελέσματα.

4. Αξιολόγηση της αποδοχής

Όπως προαναφέρθηκε, απεικονίζει τον βαθμό ικανοποίησης χρηστών και επαγγελματιών υγείας από τη λειτουργία του νοσοκομείου, σχετίζεται με την αποδοχή ορισμένων ιατρικών πράξεων και με το βαθμό που η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα και δίκαια σε όλους ανεξαιρέτως τους χρήστες.

Ο συνδυασμός και των τεσσάρων επιπέδων αξιολόγησης με τη χρήση κατάλληλων δεικτών, είναι ικανός να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας ή ενός συστήματος, αλλά και στη εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων (Τούντας, 1999).

Προκειμένου να μετρηθούν και να αξιολογηθούν όλα τα ανωτέρω είναι προαπαιτούμενη η χρήση τεχνικών και εργαλείων που θα βοηθήσουν στο να εξαχθούν τα αποτελέσματα που ζητούνται. Τα εργαλεία αυτά είναι οι ΔΕΙΚΤΕΣ ενώ όπως σημειώνει η Γούλα, τα δεδομένα που θα αξιολογηθούν είναι:

- Η δημογραφική στατιστική του πληθυσμού ευθύνης
- Τα επιδημιολογικά στοιχεία του πληθυσμού ευθύνης
- Το νοσολογικό φάσμα και τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευομένων
- Ο ιατρικός φάκελος των ασθενών
- Τα πληροφοριακά δεδομένα για:
 - τις εισροές του Νοσοκομείου
 - τις εκροές του Νοσοκομείου κατά τα αποτελέσματα
 - το κόστος των ιατρονοσηλευτικών και διοικητικών πράξεων
- Οι απόψεις των ασθενών
- Άλλες πηγές πληροφοριών

Επιγραμματικά

Οι δείκτες αξιολόγησης είναι τα εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης των νοσοκομειακών μονάδων

Οι δείκτες όμως για να εξάγουν ορθά αποτελέσματα, οφείλουν να διακρίνονται από:

ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ
• Πρέπει να μετρούν αυτό που <u>πρέπει</u> να μετρούν	• Όσες φορές και να υπολογίσουν τις ίδιες μεταβλητές, οφείλουν να εξάγουν το ίδιο αποτέλεσμα	• Πρέπει να συλλαμβάνουν και να μετρούν τις οποιεσδήποτε αλλαγές συμβούν στο αντικείμενο μελέτης	• Πρέπει να έχουν τη δυνατότητα προσδιορισμού οποιασδήποτε αλλαγής

(Γούλα, 2007)

Η ύπαρξη πρότυπων δεικτών και η διαθεσιμότητα συγκρίσιμων μεγεθών σε άλλες χώρες είναι σημαντικό στοιχείο για τη διαδικασία της αξιολόγησης. Εφαρμόζοντας ένα δείκτη, είναι καλό να μελετάται η χρήση του και από άλλες αναπτυγμένες χώρες (ΟΟΣΑ ή ΕΕ) καθώς και η έκταση εφαρμογής του (Κωσταγιόλας, 2008). Τούτο όμως, συμβαίνει κυρίως για τους δείκτες υγείας (π.χ. προσδόκιμο ζωής) και όχι για τους δείκτες αξιολόγησης. Παρόλα αυτά, έχουν καθιερωθεί ως "καλές" αναλογίες οι εξής:

- ιατρικού προσωπικού/κλίνη όσες πλησιάζουν στο 0,5
- νοσηλευτικού προσωπικού/κλίνη όσες πλησιάζουν στο 1,5
- λοιπού προσωπικού/κλίνη όσες συγκλίνουν στο 1
- συνολικού προσωπικού/κλίνη όσες πλησιάζουν το 3,
- νοσηλευτικού προσωπικού/ γιατρό όσες είναι λίγο πάνω από το 2

(ESYnet, 2011)

Στην Ελλάδα δεν έχουν καταχωρηθεί επίσημα συγκεκριμένες διατυπώσεις των σωστών τιμών ενός δείκτη, ενώ οι νομοθετικές ρυθμίσεις για τις αναλογίες ιατρικού προσωπικού/κλίνη έχουν αποδοθεί μόνο για τον ιδιωτικό τομέα της υγείας.

2.3 ΟΔΙΠΥ Α.Ε.

Η αναγκαιότητα της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας αλλά και της διασφάλισης της ποιότητας στον τομέα της υγείας διαφαίνεται καθαρά από την σύσταση του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (ΟΔΙΠΥ), που ως σκοπό έχει την βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (ΝΠΙΔ, ΝΠΙΔ), βάσει διεθνών επιστημονικών προτύπων. Πρόκειται για μια σπουδαία μεταρρυθμιστική προσπάθεια, θεσμοθέτησης οργάνου που θα αξιολογεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι βασικότερες εκ των αρμοδιοτήτων του είναι:

- Η ανάπτυξη διαδικασιών και προτύπων ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ή η υιοθέτηση ήδη εφαρμοσμένων διαδικασιών και προτύπων.
- Η καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο του δημοσίου όσο και ιδιωτικού τομέα, και η ενημέρωση των χρηστών ως προς την πρόσβασή τους σε αυτές.
- Η διαμόρφωση διεθνώς αποδεκτών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να διασφαλιστεί η σύγκρισή τους στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας με αντίστοιχες άλλων χωρών.
- Η αξιολόγηση των νοσοκομείων ή άλλων παρόχων υπηρεσιών υγείας (ΠΥΥ) ως προς την προσαρμογή των υπηρεσιών τους στα διεθνή πρότυπα ποιότητας.
- Η υποβολή προτάσεων στο ΥΥ για παροχή ανταμοιβών στους ΠΥΥ που προσφέρουν εξαιρετικές υπηρεσίες υγείας. Σε αυτή την περίπτωση ο Υπουργός Υγείας με απόφασή του μπορεί να χαρακτηρίζει τα νοσοκομεία που έτυχαν της

υψηλότερης αξιολόγησης ως νοσοκομεία αναφοράς στον τομέα δράσης τους, που σημαίνει αυτόματα εξέχων τίτλος «παρόχου υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας».

- Αντιθέτως, υποβολή προτάσεων για επιβολή κυρώσεων σε ΠΥΥ που δεν τηρούν τις απαιτούμενες διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες που δεν συμμορφώνονται με την έκθεση αξιολόγησης, ενώ επιπλέον, αυτό αποτελεί λόγο πρόωρης θητείας του διοικητή - εάν πρόκειται για δημόσιο νοσοκομείο.
- Η υποστήριξη αυτοτελών υπηρεσιών εκπαίδευσης και κατάρτισης των ΠΥΥ σχετικά με τις διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών τους και εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας.
- Η αναδιοργάνωση του Χάρτη Υπηρεσιών Υγείας, η μελέτη των αναγκών υγείας των πολιτών, οι επισημάνσεις των προβλημάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών και η υποβολή προτάσεων για την λύση τους.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, λαμβάνονται κυρίως υπόψη:

- ❖ η ασφάλεια των ασθενών: προστασία από κακοποίηση, από ιατρικό σφάλμα, από κακές διοικητικές πρακτικές κ.α.,
- ❖ η αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας: βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δείκτες για την καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ❖ η προσβασιμότητα των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας: σωστός χρόνος και τόπος, οικονομικά ανεκτή,
- ❖ η ανταποκρισιμότητα και η ασθενοκεντρική προσέγγιση των ΠΥΥ: αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών και αξιολόγηση παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς με συμπόνια, σεβασμό και με γνώμονα τη διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ενημέρωσης των ασθενών,
- ❖ η χρηστή διοίκηση: εταιρική διακυβέρνηση, διοίκηση και ηγεσία για παροχή υψηλής ποιότητας ανθρωποκεντρικής φροντίδας που βασίζεται στη διαφάνεια, την συνεχή βελτίωση, την καινοτομία και την ισονομία, και
- ❖ η χρηστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων

(N.4715/2020)

Το ΥΥ στο «Ετήσιο Σχέδιο Δράσης 2021», μέσα από τα «Βασικά προσδοκώμενα αποτελέσματα 2021» και τον στόχο για Σύγχρονη και Αποτελεσματική Διοίκηση των Νοσοκομείων, επιτάσσει την ανάγκη αξιολόγησης των φορέων υγείας και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, ενώ σημειώνει ότι η δημιουργία του νέου φορέα αξιολόγησης ΟΔΠΥ βρίσκεται σε αυτή την κατεύθυνση. Το Υπουργείο εκτιμά ότι εντός του 2021 θα έχει ολοκληρωθεί η πρώτη πιλοτική εφαρμογή του νέου Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης πέντε νοσοκομείων (ΥΥ, «Ετήσιο Σχέδιο Δράσης», 2021). Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι μέχρι και σήμερα ο ανωτέρω οργανισμός δεν έχει καταφέρει να διαδραματίσει ενεργά τον ρόλο του καθώς είναι στο στάδιο συλλογής στοιχείων προς επεξεργασία και διερεύνηση (Πιερράκος, 2021).

Εξάλλου, η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας (EMENO) μελετά το προφίλ χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας στη χώρα, το βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας αλλά και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η EMENO οργανώνεται από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και ως συλλέγει δεδομένα υγείας σε τυχαίο δείγμα και αφορά στην παρακολούθηση, καταγραφή και αξιολόγηση της γενικότερης κατάστασης της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα (EMENO, 2014).

2.4 Νοσοκομειακό Κόστος και ΚΕΝ

Επειδή πολλοί δείκτες αναφέρονται στο κόστος και αφορούν σε μαθηματικά δεδομένα, για την πλήρη κατανόηση εξαγωγής δεικτών κόστους, θεωρείται σκόπιμο να παρατεθεί μια εννοιολογική προσέγγισή του. Η μελέτη του νοσοκομειακού κόστους είναι επίσης σημαντική στο να κατανοήσουμε τον ανταγωνισμό των ιδιωτικών νοσοκομείων και το ύψος των επιχορηγήσεων των δημοσίων νοσοκομείων. Άλλωστε, θα μας καταδείξει αν και κατά πόσο ένα νοσοκομείο είναι αποδοτικό και παραγωγικό, αφού κυρίως, τα κόστη είναι εκείνα – και όχι μόνο- που μελετώνται για να αξιολογηθούν τα νοσοκομεία (Γούλα, 2007).

Κόστος είναι η διάθεση αγοραστικής δύναμης για την απόκτηση υλικών, άυλων αγαθών και υπηρεσιών με σκοπό τη χρησιμοποίησή τους για την απόκτηση εσόδων ή την κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Στα δημόσια νοσοκομεία εφαρμόζεται το Δημόσιο Λογιστικό σύστημα με προοπτική το 2023 να καταργηθεί εντελώς (διατηρείται ακόμη διότι περιέχει διατάξεις και δικλείδες ασφαλείας που εξασφαλίζουν τη σωστή διαχείριση) και η Γενική Λογιστική.

Σε μία οργανική μονάδα το κόστος είναι ουσιαστικά η περιουσία της και αποτελείται από τα Αποθέματα (αγορά υλικών, φαρμάκων, λειτουργικά έξοδα, μισθοδοσία), τα Πάγια (ξενοδοχειακός εξοπλισμός, ιατροτεχνολογικά μηχανήματα) και τις Υπηρεσίες, και αποτυπώνονται όλα στον ισολογισμό του Νοσοκομείου. Το σύνολο του εμφανούς και του αφανούς κόστους αποτελεί το οικονομικό κόστος (economic cost) που είναι ουσιαστικά το κόστος ευκαιρίας της επιχείρησης για την παραγωγή του προϊόντος.

Ο Mankiw εξηγεί ότι το κόστος ευκαιρίας είναι αυτό από το οποίο πρέπει κανείς να παραιτηθεί για να αποκτήσει κάτι άλλο, δεν είναι άλλο λοιπόν από ένα δίλημμα ανάμεσα σε δύο διαφορετικές αγορές (Mankiw, 2001).

Είναι κατανοητό ότι τα κόστη στα νοσοκομεία διαμορφώνονται σύμφωνα με διάφορες παραμέτρους και δεν μπορούν να συγκριθούν όλα τα κόστη μεταξύ τους, εφόσον πρόκειται για ανόμοιας μορφής νοσοκομεία.

Οι παράγοντες που διαφοροποιούν τα νοσοκομειακά κόστη, είναι οι εξής:

- Το μέγεθος του Νοσοκομείου
- Το είδος του
- Το πεδίο κάλυψης
- Η νομική του μορφή
- Η ΜΔΝ
- Ο βαθμός πληρότητας των κλινών του
- Η γεωγραφική του θέση
- Η προσπελασιμότητά του
- Η πολιτική απασχόλησης και η πολιτική Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων
- Η παραγωγικότητα της εργασίας
- Η οργάνωση της εργασίας
- Η πιστοληπτική του ικανότητα
- Οι δεξιότητες και οι ικανότητες των ανθρωπίνων πόρων του
- Η μορφή αγοράς
- Η πολιτική μισθών
- Η δύναμη των προμηθευτών
- Η επιρροή της ιατροφαρμακευτικής και ιατροτεχνολογικής βιομηχανίας
- Το νοσολογικό φάσμα του πελατειακού πληθυσμού
- Η δυνατότητα επιλογής πελατών-ασθενών

- Η υποχρεωτική εκπαίδευση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας (Σούλης, 1998)

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποσκοπούν στο να βρουν τρόπους να μειωθεί το κόστος και να αυξηθεί το κέρδος τους μέσα από την παροχή υπηρεσιών υγείας ενώ τα δημόσια νοσοκομεία αναζητούν τρόπους και μεθόδους να αυξηθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητά τους.

Μέσα από τη μελέτη του κόστους διαμορφώνονται οι τιμές των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ανταγωνιστικότητα και το κέρδος αναφορικά με τον ιδιωτικό τομέα, και την κάλυψη των αναγκών υγείας αναφορικά με τον δημόσιο τομέα. Το κόστος είναι εκείνο που θα επηρεάσει στην κατάρτιση του προϋπολογισμού, στη λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό. Άλλωστε το κόστος μίας ιατρικής πράξης για παράδειγμα, δεν περιλαμβάνει μόνο το κόστος των υλικών αλλά και πολλά άλλα, γι' αυτό και διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο κόστος, με συνακόλουθες τις άμεσες και έμμεσες δαπάνες.

Αναφορικά με τις ιατρικές πράξεις και τα κόστη τους, για την τιμολόγησή τους έχουν καθιερωθεί εδώ και χρόνια, τα ΚΕΝ. Στα δημόσια νοσοκομεία η κάλυψη των ιατρικών πράξεων γίνεται εξ ολοκλήρου από τα ασφαλιστικά ταμεία που ανήκουν οι ασθενείς, ενώ οι ανασφάλιστοι δικαιούχοι του Ν.4368/2016 δεν επιβαρύνονται οικονομικά. Στον ιδιωτικό τομέα όμως, αν και τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα νοσοκομεία έχουν υπογράψει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και καλύπτεται ένα μεγάλο φάσμα ιατρικών πράξεων, εν τούτοις παραμένουν κάποιες ιατρικές πράξεις που δεν καλύπτονται στο 100% ή δεν καλύπτονται καθόλου, εξ ου και αναγκάζονται οι ασθενείς να καταβάλλουν οι ίδιοι τα χρηματικά ποσά που αντιστοιχούν σε αυτές. Από αυτό, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν και στοχεύουν πάντα στο κέρδος.

Η καινοτομία των ΚΕΝ έκανε την εμφάνισή της στα Ελληνικά Νοσοκομεία το 2012 με εφαρμογή της ΚΥΑ18051/2012, και ο βασικός σκοπός τους ήταν να μειθούν οι νοσοκομειακές σπατάλες και τα ελλείμματα που προϋπήρχαν αυτών. Τα ΚΕΝ, ενώ εφαρμόστηκαν στα νοσοκομεία για να ομαδοποιήσουν, βελτιώσουν και να ισορροπήσουν την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, τελικά προϋπολογίζουν μια συγκεκριμένη τιμή για κάθε νοσολογική κατηγορία σύμφωνα με τα διεθνή Diagnostic Related Groups (DRG's). Στην Ελληνική απόδοση, το Σύστημα Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων, είναι ένα σύστημα κατηγοριοποίησης ασθενών που βασίζεται στη συστηματική συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων δεδομένων. Όμως, τα DRG's δεν

είναι αρκετά επαρκή ως προς την τεκμηρίωση και την ανάλυσή τους επειδή περιλαμβάνουν μόνο το κόστος των λειτουργικών εξόδων και των αναλωσίμων της υπηρεσίας που λαμβάνει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας, και όχι το συνολικό κόστος με το επιχειρηματικό κέρδος, τις αμοιβές του προσωπικού κ.α. (Τούντας, 2020). Επίσης, ο μεγαλύτερος ίσως κίνδυνος του συστήματος αυτού είναι οι πρακτικές πρόωρης χορήγησης εξιτηρίων που ως στόχο έχουν των αύξηση εσόδων, έναντι χαμηλότερης κατανάλωσης πόρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η Αξιολόγηση των Νοσοκομειακών Μονάδων έγκειται στη διερεύνηση κατά πόσο η λειτουργία των μονάδων αυτών και οι υπηρεσίες που παρέχουν καλύπτουν το φάσμα της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, και της ικανοποίησης των χρηστών και του υγειονομικού προσωπικού. Ένας σωστός ηγέτης αλλά και ένας επαγγελματίας υγείας με ενσυναίσθηση είναι ικανοί να αξιολογούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Νοσοκομείου τους, να θέτουν στόχους βελτίωσης και να παρακολουθούν αν αυτοί επιτυγχάνονται, ακόμη και εάν υπάρχει ή δεν υπάρχει κάποιος εποπτικός έλεγχος από εξωτερική ή ανώτερη υπηρεσία. Πώς όμως, γίνεται η αξιολόγηση και ποια είναι τα δεδομένα που ερευνώνται και αναλύονται; Οι απαντήσεις στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ύπαρξη των δεικτών αξιολόγησης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα των νοσοκομείων, χρησιμεύει στο να επιχειρείται υπεύθυνα και έγκυρη σύγκριση της αποδοτικότητας μεταξύ διαφόρων τμημάτων του ίδιου νοσοκομείου, της αποδοτικότητας διαφόρων τμημάτων σε σχέση με συγκεκριμένα πρότυπα λειτουργίας, διαφόρων νοσοκομείων μεταξύ τους. Αφού εντοπιστεί πού υστερεί το κάθε τμήμα, η κάθε υπηρεσία ή το κάθε νοσοκομείο, μέσω ενός προγραμματικού σχεδιασμού και με γνώμονα την ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις χαμηλότερες δυνατές δαπάνες, χαράσσονται πολιτικές και τακτικές προς αυτή την κατεύθυνση. Έτσι, κάθε νοσοκομειακή μονάδα θεσπίζει το επιχειρηματικό της σχέδιο και κατά τον στρατηγικό της σχεδιασμό οριοθετεί το πλαίσιο τιμών που επιθυμεί και είναι ικανή να φτάσει.

Η προσέγγιση ενός δείκτη δεν έχει καμία αξιολογική σημασία και αξιοπιστία αν δεν εξειδικεύει τα δεδομένα του με άλλα ομοειδή συγκριτικά στοιχεία.

Έτσι,

- ⇒ Κάποιοι δείκτες γενικού νοσοκομείου δεν μπορούν να συγκριθούν με τους ίδιους ενός ειδικού νοσοκομείου, κυρίως γιατί τα ειδικά νοσοκομεία δεν ακολουθούν το πρόγραμμα των γενικών εφημεριών με εισαγωγές πολλών ασθενών, και κυρίως, γιατί τα ειδικά βασίζονται σε προγραμματισμένα ραντεβού.
- ⇒ Οι δείκτες ενός μικρού νοσοκομείου δεν μπορούν να συγκριθούν με αυτές ενός μεγάλου, καθώς η δυναμικότητα των κλινών είναι διαφορετική και πιθανόν να μην έχουν και τα δύο ειδικές μονάδες, όπως ΜΕΘ.
- ⇒ Τέλος, οι δείκτες δεν μπορούν να συγκριθούν μεταξύ πρωτοβάθμιων και τριτοβαθμίων νοσοκομείων (Σούλης, 2016).

3.1 Δείκτες Αξιολόγησης Ποιότητας

Οι δείκτες ποιότητας, σύμφωνα με το μοντέλο Donabedian, είναι οι εξής:

- 1) Οι δείκτες δομής : ασφαλείς και προσβάσιμες κτιριακές εγκαταστάσεις, λειτουργία ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού της μονάδας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού υγείας, αναλογία προσωπικού - ασθενών, αριθμός έκτακτων και μη αναμενόμενων περιστατικών που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας ανά έτος, συστήματα αμοιβών.
- 2) Οι δείκτες διαδικασιών : λίστα αναμονής χειρουργείων, χρόνος αναμονής στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή για συγκεκριμένη θεραπεία, σύνολο ασθενών ανά έτος. Η μέτρησή τους όμως είναι αρκετά δύσκολη.
- 3) Οι δείκτες αποτελέσματος : ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, κάνοντας χρήση ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων όπου αποτυπώνεται η γνώμη τους, ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου.



3.2 Κατηγοριοποίηση Δεικτών

Σύμφωνα με την καθιερωμένη επιστημονικά κατηγοριοποίηση της ανάλυσης των δεικτών (Σούλης, 1998), αυτοί παρουσιάζονται ως κάτωθι:

1.ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΡΟΩΝ
1.1 Ανθρώπινοι πόροι
1.2 Υλικοί Πόροι
1.3 Οικονομικοί Πόροι
1.4 Άλλοι δείκτες επάρκειας
2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
2.1 Δείκτες εκροών
2.1.1 Δείκτες Μέτρησης του Παραγόμενου Προϊόντος
2.1.2 Δείκτες Λειτουργικότητας
2.2 Δείκτες αποτελεσμάτων
2.2.1 Δείκτες Θνητότητας-Δείκτες Νοσηρότητας
2.2.2 Δείκτες Διασωθέντων Ετών Ζωής
2.2.3 Δείκτες Ποιότητας Ζωής-Ικανοποίησης Ασθενών
3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ
3.1 Δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας
3.1.1 Αποτελέσματα/Κόστος, Εκροές/Κόστος
3.2 Δείκτες παραγωγικότητας
3.2.1 Όγκος παραγωγής προς διαθέσιμους συντελεστές παραγωγής- Εκροές
3.2.2 Σταθεροί Δείκτες Παραγωγικότητας
3.2.3 Συσχέτιση Δεικτών Εκροών-Λειτουργικότητας προς Διάρκεια Παροχών

Θεμελιώδεις διεθνείς χαρακτήρες:

- ❖ **t = χρόνος, χρονικό διάστημα, π.χ. 1 έτος, 1 μήνας, 1 βδομάδα**
- ❖ **B = αναπτυγμένες – διαθέσιμες κλίνες**
- ❖ **P= νοσηλεύόμενοι**
- ❖ **Pt= απασχολούμενοι (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό κ.α.)**
- ❖ **Pd = ΣΗΝ, συνολικές ημέρες νοσηλείας**
- ❖ **Tm= ΜΑΝ Μέση Διάρκεια Νοσηλείας**
- ❖ **Io= % πληρότητα ή αλλιώς % κάλυψης νοσοκομειακών κλινών**

3.2.1. Δείκτες Επάρκειας και Εισροών

Τα νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιώντας διάφορους συνδυασμούς ιατρο-νοσηλευτικών, διοικητικών, εργαστηριακών, τεχνολογικών υπηρεσιών που ονομάζονται συντελεστές παραγωγής. Οι βασικές εισροές είναι το προσωπικό, οι εγκαταστάσεις, τα μηχανήματα και οι πρώτες ύλες. Συνήθως, οι εισροές μετρώνται σε φυσικά μεγέθη, όπως αριθμός ιατρών, νοσηλευτών, αριθμός κλινών, κ.α. (Κοντοδημόπουλος, 2020).

3.2.1.1 Ανθρώπινοι Πόροι

Οι δείκτες των ανθρώπινων πόρων διακρίνονται σε δύο κατηγορίες γιατί είναι αναγκαίο να διερευνηθούν ποσοτικά χαρακτηριστικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ /ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΤΕΧΝΙΚΟΥ-ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ / ΕΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΗ (ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ, ΜΕΘ, κ.α.)
ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑ ΕΚΠΑΙΔ. ΕΠΙΠΕΔΟ
ΓΙΑΤΡΟΙ/ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΓΙΑΤΡΟ
ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΕ,ΤΕ/ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΕ, ΔΕ
ΣΧΕΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΕ ΕΙΔΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ Ή ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ Η' ΜΟΝΑΔΩΝ
ΣΧΕΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΕΙΔΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ Ή ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ Ή ΜΟΝΑΔΩΝ

Πηγή: Γούλα, 2007

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ X
¹ Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ² ΕΤΟΥΣ X
¹ Γιατροί: Α: Πανεπιστημιακοί, Β: Ε.Σ.Υ., Γ: Ειδικευόμενοι ² Κλίνες: Ανά κατηγορία κλινικής ή τμήματος: Α:Χειρουργική, Β:Παθολογική, Γ:Γυναικολογική, Δ: Μ.Ε.Θ. κ.ο.κ.	

ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΠΑΘΟΛ.ΤΟΜΕΑ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ¹ ΠΑΘΟΛ.ΤΟΜΕΑ ΕΤΟΥΣ X
¹ Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ² ΕΤΟΥΣ X
¹ Α. Νοσηλευτές: 3ετούς-4ετούς φοίτησης (ΑΕ), Β. 2ετούς (ΜΤΝΣ), Γ. Πρακτικές αδελφές, Δ. Τραυματιοφορείς ² Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ X
¹ Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

Νομοθετική ρύθμιση που να επιβάλλει συγκεκριμένα ποσοστά στελέχωσης ανθρώπινου δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει, παρά μόνο για τον ιδιωτικό τομέα. Σε κάποιες χώρες της Αμερικής ορίζονται ακριβώς οι αναλογίες σύμφωνα με την βάρδια, την κλινική και τον τύπο της μονάδας, ενώ σε κάποιες άλλες η ισχύουσα νομοθεσία τους ορίζει επακριβώς τις αναλογίες του προσωπικού ως προς

τις κλίνες, και μάλιστα, οι αναλογίες αυτές εξαρτώνται ακόμη και από γεωγραφικούς, πληθυσμιακούς παράγοντες.

Στην Ελλάδα είναι απαραίτητο να θεσπιστούν νόμοι που να αφορούν στη ρύθμιση των αναλογιών των εργαζομένων, στην ακριβή ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, στον κατάλληλο αριθμό προσωπικού με τις απαραίτητες ειδικότητες, ώστε οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές να μην εμφανίζονται δυσαρεστημένοι και επαγγελματικά εξουθενωμένοι με αποτέλεσμα κάποιες φορές να καταφεύγουν στον επαναπροσδιορισμό της επαγγελματικής τους ιδιότητας (Μαλλιαρού, Καραθανάση, Σαράφης, 2008). Εξάλλου, κρίνεται απαραίτητο να προωθηθεί και η ανάγκη πιστοποίησης οργανισμών υγείας που να εξασφαλίζουν της ασφαλή στελέχωσή τους σε ανθρώπινο δυναμικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ιατρικό και Νοσηλευτικό Δυναμικό ανά Πληθυσμό, ανά Κλίνη σε κάθε ΥΠΕ για το έτος 2011

Υγειονομική Περιφέρεια	Πληθυσμός 2011	Ανεπτυγμένες Κλίνες	Ιατρικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό / 1.000 κατοίκους	Ιατρικό προσωπικό/ κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό / κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό / 1.000 κατοίκους
ΥΠΕ1	2.551.170	8.952	5.077	1,99	0,57	5.630	0,63	2,21
ΥΠΕ2	1.767.580	4.098	1.934	1,09	0,47	2.394	0,58	1,35
ΥΠΕ3	1.143.290	3.473	1.561	1,37	0,45	2.000	0,58	1,75
ΥΠΕ4	1.619.590	4.909	2.292	1,42	0,47	3.089	0,63	1,91
ΥΠΕ5	1.277.600	2.613	1.177	0,92	0,45	1.863	0,71	1,46
ΥΠΕ6	1.805.290	5.108	2.278	1,26	0,45	3.091	0,61	1,71
ΥΠΕ7	621.340	2.144	994	1,60	0,46	1.253	0,58	2,02
ΣΥΝΟΛΟ	10.785.860	31.297	15.313	1,42	0,49	19.320	0,62	1,79

Πηγή: ΙΚΠΠ, 2012

Μελετώντας τους δείκτες, παράγονται στοιχεία που βοηθούν στις συγκρίσεις Νοσοκομείων περί επάρκειας προσωπικού ή μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το ίδιο το Νοσοκομείο προκειμένου να προβεί σε άμεσες προσλήψεις, π.χ. νοσηλευτικού προσωπικού ή άλλου.

Έτσι λοιπόν, στον Πίνακα 2 είναι εμφανής μια εικόνα ανισοκατανομής.

Στην σχέση **ιατρικό προσωπικό/1000 κατοίκους** η 1η ΥΠΕ έχει 1,99 γιατρούς και η 7η ΥΠΕ έχει 1,6 (αρκετά πάνω από τον μέσο όρο 1,42 της επικράτειας), ενώ η 5η ΥΠΕ έχει 0,92 και η 2η ΥΠΕ έχει 1,09 και υπολείπονται αρκετά από τον μέσο όρο της επικράτειας (ΙΚΠΙ, 2012).

Στην σχέση **ιατρικό προσωπικό/κλίνη** η 1η ΥΠΕ με 0,57 έχει σημαντικά μεγαλύτερο δείκτη.

Στην σχέση **νοσηλευτικό προσωπικό/1000 κατοίκους** η 1η ΥΠΕ έχει 2,21, η 7η ΥΠΕ έχει 2,02 και η 4η ΥΠΕ έχει 1,91.

Στην σχέση όμως, **νοσηλευτικό προσωπικό/κλίνη** η 5η ΥΠΕ παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη: 0,71 (Τούντας, 2012).

ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΤΟΥΣ X

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΤΟΥΣ X

Ο τελευταίος δείκτης, **ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΓΙΑΤΡΟ** για τον μέσο όρο της Ελληνικής Επικράτειας, είναι δυσανάλογος συγκριτικά με τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ για το 2009, καθώς στην Ελλάδα είναι 0,61 ενώ στις χώρες - μέλη του οργανισμού είναι 2,83 (σχεδόν πενταπλάσιος).

Παρόμοια κατάσταση εμφανίζει η Ελλάδα όσον αφορά στον δείκτη **ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΚΛΙΝΗ**, αφού κατατάσσεται σε μία από τις τελευταίες θέσεις στις χώρες - μέλη του ΟΟΣΑ, καθώς έχει ως μέσο όρο 0,67 όταν οι χώρες μέλη του οργανισμού έχουν 2,03.

Το άξιο λόγου όμως, είναι ότι στην Ελλάδα ο αριθμός των κλινών/1000 κατοίκους αντιστοιχεί στο μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ, πράγμα που επιβεβαιώνει το σοβαρό πρόβλημα υποστελέχωσης των Ελληνικών νοσοκομείων (Σκρουμπέλος και συν, 2012).

Από τα στοιχεία του BI HEALTH του 2019, παρατηρήθηκαν οι εξής αναλογίες ανάμεσα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ:

Νοσηλευτές ΠΕ-ΤΕ/κλίνη = 0,47 για το 2018, ενώ το 2012 καταγράφηκε 0,62

Νοσηλευτές ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ/κλίνη = 0,83 (Υπουργείο Υγείας, 2018).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων ΕΣΥ για το έτος 2018

Ελλάδα, 2018	
Αριθμός Νοσοκομείων ΕΣΥ	118
ΜΔΝ	4,9
Κλίνες Νοσηλείας	33.057
Μ.Ο. Πληρότητας Νοσοκομείων	74%
Επισκέψεις στα Ε.Ι.	7.662.608
Περιστατικά Τ.Ε.Π.	4.929.440
Νοσηλευθέντες	2.525.419

Πηγή: BI HEALTH 2019, ίδια επεξεργασία

3.2.1.2 Υλικοί Πόροι

Δείκτης Πληρότητας

Προκειμένου να αξιολογηθεί η οικονομική λειτουργία ενός δημόσιου νοσοκομείου, ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες είναι ο βαθμός πληρότητας του νοσοκομείου, αφού το ποσοστό κάλυψης κλινών επιτρέπει τη διενέργεια συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ ομοειδών νοσοκομείων ή τμημάτων του ίδιου νοσοκομείου.

Η πληρότητα ενός νοσοκομείου είναι το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών στο σύνολο όλων των διαθέσιμων κλινών του νοσοκομείου, σε μια δεδομένη στιγμή, δηλαδή:

$$\text{ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ} = \frac{\text{ΚΑΤΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ} \times 100}{\text{ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΚΛΙΝΕΣ}}$$

Ο δείκτης πληρότητας απεικονίζεται και:

$$Io = Pd (\Sigma HN) * 100 / TBD$$

όπου $TBD = t \times B$ (μέγιστος όγκος παραγωγής)

Ο λόγος που μελετάμε την πληρότητα είναι για να δούμε αν η λειτουργία του Νοσοκομείου είναι αποδοτική ή όχι. Παραδείγματος χάριν, αν αυτό έχει υψηλό ποσοστό σταθερών εξόδων αλλά χαμηλό βαθμό πληρότητας, τότε η λειτουργία του είναι μη αποδοτική. Αντιθέτως, όταν υπάρχει μεγάλο ποσοστό πληρότητας (άνω του 90%) τότε το νοσοκομείο λειτουργεί υπερεντατικά με αποτέλεσμα να μεγαλώνει το κόστος λειτουργίας ή μισθοδοσίας (Hospital Data Project, 2003).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΥΠΟΔΟΜΕΣ-ΚΛΙΝΕΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ/ΚΑΤΟΙΚΟ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ/ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΚΛΙΝΩΝ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ ΜΑΦ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΚΛΙΝΩΝ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ/ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ Τ.Μ. ΙΑΤΡΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ
ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ/ΚΛΙΝΕΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΞΟΝΙΚΩΝ Α,Β,Γ ΓΕΝΙΑΣ/ΚΛΙΝΕΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ/ΚΛΙΝΕΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΜΙΚΡ/ΚΩΝ – ΒΙΟΧ/ΚΩΝ- ΗΛΕΚ/ΚΩΝ ΑΝΑΛΥΤΩΝ/ΚΛΙΝΕΣ
ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΚΛΙΝΩΝ

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΥΘΥΝΗΣ / ΚΛΙΝΕΣ	ΥΨΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ X
¹Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ/ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ¹ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ
¹Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ/ΚΛΙΝΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ ΕΤΟΥΣ X
¹Κλίνες: Αναπτυγμένες ή κατειλημμένες	

3.2.1.3 Οικονομικοί Πόροι

Οι δείκτες οικονομικών πόρων εξετάζουν το κόστος μίας πράξης, μιας μεθόδου θεραπείας κ.ο.κ.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΤΡΟΠΟΙ ΕΞΕΥΡΕΣΗΣ ΠΟΡΩΝ
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ/ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ/ΑΣΘΕΝΟΗΜΕΡΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ/ΑΣΘΕΝΟΗΜΕΡΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ/ΑΣΘΕΝΟΗΜΕΡΑ
ΣΧΕΣΗ ΕΣΟΔΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ/ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΣΟΔΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ/ΣΥΝ. ΕΣΟΔΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΔΩΡΕΕΣ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΘΕΣΕΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ
ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ-ΚΟΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ- ΥΨΟΣ ΘΥΣΙΩΝ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΑΘΕΡΟ ΚΟΣΟΣ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΜΕΤΑΒΛΗΤΟ ΚΟΣΤΟΣ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ, ΚΛΙΝΙΚΗ, ΤΟΜΕΑ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ
ΚΟΣΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ-ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ / ΣΥΝΟΛ. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΟΣΤΟΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΚΑΥΣΙΜΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΟΣΤΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ/ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πηγή: Γούλα, 2007

Οι δείκτες μέτρησης του οικονομικού αποτελέσματος των νοσοκομείων (π.χ. κόστος/ασθενή) έχουν διαδοθεί ευρέως.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΣΟΔΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ/ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ ΕΤΟΥΣ X
	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΕΤΟΥΣ X

ΣΧΕΣΗ ΕΣΟΔΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ/ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΙΑ ΕΤΟΥΣ X
	ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΕΤΟΥΣ X

ΜΕΣΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ*	TC
	Q (ΣΗΝ)
TC= Συνολικό κόστος Q (ΣΗΝ) =Σύνολο ασθενοημερών (Σύνολο ημερών νοσηλείας) * t περιόδου: συνήθως ενός (1) έτους	

Είναι κατανοητό ότι για να θεωρηθεί ένα νοσοκομείο οικονομικά αποδοτικό οφείλει να διατηρεί το αποτέλεσμα της άνω σχέσης όσο το δυνατόν μικρότερο.

Το συνολικό κόστος TC μπορεί να είναι το συνολικό κόστος νοσοκομείου, κλινικής, τμήματος, εξετάσεων, κ.α.

Το σύνολο των **ασθενοημερών – ΣΗΝ** εξάγεται με τρεις τρόπους:

- Είτε με τον

$$\text{ΣΗΝ} = \text{ΑΡΙΘΜΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ χρόνου αναφοράς} \times \text{Μ.Δ.Ν. χρόνου αναφοράς}$$

- Είτε με τον

$$\text{ΣΗΝ} = \text{ημερήσιο αριθμό κατειλημμένων κλινών} \times \text{τις ημέρες του έτους}$$

- Είτε με τον

$$\text{ΣΗΝ} = \text{Io (\% κάλυψης κλινών)} \times \text{TBD (μέγιστος όγκος παραγωγής)}$$

Με τον ίδιο τρόπο εξάγονται δείκτες κόστους όπως:

- μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή και ανά εξειδικευμένη κλίνη,
- μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή και ανά κλίνη,
- μέσο ημερήσιο κόστος ανά διαγνωσμένη κατηγορία,
- μέσο κόστος εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή και ανά εξειδικευμένη κλίνη κ.α. (Γούλα, 2007).

ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ, ΚΛΙΝΙΚΗ, ΤΟΜΕΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ (ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ) ΕΤΟΥΣ X

ΜΕΣΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΚΛΙΝΗΣ	TC_{E.K.}**
	Q_{E.K.}

TC_{E.K.}= Συνολικό κόστος Παθολογικής ή Χειρουργικής Κλινικής ή ΜΕΘ ή ΜΑΦ κ.α.

Q_{E.K.}= Σύνολο ασθενοημερών εξειδικευμένης κλινικής ή τμήματος

* t περιόδου: συνήθως ενός (1) έτους

**E.K.: Εξειδικευμένη κλίνη

ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	TC_{Δ.Κ.}**
	Q_{Δ.Κ.}

TC= Συνολικό κόστος X διαγνωσμένης κατηγορίας

Q= Αριθμός περιστατικών X διαγνωσμένης κατηγορίας

* Δ.Κ.: Διαγνωσμένη κατηγορία

ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΚΛΙΝΗΣ	TC_{E.K.}
	Q_{E.K.}

TC_{E.K.}= Συνολικό κόστος Εργαστηριακών εξετάσεων εξειδικευμένης κλινικής ή τμήματος

Q_{E.K.}= Αριθμός εισαγωγών εξειδικευμένης κλινικής ή τμήματος αναφοράς

* t περιόδου: συνήθως ενός (1) έτους

**E.K.: Εξειδικευμένη κλίνη

3.2.1.4 Άλλοι Δείκτες Επάρκειας

Προσπελασιμότητα – Ισότιμη Πρόσβαση

Οι πολίτες πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στις ΠΠΥ, στον σωστό χρόνο αλλά και στον σωστό τόπο, ανάλογα τις ανάγκες τους. Οπότε για να αξιολογηθεί η λειτουργία ενός νοσοκομείου ως προς αυτό, πρέπει να μελετηθεί ο δείκτης προσπελασιμότητας αλλά και της ισότιμης πρόσβασης.

Ο δείκτης χρόνου προσπελασιμότητας (ισότιμη πρόσβαση) από διάφορες περιοχές ευθύνης για εισαγωγές ΤΕΠ αποτελεί ουσιαστική διάσταση της αξιολόγησης της λειτουργίας των νοσοκομείων, και είναι εκείνος που δείχνει την εκτίμηση του χρόνου που απαιτείται για τα επείγοντα περιστατικά και τη δυνατότητα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Ουσιαστικά, η επάρκεια αυξάνεται όσο καλύπτεται η ζήτηση περισσότερων ασθενών.

Σε έρευνα του 2015, η Ελλάδα «κατέκτησε» την 3^η θέση από το τέλος ανάμεσα σε χώρες της ΕΕ, ως προς τον χρόνο αναμονής ΤΕΠ, με διάρκεια αναμονής περίπου 2,5 ώρες. Στην ίδια έρευνα την πρώτη θέση κατέχει η Κροατία με χρόνο αναμονής περίπου 1 ώρα, ενώ την τελευταία η Ιρλανδία με αναμονή περίπου 3 ώρες (Euro Health Consumer Index, 2015).

Δείκτες Ισότιμης Πρόσβασης

Προσβασιμότητα (accessibility) είναι η δυνατότητα των ασθενών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους.

- Μέγιστος χρόνος αναμονής για επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις
- Μέγιστος χρόνος αναμονής για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία
- Μέγιστος χρόνος αναμονής για διενέργεια ιατρικής εξέτασης
- Μέγιστος χρόνος αναμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Αναβληθείσες επεμβάσεις από μη ιατρογενή αίτια
- Αριθμός καρκινοπαθών με αναμονή για θεραπεία πάνω από δύο εβδομάδες
- Ποσοστό ασθενών που αναμένουν λιγότερο από δυο μήνες για εισαγωγή στο νοσοκομείο
- Ποσοστό ασθενών που αναμένουν λιγότερο από 13 εβδομάδες για επίσκεψη στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων
- Χρόνος εκκαθάρισης της λίστας αναμονής (Clearance time)

Η μέση διάρκεια χρόνου αναμονής καθώς και οι λίστες αναμονής δηλώνουν την λειτουργική ανεπάρκεια του νοσοκομείου που μπορεί να οφείλεται σε υπερκάλυψη κλινών, έλλειψη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, αδυναμία σωστού προγραμματισμού κ.ο.κ.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΛΙΣΤΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΕΠ/ ΣΤΟ ΤΕΠ/ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΠΟΥ ΑΝΑΜΕΝΟΥΝ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΜΙΣΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΛΛΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ ΕΙΣΑΓΩΓΗ
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΤΕΠ

Πηγή: Γούλα, 2007

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΛΙΣΤΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΕΤΟΥΣ $\Psi \times 100$
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ¹ ΕΤΟΥΣ Ψ
¹ της ίδιας διαγνωσμένης κατηγορίας	

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΜΙΣΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΛΛΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΜΙΣΘΗΚΑΝ $\times 100$
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ¹
Απαιτείται η γνώση των στοιχείων: διάγνωση, ηλικία, φύλο, τόπος κατοικίας κ.ο.κ.	

Ο δείκτης των περιστατικών που διακομίσθηκαν, δηλώνουν ΑΔΥΝΑΜΙΑ του Νοσοκομείου να προσφέρει εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις (από έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού ή εξοπλισμού).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΓΙΝΑΝ ΔΕΚΤΑ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΓΙΝΑΝ ΔΕΚΤΑ $\times 100$
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ

Ο δείκτης των περιστατικών για τα οποία δεν έγινε εισαγωγή δηλώνουν ΑΔΥΝΑΜΙΑ του Νοσοκομείου να προσφέρει υπηρεσίες λόγω της υπερκάλυψης των διαθέσιμων κλινών του.

3.2.2 Αξιολόγηση Αποτελεσματικότητας

3.2.2.1 Δείκτες Εκροών

Συνοπτικά ο δείκτης αξιολόγησης εκροών αποτυπώνει το βαθμό κατά τον οποίο η Διοίκηση ενός νοσοκομείου αξιοποιεί τις παραγωγικές δυνατότητές του με τις διαθέσιμες εισροές.

Το νοσοκομείο παράγει πλήθος υπηρεσιών, όπως διάγνωση, θεραπεία, διδακτικό έργο κ.α. Η μέτρηση των νοσοκομειακών εκροών γίνεται συνήθως για να επιτευχθεί η σύγκριση του κόστους νοσηλευτικών μονάδων ενώ οι κυριότεροι δείκτες είναι αυτοί που έχουν ως δεδομένα τον αριθμό νοσηλευθέντων ασθενών ή τις ημέρες νοσηλείας (Κοντοδημόπουλος, 2020).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (ΟΓΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ)
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΤΕΠ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΕΤΩΝ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ
ΔΕΙΚΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ
ΜΔΝ (ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ)
ΜΔΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ
ΜΔΝ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ Ή ΤΜΗΜΑ
ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΙΝ ΤΗ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
ΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ (%) ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΛΙΝΗΣ Ή ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πηγή: Γούλα, 2007

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Tm ή ΜΔΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
	ΕΤΟΥΣ X (ΣΗΝ)
	ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ (P) ΕΤΟΥΣ X

Ο δείκτης ΜΔΝ παρουσιάζει το πόσο διάστημα νοσηλεύτηκε ένας ασθενής στο νοσοκομείο, από την στιγμή που εισήχθη έως τη στιγμή που έλαβε εξιτήριο.

Η ΜΔΝ είναι ο δείκτης εκείνος που φαίνεται να χρησιμοποιείται πολύ συχνά και που είναι πολύ εύκολο να μετρηθεί και να αξιολογηθεί. Απεικονίζει τις λειτουργικές δυνατότητες μίας νοσοκομειακής μονάδας, εφόσον όσο μειώνεται τόσο αυξάνεται ο αριθμός των εξυπηρετούντων ασθενών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ΜΔΝ στα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε σταθερά κατά την πάροδο των χρόνων, από 12 ημέρες το 1980 σε 8 το 2000, και σε 4 το 2011(Σούλης 2015), ενώ το 2018 σύμφωνα με τα στοιχεία του BI health, ήταν 4,9 ημέρες.

Αναφορικά με τη ΜΔΝ, πραγματοποιήθηκε το 2012 μία έρευνα της ΕΣΔΥ προκειμένου να καταγράψει τις ακραίες τιμές σε διάφορους δείκτες αξιολόγησης ανάμεσα σε όλα τα Νοσοκομεία της Χώρας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Ακραίες ΜΔΝ ανάμεσα στα Νοσοκομεία της Χώρας για το 2011

	Η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ ΜΔΝ		Η ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΗ ΜΔΝ
ΓΝ ΚΑΤ	6,22	ΠΑΝ/ΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2,87
ΓΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	5,70	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	2,88
ΓΝ Ν.ΙΩΝΙΑΣ "ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟ ΥΛΕΙΟ"	4,78	ΓΝΘ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	2,91

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Ακολουθώς, στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η μέση ΜΔΝ για το σύνολο των Νοσοκομείων της Χώρας είναι:

Για το 2010: 4,18

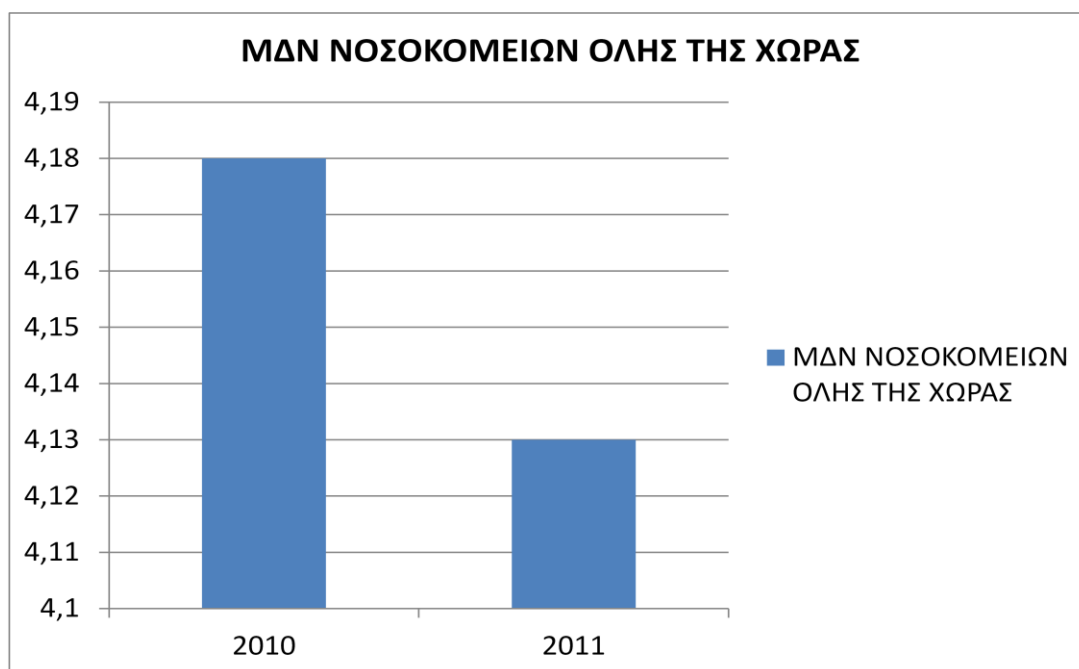
Για το 2011: 4,13

ενώ, διαπιστώνεται ότι η ΜΔΝ σημείωσε φθίνουσα πορεία.

«Οι δείκτες συγκρίνονται με τη μέγιστη απόδοση που θα μπορούσε να πετύχει μια επιχείρηση με δεδομένες και σταθερές τις εισροές σε ετήσια βάση-βραχυχρόνια ενώ σε μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο προγραμματισμό εκτιμάται και η μείωση των εισροών για την επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος εκροών. Η εκτίμηση αυτή θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τη βελτίωση της ποιότητας» (Σούλης, 2016).

Όσο μεγαλύτεροι είναι οι δείκτες της πληρότητας και μικρότεροι οι δείκτες της ΜΔΝ και της αδράνειας κλίνης, τόσο καλύπτονται μεγαλύτερες ανάγκες ζήτησης και πραγματοποιείται μεγάλη αξιοποίηση των πόρων. Αυτό που όμως επιτυγχάνεται περισσότερο, είναι η αριστοποίηση της κατανομής των παραγόμενων υπηρεσιών με συνακόλουθο την μεγιστοποίηση της επάρκειας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αντίστοιχα, ο μεγαλύτερος όγκος παραγωγής ΣΗΝ, σε συνδυασμό με τη μείωση της ΜΔΝ και της αδράνειας κλίνης συνεπάγεται μεγαλύτερη εξυπηρέτηση ασθενών (Σούλης, 2016).

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Μέση Τιμή ΜΔΝ σε όλα τα Νοσοκομεία για τα έτη 2010, 2011



Πηγή: ΕΣΔΥ 2012, ίδια επεξεργασία

Ακολουθώς στον Πίνακα 5 διαπιστώνονται οι ακραίες τιμές ποσοστού κάλυψης ανάμεσα σε όλα τα Νοσοκομεία της Χώρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ακραίες τιμές % κάλυψης στα Νοσοκομεία της Χώρας για το 2011

	ΥΨΗΛΟΤΕΡΟ % ΚΑΛΥΨΗΣ		ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ % ΚΑΛΥΨΗΣ
ΓΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	111%	ΓΝ ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ	29%
ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	88%	ΓΝ ΑΜΦΙΣΣΑΣ	32%

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Παλαιότερα στοιχεία του ESYnet απεικονίζουν ότι ο μέσος ασθενής νοσηλεύεται στα ευρωπαϊκά νοσοκομεία από 5 έως 10 μέρες. Υψηλότερη διάρκεια καταγράφεται στην Τσεχία (9,6 μέρες) και στην Κροατία (9,3 μέρες) και χαμηλότερη στην Ολλανδία (4,5 μέρες) και στη Βουλγαρία (5,3 μέρες). Με βάση καταγραφές του 2013, η ΜΔΝ στην Ελλάδα κυμαινόταν από 3,49 μέρες στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία, έως 4 και πλέον μέρες στα νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω. Στα μικρότερα νοσηλευτικά ιδρύματα, η ΜΔΝ είναι λίγο πάνω από τις 3,5 μέρες, στα Ογκολογικά 2,78 μέρες και στα Παιδιατρικά 2,62 μέρες (ESYnet, 2015).

Μια άλλη μελέτη των Καστανιώτη και Πολύζου βασισμένη σε δεδομένα του ESY.net, διαπιστώνει ότι κατά την πάροδο των ετών υπήρξε βελτίωση της απόδοσης των δημόσιων νοσοκομείων. Μεταξύ άλλων, μειώθηκε η ΜΔΝ κατά 3,02%, ενώ ο ρυθμός εισροής ασθενών είχε θετική μεταβολή της τάξης του 5,02%.

Στην πρόσφατη καταγραφή της Eurostat, ωστόσο, η Γερμανία εμφανίζει διαχρονικά μία από τις υψηλότερες ΜΔΝ : 9,5 μέρες το 2011, 9,1 μέρες το 2015 και 9 μέρες το 2016 (Ιατρονέτ, 2019).

ΜΕΣΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΚΛΙΝΗΣ (ΜΑΚ) (ή διάστημα εναλλαγής-Ti)	[t (365 ημέρες) / PEA] - ΜΔΝ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ (ΔΑΚ)	ΜΔΝ + ΜΑΚ
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Pk (PEA)	ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ (P) του έτους X
	ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ-ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ

ή

ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Pk (PEA)	Io (% πληρότητας) X t
	ΜΔΝ

Ο ρυθμός εισροής ασθενών Pk (PEA) μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι διαθέσιμες κλίνες σε μία χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε αριθμό ασθενών ανά κρεβάτι ανά μονάδα χρόνου και μετράει την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Ο PEA μεγιστοποιείται μέσω της ελαχιστοποίησης της ΔΑΚ, δηλαδή μέσω της παράλληλης βελτίωσης της ΜΔΝ και ΜΑΚ (Σούλης, 2016).

Γνωρίζοντας αποτελέσματα ορισμένων δεικτών, δίνεται η δυνατότητα να παραχθούν βασικά δεδομένα νοσηλευτικής χρήσης, όπως επί παραδείγματι:

$$\text{Αριθμός Νοσηλευομένων } P = Pd (\Sigma HN) / Tm (\text{ΜΔΝ})$$

ή

$$\text{Αριθμός Νοσηλευομένων } P = PK (\text{PEA}) \times B (\text{διαθέσιμες κλίνες})$$

Οι στόχοι που έθεσε το ΥΥ για το 2012 αναφορικά με τους Δείκτες Αξιολόγησης - Λειτουργικότητας στα Δημόσια Νοσοκομεία απεικονίζονται στον ακόλουθο Πίνακα 6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Στόχοι Λειτουργικής Βελτίωσης των Δημόσιων Νοσοκομείων

ΜΔΝ μετά τα χειρουργεία ημέρας	3,8 ημέρες
Κάλυψη νοσοκομειακών κλινών ΕΣΥ	80%
Κάλυψη νοσοκ. κλινών ΜΑΦ-ΜΕΘ	άνω του 85%
Γιατρού/κλίνη	0,7 (1/1 διεθνή λειτουργικά πρότυπα)
Νοσηλευτές/κλίνη	1,2 (1/1 διεθνή λειτουργικά πρότυπα)
Άλλο προσωπικό/κλίνη	0,8
Σύνολο προσωπικού/κλίνη	2,7
Αριθμός κλινών/κλινική	25
Σχέση γιατρών/νοσηλευτών	1,7 (1/4 διεθνή λειτουργικά πρότυπα)
Συνολικές κλίνες	35.000-30.000

Πηγή: ΥΥΚΑ, 2012

Φυσικά, το ερώτημα είναι αν θα μπορούσαν οι στόχοι να εφαρμοστούν συλλήβδην για όλα τα είδη νοσοκομείων (μικρά, μεγάλα, ειδικά, γενικά, αστικά ή περιφερειακά) χωρίς να προσαρμόζονται ανάλογα των συνθηκών που επικρατούν στις περιοχές πληθυσμιακής ευθύνης τους, στη δυναμικότητα, στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που διαθέτουν και στο γεωγραφικό διαμέρισμα που ανήκουν.

3.2.2.2 Δείκτες Αποτελεσμάτων

Αποτελεσματικότητα (effectiveness) είναι η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Παρακάτω θα επιχειρηθεί η ταξινόμηση των δεικτών αποτελεσματικότητας, κατά την οποία διαπιστώνεται ότι ορισμένοι δείκτες είναι μετρήσιμοι και μπορούν να καταγραφούν στατιστικά (π.χ. θνητότητα). Κάποιοι όμως, οι οποίοι αναφέρονται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών -όπως την εκλαμβάνουν οι χρήστες - αλλά και ο βαθμός ικανοποίησής τους από αυτές, δεν είναι μετρήσιμοι. Καθώς λοιπόν, οι έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης δεν μπορούν να υπολογιστούν με μαθηματικούς χαρακτήρες, τα στοιχεία αντλούνται από ερωτηματολόγια που δίδονται στους χρήστες των υπηρεσιών των Νοσοκομείων.

Ανάμεσα στους μετρήσιμους δείκτες αποτελεσματικότητας είναι αυτός της:

Ενδονοσοκομειακής θνητότητας μετά από επιλεγμένες διαγνώσεις νόσων.

Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναφορικά με τη διαχείριση των νόσων που έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν σημαντική βλάβη, όπως κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση. Οι επιλεγμένες νόσοι αφορούν κυρίως: Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, Κάταγμα ισχίου.

Είναι φανερό ότι ένα δημόσιο νοσοκομείο για να είναι αποδοτικό σε αυτόν τον τομέα πρέπει να έχει χαμηλό ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας των παραπάνω νόσων, και σε αυτή την περίπτωση σημαίνει ότι παρέχει ποιοτικές και αποτελεσματικές παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οι δείκτες ενδονοσοκομειακής θνητότητας έχουν χρησιμοποιηθεί για την σύγκριση της αποδοτικότητας μεταξύ των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. (U.S Agency for Healthcare Research and Quality), αλλά ακόμη και σε διακρατικές μελέτες με

αντικείμενο τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ageing Related Diseases Project OECD, 2001) (Καϊτελίδου, 2001).

Υπολογισμός ενδονοσοκομειακής θνητότητας

Αριθμός των θανάτων (κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα), που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με διάγνωση την αντίστοιχη νόσο

αριθμός των εισελθόντων ασθενών με την ίδια διάγνωση

Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενών

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μετράται μόνο από το βαθμό κόστους, δηλαδή ένα νοσοκομείο δεν είναι απαραίτητο να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας όταν οι δαπάνες που καταβάλλει γι' αυτές είναι πολύ υψηλές.

Οι απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας, ως καταναλωτικά όντα καθώς η σχέση ανάμεσα σε πολίτες και υπηρεσίες που παρέχονται από τα νοσοκομεία είναι σχέση πελάτη-προϊόντος, έχουν αυξηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία έτη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι διοικήσεις των νοσοκομείων να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στο τι ακριβώς ζητάει ο πελάτης-ασθενής και αν αυτό καλύπτεται από τις υπηρεσίες που του παρέχονται και να προσπαθεί στην συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Η ικανοποίηση λοιπόν του ασθενή είναι επιτακτική ανάγκη να μελετάται και να αξιολογείται

Οι Σαρρής, Γούλα και Σούλης υπογράμμισαν τις στάσεις των ασθενών σχετικά με το πώς η καλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας βελτιώνει την γενικότερη κατάσταση υγείας των ασθενών. Οι ασθενείς πιστεύουν πως η σωματική τους κατάσταση επηρεάζεται κατά ποσοστό 17%, ενώ η ψυχοκοινωνική τους υγεία κατά 29% (Σαρρής, Γούλα, Σούλης, 2005).

Οι ασθενείς αναφερόμενοι στην καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, πολύ συχνά εννοούν την ανταποκρισιμότητα (responsiveness) του προσωπικού, που μπορεί να εκδηλώνεται μέσα από την ευγενική συμπεριφορά, την προθυμία, την ετοιμότητα και την ταχύτητα ανταπόκρισης του προσωπικού, την αίσθηση εμπιστοσύνης - φερεγγυότητας (assurance) που τους εμπνέει το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, την ενσυναίσθηση με την οποία τους προσεγγίζουν οι επαγγελματίες υγείας και την καλή επικοινωνία μαζί τους (Ζέρβας, 2020).

Ο τρόπος που μετράται και ερευνάται η ικανοποίηση ασθενών είναι διαμέσου συμπλήρωσης ερωτηματολογίων ή προσωπικών συνεντεύξεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων.

Επιγραμματικά και σύμφωνα με τους Σούλη και Σαρρή, τα βασικότερα δεδομένα που θα πρέπει να καλυφθούν μέσα σε ένα ερωτηματολόγιο είναι τα εξής:

- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
- ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
- ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΓΝΩΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ
- ΓΕΝΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ-ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ (ΟΕΜ, κάταγμα ισχίου, Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.τ.λ.)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΕΙΔΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ (Αρθροπλαστική ισχίου, βουβωνοκήλη κ.τ.λ.)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ
ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ-ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΕΣΦΑΛΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ή ΕΙΔΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΑΣ ΝΟΣΟΥ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΤΙ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ Ή ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ Κ.Α.
ΒΑΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΒΑΘΜΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΒΑΘΜΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΑ, ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ Κ.Α.)
ΒΑΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΖΩΗΣ ΧΩΡΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ
ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

ΒΑΘΜΟΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΩΝΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ
ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Πηγή: Σούλης, Γρίβας, Γούλα, 1999

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ¹
¹ Συνολικά ανά κλινική ή ανά κατηγορία νόσου	

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ Ψ ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ¹ ΗΛΙΚΙΑΣ Ψ ΕΤΟΥΣ X
¹ Συνολικά ανά κλινική ή ανά κατηγορία νόσου	

ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΒΕΒΑΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ Ν.Λ. ΕΤΟΥΣ X
	ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ¹ ΕΤΟΥΣ X
¹ Συνολικά ανά κλινική ή ανά κατηγορία νόσου	

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ Ν.Λ. ΕΤΟΥΣ X
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΒΕΒΑΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ¹ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ Ν.Λ. ΕΤΟΥΣ X
¹ Συνολικά ανά κλινική ή ανά κατηγορία νόσου	

Αναφορικά με την έλλειψη της Υγιεινής και της Ασφάλειας στον χώρο εργασίας υπάρχουν συγκεκριμένοι δείκτες που αναφέρονται στατιστικά σε αυτό. Η ηγεσία νοσοκομείου τους λαμβάνει υπόψη της και προβαίνει στα αναγκαία διορθωτικά μέτρα, προκειμένου αφενός να μην στρεσάρεται το υγειονομικό προσωπικό (με συνέπεια την έλλειψη ικανοποίησης και την μη αποδοτικότητα), και αφετέρου να προλαμβάνει άσχημα περιστατικά που θα μπορούσαν να προκαλέσουν νόσηση ή εργατικό ατύχημα (με συνέπεια την απουσία του απασχολούμενου από την εργασία του).

Τα νοσοκομεία οφείλουν να απασχολούν Ιατρό Εργασίας, Τεχνικό Ασφαλείας και να ορίζουν Επιτροπή Λοιμώξεων που θα απασχολούνται ως επί το πλείστον, με αυτά τα ζητήματα και θα λαμβάνουν μέτρα προστασίας για να εφαρμόζονται οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και να μην παρουσιάζονται περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων ή νόσησης στον εργασιακό χώρο.

Δείκτες Εργατικών ατυχημάτων

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	N χ 1.000.000 ώρες εργασίας
	A
Όπου N= αριθμός εργατικών ατυχημάτων Όπου A= Αριθμός εργαζομένων	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ % ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ (με παύση εργασίας)	N χ 100
	A
Όπου N= αριθμός εργατικών ατυχημάτων Όπου A= Αριθμός εργαζομένων	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	Nθ.ε. χ 100
	A
Όπου A= Αριθμός εργαζομένων Όπου N θ.ε.= Αριθμός Θανατηφόρων Ε.Α.	

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	NΘ.Ε. χ 1.000
	N
Όπου N θ.ε.= αριθμός θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων Όπου N= Αριθμός εργατικών ατυχημάτων	

3.2.3 Δείκτες Αποδοτικότητας ((Efficiency indicators)

Αποδοτικότητα είναι η ικανότητα ενός αποτελεσματικού μετασχηματισμού των εισροών σε εκροές, με το ελάχιστο δυνατό κόστος, Είναι η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της αποτελεσματικότερης οικονομικά διαχείρισης των πόρων.

Μέσα από την εφαρμογή δεικτών που «αξιολογούν την αποδοτικότητα των υγειονομικών οργανισμών» εκτιμάται η ικανότητα των νοσοκομειακών μονάδων για επιβίωση, συγκρίνονται με άλλες μονάδες παρόμοιων χαρακτηριστικών, διαπιστώνεται ο κύκλος δραστηριοτήτων τους, προσδιορίζονται οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λειτουργούν, καθώς και οι αλλαγές και δράσεις που οφείλουν να επιτελέσουν. Η πλειονότητα των κρατών μελών του ΟΟΣΑ χρησιμοποιούν και προτείνουν απλούς δείκτες, όπως εκείνοι των ημερών νοσηλείας, αναλογία των ημερήσιων χειρουργείων (day – surgery) προς το συνολικό αριθμό χειρουργείων (Διαμαντόπουλος Λ., 2016).

Συμπεράσματα μελέτης για την εισαγωγή του θεσμού του «Χειρουργείου Ημέρας» στο ΕΣΥ (πχ επέμβαση καταρράκτη), καταδεικνύουν ότι υπάρχουν σημαντικά οφέλη για τον κρατικό προϋπολογισμό, τα Ταμεία και τους ασθενείς. Μελετήθηκε ότι το νοσοκομειακό κόστος από το Χειρουργείο Ημέρας μπορεί να είναι από 17% έως 70% μικρότερο συγκριτικά με τις αντίστοιχες επεμβάσεις που διεξάγονται με νοσηλεία, ενώ αποφεύγονται και οι ενδεχόμενες νοσοκομειακές λοιμώξεις (Κυριόπουλος, Σκρουμπέλος, Μυλωνά, 2013).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ
<i>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΚΟΣΤΟΣ ΕΚΦΡΑΣΜΕΝΑ ΣΕ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ</i>
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ/ΚΟΣΤΟΣ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ/ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΡΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΑΙΤΙΑ/ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ/ΚΟΣΤΟΣ ΝΕΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΙΩΣΗΣ ΛΑΜΘΑΣΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ/ΚΟΣΤΟΣ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
<i>ΕΚΡΟΕΣ/ΚΟΣΤΟΣ</i>
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ/ΚΟΣΤΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ/ΚΟΣΤΟΣ
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ
<i>ΟΓΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ</i>
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΤΟΜΕΑ Χ/ΚΛΙΝΕΣ ΤΟΜΕΑ Χ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΝΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΟ ΚΑΙ ΑΝΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ/ΠΡΟΤΥΠΟΙΗΜΕΝΟ ΧΡΟΝΟ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ/ΠΡΟΤΥΠΟΙΗΜΕΝΟ ΧΡΟΝΟ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ/ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ/ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ
ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ/ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ
ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ/ΣΥΝΟΛΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ/ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΩΝ
<i>ΣΥΝΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΚΡΟΩΝ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ)</i>
ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΚΡΟΩΝ ΑΝΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΙΚΤΩΝ
ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ	$P1=ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ^1 ΕΤΟΥΣ X$
	$P1=ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ^2 ΕΤΟΥΣ X^3$
¹ Συνολικά ή ανά τμήμα ² Ανά γιατρό, ανά νοσηλεύτη κ.ο.κ. ³ t=ημέρα, εβδομάδα, μήνας, έτος	

ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	$P1=ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ^1 ΕΤΟΥΣ X$
	$ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ^2 ΕΤΟΥΣ X^3$
¹ Συνολικά ή ανά τμήμα ² Συνολικά ή ανά τμήμα ³ t=ημέρα, εβδομάδα, μήνας, έτος	

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ	$P1=ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ^1 ΕΤΟΥΣ X$
	$ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ^2 ΕΤΟΥΣ X^3$
¹ Συνολικά ή ανά τμήμα ² Ανά γιατρό, ανά νοσηλεύτη κ.ο.κ. ³ t=ημέρα, εβδομάδα, μήνας, έτος	

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	$P1=ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ^1 ΕΤΟΥΣ X$
	$ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ^2 ΕΤΟΥΣ X^3$
¹ Συνολικά ή ανά τμήμα ² Συνολικά ή ανά τμήμα ³ t=ημέρα, εβδομάδα, μήνας, έτος	

ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΕΚΠΡΩΩΝ ΑΝΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑ ΜΔΝ	$ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ^1 ΕΤΟΥΣ X$
	$ΜΔΝ^2 ΕΤΟΥΣ X^3$
¹ Συνολικά ή ανά τμήμα ² Συνολικά ή ανά τμήμα ³ t=ημέρα, εβδομάδα, μήνας, έτος	

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ¹	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ² ΕΤΟΥΣ Α
	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ³ ΕΤΟΥΣ Α⁴
¹ Συνολικά ή ανά τμήμα ² Συνολικές ώρες απασχόλησης νοσηλευτικού προσωπικού = Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού x Μέσο ετήσιο αρ. ωρών απασχόλησης/ Νοσηλευτή ³ Συνολικά ή ανά τμήμα ⁴ t=ημέρα, εβδομάδα, μήνας, έτος	

Συνοψίζοντας, οι σημαντικότεροι Δείκτες Αξιολόγησης, βάσει των οποίων εκμαιεύονται πολλά και χρήσιμα δεδομένα –πλην οικονομικών–για την λειτουργία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, είναι οι κάτωθι:

ΜΔΝ Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, **Ιο** % κάλυψης κλινών, **ΡΚ** ή **ΡΕΑ** Ρυθμός Εισροής Ασθενών, **ΜΑΚ** Μέση Αδράνεια Κλίνης, **ΔΑΚ** Διάρκεια Ανατροφοδοτικού κύκλου, **ΣΗΝ** Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας, αλλά και

Ie = ΡΕΑ * Β/Pt (Δείκτης Συνολικής Αποδοτικότητας)

Ip = Ιο/ΜΔΝ *t (Δείκτης Λειτουργικής Παραγωγικότητας)

3.2.4 Άλλοι Ειδικοί Δείκτες Αξιολόγησης

ΑΛΛΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ		
Δείκτης υπερκάλυψης κλινών	υπερκάλυψης	Ο μέσος αριθμός νοσηλείας σε κλίνες, εκτός των προβλεπομένων-ράντζα
Δείκτης ακαταλληλότητας	ακαταλληλότητας	Ο μέσος χρόνος νοσηλείας του ασθενή σε ιατρικό τμήμα στο οποίο δεν ανήκει
Δείκτης παραμονής	κατάλληλης	Ο μέσος χρόνος παραμονής σε σχέση με τον αντίστοιχο επιστημονικά αποδεκτό χρόνο παραμονής για συγκεκριμένο νόσημα, σε σχέση με τον επίσης αποδεκτό συσχετισμό φαρμάκων για το νόσημα
Δείκτης φαρμακευτικής αγωγής	κατάλληλης	Ο μέσος αριθμός χορήγησης φαρμακευτικών ιδιοκατασκευασμάτων σε έναν ασθενή, συγκριτικά με

	το μέσο διεθνή αποδεκτό όρο
Δείκτης αποδοτικότητας κλινικών μονάδων	Ο μέσος χρόνος υλοποίησης ιατρικών οδηγιών στο χρόνο που εντέλλονται. Σχέση διάρκειας υλοποίησης ιατρικών οδηγιών προς προβλεπόμενη εντελλόμενη διάρκεια
Δείκτης διαγνωσιμότητας	Ποσοστιαία εκτίμηση αρχικής διάγνωσης προς την τελική διάγνωση του εξιτηρίου
Δείκτης ροής ασθενών	Ο μέσος χρόνος μεταφοράς ασθενών μεταξύ τμημάτων, κατόπιν ιατρικής εντολής
Δείκτης ποιότητας κλινικού φακέλου	Ο βαθμός πληρότητας του ιατρικού φακέλου αναφορικά με την εισαγωγή, το κληρονομικό ιστορικό ή το ιατρικό ημερολόγιο
Δείκτης διαδικασίας αποφάσεων ιατρικού φακέλου	Ο βαθμός απεικόνισης του ιατρικού ημερολογίου αναφορικά με τις ιατρικές αποφάσεις και η λογοδοσία των νοσηλευτών
Δείκτης ιατρικής αποδοτικότητας	Απεικονίζεται η κατάσταση του ασθενή κατά την εισαγωγή, σε σχέση με την κατάσταση κατά το εξιτήριο
Δείκτης επάρκειας της μεθοδολογίας	Η σχέση των προτεραιοτήτων, ανάλογα με την κλινική σοβαρότητα ιατρικής πράξης

Πηγή: Γούλα, 2007

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Εφαρμόζοντας τους Δείκτες Αξιολόγησης των Νοσοκομειακών Μονάδων στην πράξη, διαπιστώνεται η ευκολία αφενός στην επεξεργασία τους, και αφετέρου στην ανάγνωση και ερμηνεία τους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Είναι ικανοί να αποτυπώσουν την αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, επάρκεια των οικονομικών πόρων αλλά και την ικανοποίηση χρηστών και ασθενών, αποτελώντας τη βάση σχεδιασμού και προγραμματισμού των Διοικήσεων των Νοσοκομειακών Μονάδων για ποιοτικότερες και οικονομικότερες παροχές υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (τρόπος εξαγωγής δεικτών αξιολόγησης)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δείκτες αξιολόγησης έχουν λάβει θέση στην καθημερινή, μηνιαία ή ετήσια στατιστική παρακολούθηση των δεδομένων των νοσοκομείων και στην επεξεργασία τους από αρμόδιες υπηρεσίες του ΥΥ. Ανεξαρτήτως αν αποτελούν, ως όφειλαν, τις βασικές συνιστώσες στρατηγικού σχεδιασμού των νοσοκομείων, ή απλώς είναι στοιχεία που συγκεντρώνονται «εθιμοτυπικά», εφαρμόζονται από τα νοσοκομεία και παρουσιάζονται στις επίσημες ιστοσελίδες του ΥΥ.

4.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Προκειμένου ο αναγνώστης να δει μεταφρασμένες τις σχέσεις των Δεικτών Αξιολόγησης σε πραγματικά αριθμητικά δεδομένα που να απεικονίζουν την κατάσταση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία, αλλά και να δει στην πράξη πώς γίνεται η μετατροπή των στατιστικών πληροφοριών σε δείκτες για τις περιπτώσεις που αυτοί δεν έχουν εκμαιευθεί, πραγματοποιήθηκε πρωτίστως, μελέτη και ανάλυση των δεδομένων που περιέχονται στο βιβλίο της Γούλα «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου», το οποίο αναλύει με απτό και κατανοητό τρόπο τη λειτουργία των Ελληνικών Νοσοκομείων, ενώ αφιερώνει ένα ολόκληρο κεφάλαιο στους Δείκτες Αξιολόγησης. Αφού αντλήθηκαν αρκετά στοιχεία από το εν λόγω βιβλίο, ακολούθως πραγματοποιήθηκε έρευνα στατιστικών δεδομένων περί Δεικτών Αξιολόγησης, αρχικά στις επίσημες ιστοσελίδες του ΥΥ, ΕΛΣΤΑΤ, ESYnet, BI HEALTH, σε άλλες ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης διαδικτύου, σε επίσημη αρθρογραφία και βιβλιογραφία διακεκριμένων επιστημόνων του Τομέα της Υγείας και της Οικονομίας (Σούλης, Τούντας, Καϊτελίδου), καθώς επίσης, και μέσω βιβλιογραφικών παραπομπών των ήδη ανακτημένων άρθρων, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά. Αυτές ήταν: Αξιολόγηση, Δείκτες, Κριτήρια, Ποιότητα, Υπηρεσίες υγείας, Ικανοποίηση ασθενών, Απολογισμός, Πληρότητα, ΜΔΝ.

Κατόπιν, επιχειρήθηκε αποτύπωση των Δεικτών Αξιολόγησης από επίσημους δημοσιοποιημένους πίνακες των Νοσοκομείων και των ΥΠΕ των τελευταίων ετών,

αλλά και δημιουργία νέων πινάκων δεικτών που προέκυψαν από τα ήδη αναρτημένα στοιχεία. Η φιλοδοξία τούτου του εγχειρήματος είναι να γίνουν κατανοητοί στην χρήση τους οι Δείκτες Αξιολόγησης αλλά και να αντιληφθεί ο αναγνώστης την αναγκαιότητα χρήσης τους και την επιτακτική ανάγκη εφαρμογής τους στην πράξη, δηλαδή προσαρμογή των στόχων του εκάστοτε Νοσοκομείου στις πληροφορίες των αποτελεσμάτων της Αξιολόγησής του.

Η καταγραφή και η επεξεργασία τους παρουσιάζεται με κάθε επιφύλαξη ως προς την ποιότητα των πρωτογενών δεδομένων, καθώς τα στοιχεία προέρχονται από τις καταχωρήσεις των δημόσιων νοσοκομείων και όχι από κάποιο επίσημο πληροφοριακό σύστημα αυτόματων καταχωρήσεων. Η ίδια επιφύλαξη σημειώνεται ωστόσο, και στις επίσημες ιστοσελίδες του ΥΥ με τους δημοσιευμένους απολογισμούς (ΥΥ, 2013).

Παρόμοια, οι δείκτες ποιότητας, είναι αποτέλεσμα υποκειμενικών απόψεων δείγματος ασθενών, που δεν εξασφαλίζουν απόλυτα την ακρίβεια του αποτελέσματος. Επί παραδείγματι, το ΓΝ Τζάνειο στην ετήσια «έκθεση πεπραγμένων 2018», παρουσιάζει τα αποτελέσματα ερωτηματολογίων για τη σίτιση και για την ικανοποίηση κατά τη διάρκεια νοσηλείας. Στο μεν πρώτο ερωτηματολόγιο τα ποσοστά των απαντήσεων -με διαβαθμίσεις κακές, μάλλον κακές, ούτε καλές ούτε κακές, μάλλον καλές, πολύ καλές - συνθέτουν το 100% των ερωτηθέντων, ενώ στο δεύτερο υπολείπονται, γεγονός που γεννά ερωτήματα περί αξιοπιστίας της καταγραφής των αποτελεσμάτων (ESYnet, 2019).

4.2 Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων ΕΣΥ 2019-2020

Παρακάτω παρατίθενται πίνακες με στατιστικά στοιχεία από τα οποία μπορούμε να παράγουμε βασικούς δείκτες αξιολόγησης, και εν συνεχεία δίνεται η δυνατότητα να συγκρίνουμε τα στοιχεία είτε ανάμεσα στο ίδιο το Νοσοκομείο/ΥΠΕ ανάμεσα σε δύο έτη, είτε να συγκρίνουμε τα στοιχεία των Νοσοκομείων/ΥΠΕ του ίδιου έτους με άλλα Νοσοκομεία και άλλες ΥΠΕ.

Τα στοιχεία έχουν αντληθεί από την επίσημη πλατφόρμα BI HEALTH, αφορούν στα έτη 2019 και 2020, και είναι τα ακόλουθα:

2019

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΕΣΥ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 1^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ1	8.558	661.282	2.198.396
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	281	21.937	97.754
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	549	29.942	139.518
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	408	29.549	119.452
Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	405	15.157	45.645
Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"	128	5.410	23.682
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	710	49.506	163.681
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	673	52.945	152.220
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	371	17.691	57.347
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	148	8.195	21.063
Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	458	59.903	140.318
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	743	63.615	219.620
Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	208	11.904	38.260
Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	170	5.583	20.750
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	457	46.333	127.438
Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	415	25.042	112.227
Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"	543	56.086	159.833

Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	928	69.100	314.448
Γ.Ν.Α. "ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"	0	2.453	2.453
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚ. "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	333	37.070	92.209
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	127	2.347	35.764
ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	32	496	6.425
ΝΟΣ. ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"	107	7.374	19.818
ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	338	34.274	79.101
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	26	9.370	9.370

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 2^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ2	6.177	340.030	1.623.989
Γ.Ν. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ" ΒΟΥΛΑΣ	346	20.408	70.478
Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	19	817	817
Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"	393	20.652	97.420
Γ.Ν. ΘΗΡΑΣ	27	1.929	5.572
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ	40	1.139	3.226
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ "ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ"	66	2.744	8.267
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΘΗΡΩΝ "ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ"	22	618	1.660
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΩ	67	4.468	10.917
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ	80	2.948	8.607
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ	21	2.703	5.155

Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"	231	20.665	54.718
Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"	595	31.922	151.746
Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ"	422	24.304	88.054
Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	368	24.754	66.503
Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"	115	4.029	20.377
Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ"	95	4.724	14.368
Γ.Ν. ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"	109	8.824	25.474
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚ. ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"	355	35.677	92.667
ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ	369	5.467	88.069
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"	655	85.451	249.075
Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"	504	8.071	160.138
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	1.148	15.570	366.673
ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	130	12.146	34.008

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 3^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ3	4.128	323.090	1.053.003
Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	703	87.583	215.882
Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ	188	17.228	42.013
Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	175	12.186	37.679
Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ	99	7.387	14.720
Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	161	10.343	27.006
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	151	16.899	32.589
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	279	17.715	49.312

Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	612	58.467	163.743
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	117	6.897	17.442
Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	382	20.147	108.212
Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	194	23.778	47.095
Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ	125	11.204	24.074
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	200	14.560	34.319
Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛ. Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"	138	8.057	18.279
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	604	10.639	220.638

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 4^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ4	4.483	366.626	973.224
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	380	59.419	100.290
Γ.Ν. ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	120	8.188	26.492
Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	244	16.596	49.935
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	854	53.638	176.461
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	40	1.550	6.475
Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	375	34.358	78.771
Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ	200	9.926	37.309
Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	171	12.186	33.731
Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	227	19.496	46.052
Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	407	25.683	77.578
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	152	9.683	26.148
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ"	603	45.988	146.648
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗΣ	500	48.903	124.003
ΠΡΩΤΟ Γ.Ν.. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ.ΠΑΥΛΟΣ"	210	21.012	43.331

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 5^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ5	2.676	248.382	620.572
Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ	80	2.586	7.134
Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"	364	31.448	91.242
Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ	63	2.970	10.562
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ	31	2.664	6.030
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ	32	2.997	5.883
Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	248	21.149	49.567
Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	62	2.515	7.457
Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	298	23.165	62.831
Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ"	285	30.788	65.387
Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	120	7.920	23.414
Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	271	24.576	54.602
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ	181	15.674	41.419
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	641	79.930	195.044

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 6^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ6	5.446	408.193	1.316.879
Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ	209	15.423	47.897
Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ	93	7.011	19.817
Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	86	2.051	5.374
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	144	12.064	32.809
Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	222	16.638	54.703
Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ"	100	7.015	29.699
Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	336	21.782	76.670

*«Δείκτες Αξιολόγησης Νοσοκομειακής Μονάδας. Εφαρμογή των Δεικτών στα Δημόσια Νοσοκομεία»
Αγγελική Μαλάγα*

Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	20	874	3.440
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	20	198	198
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	69	2.417	9.055
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΛΩΝ	60	1.999	8.622
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	80	5.318	15.504
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	308	32.793	83.226
Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	416	22.209	113.460
Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	108	5.126	21.088
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	203	14.549	43.521
Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ	84	7.553	14.335
Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ "ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ"	20	120	177
Γ.Ν. ΜΕΣΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	108	4.699	18.698
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	110	3.950	16.401
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"	90	6.401	14.685
Γ.Ν. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	268	17.545	85.754
Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	304	28.887	77.253
Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ	116	5.067	20.236
Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	164	13.069	42.256
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	156	10.765	34.102
ΝΟΣ. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ Ν.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ	27	2.364	8.746
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	863	67.877	193.950
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ	662	72.429	225.203

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 7^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2019

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2019)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ7	2.249	190.147	565.813
Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	144	10.057	29.019
Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	412	46.616	111.573
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	75	3.772	10.712
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"	20	852	3.839
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ	75	2.010	8.323
Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ	209	12.985	47.091
Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	567	39.471	152.077
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	747	74.384	203.179

Πηγή: BI HEALTH, 2021

2020

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΕΣΥ 2020

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 1^{ΗΣ} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ1	8.860	567.817	1.912.488
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ " Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	306	20.481	94.324
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	556	24.991	118.805
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	425	26.579	114.139
Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	442	14.289	44.787

Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"	125	4.519	21.288
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	802	36.651	125.217
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	742	48.660	123.702
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	376	16.021	52.498
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	150	5.871	13.053
Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	469	48.603	119.432
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	769	58.607	213.147
Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	175	9.457	33.234
Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	170	2.407	10.069
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	428	37.563	104.306
Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	445	20.992	97.590
Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"	753	53.854	156.876
Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	933	61.190	281.366
Γ.Ν.Α. "ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"	20	2.432	2.432
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	33	28.473	65.299
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	127	1.716	23.747
ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	33	386	4.991
ΝΟΣ. ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"	136	4.635	11.991
ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	419	31.382	72.137
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	26	8.058	8.058

Πηγή: ΒΙ HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 2^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ2	6.499	291.986	1.459.601
Γ.Ν. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ" ΒΟΥΛΑΣ	385	17.584	62.076
Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	55	747	2.548
Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"	403	16.648	85.659
Γ.Ν. ΘΗΡΑΣ	29	1.460	4.052
Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ	22	104	179
Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ"	231	17.373	46.327
Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"	643	28.230	133.608
Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ"	422	20.498	75.420
Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	383	22.102	58.661
Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"	120	3.209	15.256
Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ"	90	4.374	13.083
Γ.Ν. ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"	119	7.414	22.504
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ	42	1.113	3.361
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ "ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ"	76	2.583	8.013
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΘΡΩΝ "ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ"	24	548	1.453
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΩ	68	4.049	9.337
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ	80	2.399	7.971
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ	22	2.586	4.631
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚ. ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"	386	33.469	79.829

ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ	376	4.052	82.566
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"	679	66.309	205.908
Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"	504	8.610	150.815
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	1.210	15.030	353.777
ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	130	11.495	32.567

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 3^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ3	4.588	272.013	938.194
Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	1.019	72.464	184.392
Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ	212	17.873	41.820
Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	187	12.024	36.647
Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ	103	5.140	12.166
Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	167	10.444	25.707
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	157	12.819	27.115
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	267	14.247	44.130
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	656	51.076	146.813
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	122	4.178	12.198
Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	412	16.878	106.623
Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	202	18.585	37.203
Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ	130	7.207	18.893
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	206	13.548	31.528
Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"	144	6.084	16.690
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	604	9.446	196.269

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 4^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ4	4.810	307.954	839.725
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	446	53.792	88.315
Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	120	6.757	21.412
Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	279	13.882	44.850
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	731	49.010	162.323
Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	395	30.576	77.762
Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ	200	9.309	27.546
Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	231	9.637	27.139
Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	324	13.770	37.815
Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	420	21.561	71.628
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	164	7.445	22.380
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	40	822	3.682
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ"	640	35.260	115.463
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	657	40.676	103.309
ΠΡΩΤΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	163	15.457	36.101

Πηγή: BI HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 5^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ5	3.236	211.546	548.363
Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ	80	2.003	5.450
Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"	379	28.283	85.450
Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ	66	2.588	9.103
Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	229	17.330	43.090
Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	63	2.083	6.938
Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	394	21.048	59.590
Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΑΙΜΠΑΝΕΙΟ"	470	26.950	56.526
Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	130	5.823	17.873

Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	274	19.050	44.828
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ	247	14.927	40.264
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ	34	2.097	5.054
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ	33	2.325	4.365
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	837	67.039	169.832

Πηγή: ΒΙ HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 6^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ6	5.935	345.884	1.154.383
Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ	223	12.668	38.977
Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ	97	6.252	17.078
Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	89	2.126	5.990
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	163	10.060	29.519
Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	236	15.995	47.530
Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ "ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ"	121	5.207	21.950
Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	376	18.305	64.508
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	387	28.906	73.688
Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	484	18.856	103.438
Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	119	4.579	19.452
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	185	12.372	40.572
Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ	109	5.401	12.943
Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ "ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ"	30	125	140
Γ.Ν. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	130	4.312	18.472

Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	126	3.613	15.378
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"	83	5.034	10.679
Γ.Ν. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"	285	15.297	76.413
Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	343	30.057	77.104
Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ	122	3.931	16.530
Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ "Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	216	8.035	36.666
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ "ΙΩΑΝ. & ΑΙΚΑΤ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ"	152	9.712	27.979
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	20	805	2.795
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	15	242	242
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	69	1.927	7.169
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	60	1.412	6.411
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	93	3.876	12.384
ΝΟΣ. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ Ν.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ	27	358	1.264
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	864	51.863	164.341
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ	711	64.558	204.771

Πηγή: ΒΙ HEALTH, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Νοσηλευτική Κίνηση Νοσοκομείων 7^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (ανεπτυγμένες κλίνες Δεκέμβριος 2020)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΥΠΕ7	2.513	163.396	490.594
Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	202	8.392	24.695
Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	464	37.823	91.939

Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ	224	10.564	38.634
Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ"	596	35.762	134.632
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	79	3.160	8.861
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"	27	469	1.128
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ	76	1.896	7.433
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	845	65.330	183.272

Πηγή: BI HEALTH, 2021

Παράθεση τρόπων εξαγωγής Δεικτών Αξιολόγησης σε υπαρκτά δεδομένα Δημόσιων Νοσοκομείων

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α) Στον πίνακα της 1^{ης} Υπε για το 2020, εφαρμόζοντας τον **ΔΕΙΚΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ** (Λειτουργικότητας), Πληρότητα Κλινών % και την σχέση:

$$[(\text{Ημέρες Νοσηλείας}/365) * 100] / \text{αριθμός κλινών}$$

αντλούμε στοιχεία όπως:

* Πληρότητα Κλινών ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντινούλειο» :

$$[(94.324/365) * 100] / 306 = 84,45\%$$

*Πληρότητα Κλινών Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ" $[(118.805/365) * 100] / 556 = 58,54\%$,

κ.ο.κ.

Β) Εφαρμόζοντας τον **ΔΕΙΚΤΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ** (Παραγωγικότητας), Νοσηλευόμενοι ανά Κλίνη και την σχέση:

$$\text{Νοσηλευόμενοι} / \text{αριθμός κλινών}$$

αντλούμε στοιχεία όπως:

*Νοσηλευόμενοι/κλίνη ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντινούλειο»: $20.481/306 = 66,03$

*Νοσηλευόμενοι ανά κλίνη στο ΓΝ ΚΑΤ: $24.991 / 556 = 45$, κ.ο.κ.

Γ) Εφαρμόζοντας τον ΔΕΙΚΤΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (Παραγωγικότητας) Ημέρες Νοσηλείας ανά κλίνη και την σχέση:

Ημέρες Νοσηλείας/Αριθμός κλινών

αντλούμε στοιχεία όπως:

*Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντινούλειο»: $94.324/306 = 308,24$

*Ημέρες Νοσηλείας ανά κλίνη στο ΓΝ ΚΑΤ: $118.805 / 556 = 213,68$, κ.ο.κ.

Από τα στοιχεία του Πίνακα 13 λοιπόν, δημιουργείται ένας νέος πίνακας με νέα δεδομένα. Ο πίνακας των νέων δεικτών είναι ο ακόλουθος :

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας και αποδοτικότητας των Νοσοκομείων της 1^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020

ΥΠΕ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	πληρότητα %	νοσηλεύόμενοι/ κλίνη	ημέρες νοσηλείας/ κλίνη
1^η ΥΠΕ	72,77	99,36	265,60
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	84,45	66,93	308,25
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	58,54	44,95	213,68
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	73,58	62,54	268,56
Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	27,76	32,33	101,33
Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ"	46,66	36,15	170,30
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	42,78	45,70	156,13
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	45,68	65,58	166,71
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	38,25	42,61	139,62
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	23,84	39,14	87,02

Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	69,77	103,63	254,65
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	75,94	76,21	277,17
Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	52,03	54,04	189,91
Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	16,23	14,16	59,23
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	66,77	87,76	243,71
Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	60,08	47,17	219,30
Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"	57,08	71,52	208,33
Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	82,62	65,58	301,57
Γ.Ν.Α. "ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ"	33,32	121,60	121,60
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	542,13	862,82	1978,76
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	51,23	13,51	186,98
ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	41,44	11,70	151,24
ΝΟΣ. ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"	24,16	34,08	88,17
ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	47,17	74,90	172,16
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	84,91	309,92	309,92

Πηγή: BI HEALTH 2021, ίδια επεξεργασία

Σε αυτό το στάδιο, θα επιχειρηθεί με τη βοήθεια των δεικτών αξιολόγησης να γίνουν συγκρίσεις ανάμεσα στην 3^η και 4^η ΥΠΕ, μιας και ανήκουν στο ίδιο γεωγραφικό φάσμα και έχουν σχεδόν ισότιμες αναπτυγμένες κλίνες.

Έτσι, χρησιμοποιώντας τους τύπους της ΜΔΝ, Νοσηλευόμενοι/κλίνη, Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη και του ποσοστού % πληρότητας των κλινών (ημέρες νοσηλείας/365 * 100/αριθμό κλινών), αντλούμε στοιχεία που αποτυπώνονται στους ακόλουθους πίνακες:

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας και αποδοτικότητας Νοσοκομείων

3^η ΥΠΕ για το έτος 2019

Νοσοκομεία 3 ^η ΥΠΕ	πληρότητα %	νοσηλευόμενοι/κλίνη	ημέρες νοσηλείας/κλίνη
Μέσος όρος για την 3^η ΥΠΕ	59,53	77,89	217,30
Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	84,13	124,58	307,09
Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ	61,23	91,64	223,47
Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	58,99	69,63	215,31
Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ	40,74	74,62	148,69
Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	45,96	64,24	167,74
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	59,13	111,91	215,82
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	48,42	63,49	176,75
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	73,30	95,53	267,55
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	40,84	58,95	149,08
Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	77,61	52,74	283,28
Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	66,51	122,57	242,76
Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ	52,76	89,63	192,59
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	47,01	72,80	171,60
Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"	36,29	58,38	132,46
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	100,08	17,61	365,29

Πηγή: ΒΙ HEALTH 2021, ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας και αποδοτικότητας Νοσοκομείων
4^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2019

Νοσοκομεία 4 ^{ης} ΥΠΕ	πληρότητα %	νοσηλεύόμενοι/ κλίνη	ημέρες νοσηλείας/ κλίνη
Μέσος όρος για την 4^η ΥΠΕ	57,04	78,11	208,20
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	72,31	156,37	263,92
Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	60,48	68,23	220,77
Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	56,07	68,02	204,65
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	56,61	62,81	206,63
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	44,35	38,75	161,88
Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	57,55	91,62	210,06
Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ	51,11	49,63	186,55
Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	54,04	71,26	197,26
Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	55,58	85,89	202,87
Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	52,22	63,10	190,61
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	47,13	63,70	172,03
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ"	66,63	76,27	243,20
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	67,95	97,81	248,01
ΠΡΩΤΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	56,53	100,06	206,34

Πηγή: ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας και αποδοτικότητας Νοσοκομείων 3^{ης}
ΥΠΕ για το έτος 2020

Νοσοκομεία 3 ^{ης} ΥΠΕ	πληρότητα %	νοσηλευόμενοι/ κλίνη	ημέρες νοσηλείας/ κλίνη
Μέσος όρος για την 3^η ΥΠΕ	49,14	59,42	179,35
Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	49,58	71,11	180,95
Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ	54,04	84,31	197,26
Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	53,69	64,30	195,97
Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ	32,36	49,90	118,12
Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	42,17	62,54	153,93
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	47,32	81,65	172,71
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	45,28	53,36	165,28
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	61,32	77,86	223,80
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	27,39	34,25	99,98
Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	70,90	40,97	258,79
Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	50,46	92,00	184,17
Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ	39,82	55,44	145,33
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	41,93	65,77	153,05
Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"	31,75	42,25	115,90
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	89,03	15,64	324,95

Πηγή: ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας και αποδοτικότητας Νοσοκομείων 4^{ης}
ΥΠΕ για το έτος 2020

Νοσοκομεία 4 ^{ης} ΥΠΕ	πληρότητα %	νοσηλεύόμενοι/ κλίνη	ημέρες νοσηλείας/κλίνη
Μέσος όρος για την 4^η ΥΠΕ	44,74	59,36	163,30
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	54,25	120,61	198,02
Γ.Ν. ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	48,89	56,31	178,43
Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	44,04	49,76	160,75
Γ.Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	60,84	67,05	222,06
Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	53,94	77,41	196,87
Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ	37,73	46,55	137,73
Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	32,19	41,72	117,48
Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	31,98	42,50	116,71
Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	46,72	51,34	170,54
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	37,39	45,40	136,46
Γ.Ν.- Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	25,22	20,55	92,05
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ"	49,43	55,09	180,41
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	43,08	61,91	157,24
ΠΡΩΤΟ Γ. Ν. ΘΕΣ/ΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	60,68	94,83	221,48

Πηγή: BI HEALTH 2021, ίδια επεξεργασία

Ακολούθως, για να συγκριθούν οι δείκτες των δύο ΥΠΕ για τα έτη 2019 και 2020:

3^η ΥΠΕ

Πληρότητα%: 2019=59,53 2020=49,14

Νοσηλεύόμενοι/κλίνη: 2019=77,89 2020=59,42

Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη: 2019=217,30 2020=179,35

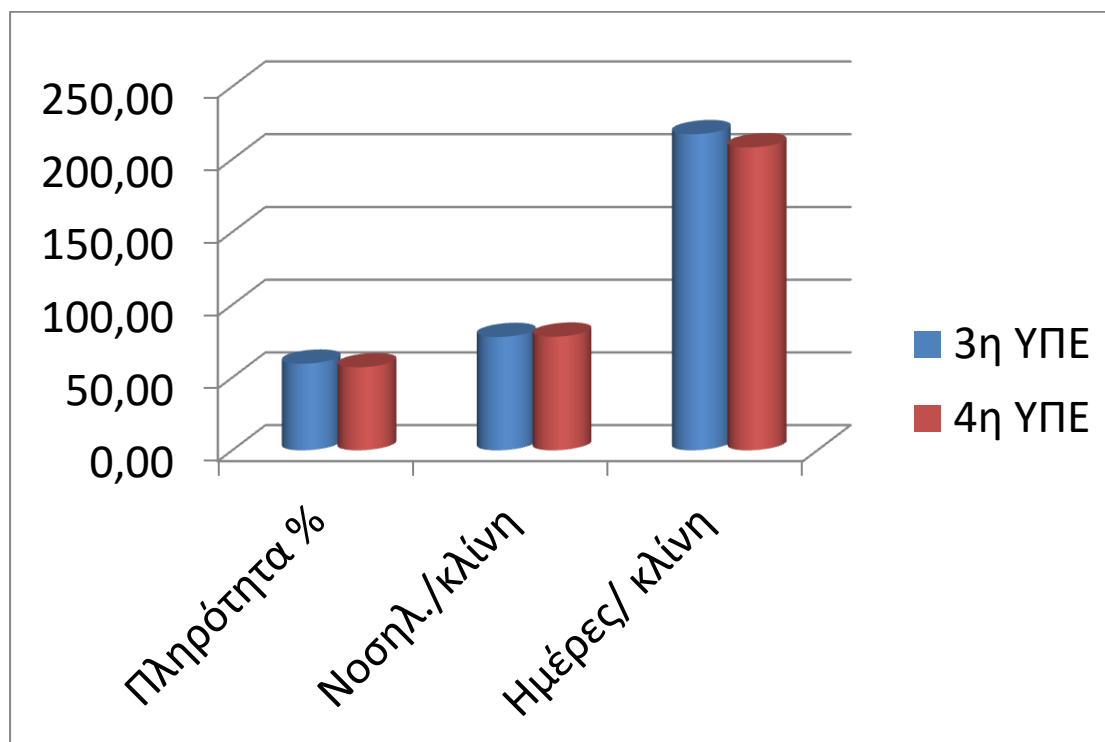
4^η ΥΠΕ

Πληρότητα%: 2019=57,04 2020=44,74

Νοσηλεύόμενοι/κλίνη: 2019=78,11 2020=59,36

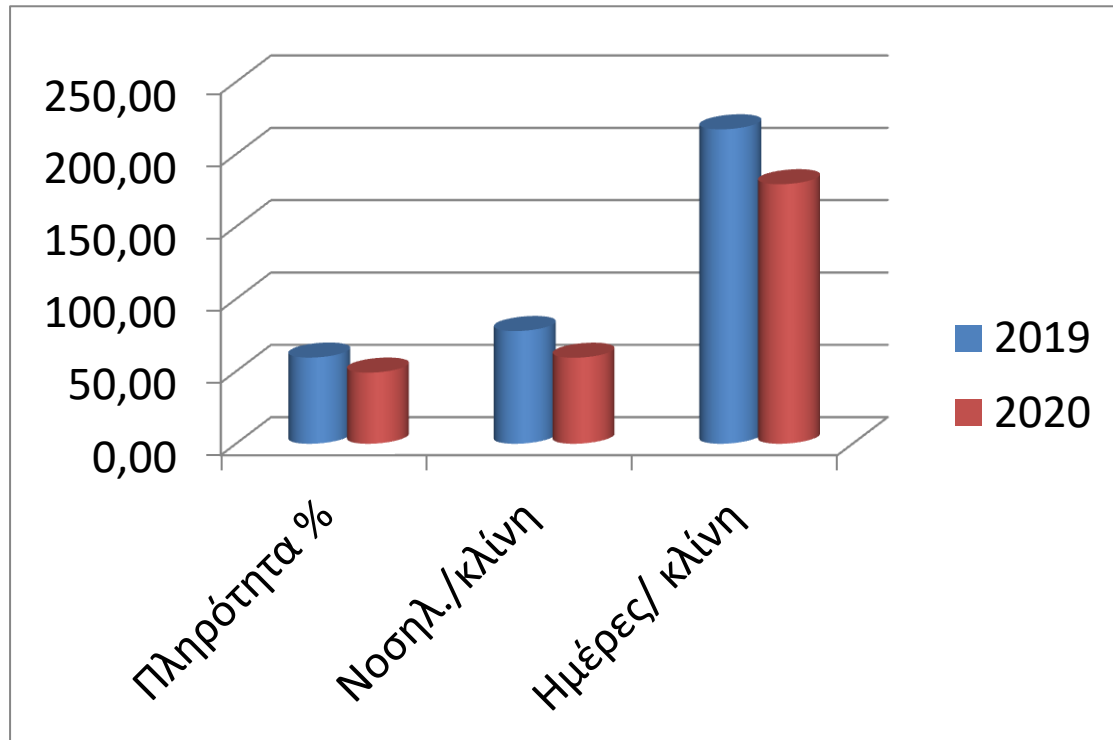
Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη: 2019=208,20 2020=163,30

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Σύγκριση Δεικτών Αξιολόγησης 3^{ης} και 4^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2019



Πηγή: ίδια επεξεργασία

ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Σύγκριση Δεικτών Αξιολόγησης της 3^{ης} ΥΠΕ για τα έτη 2019, 2020



Πηγή: *ιδία επεξεργασία*

Ενώ, η σύγκριση δεικτών αξιολόγησης του ίδιου νοσοκομείου για δύο διαφορετικά έτη, γίνεται ως κάτωθι:

Π.χ. για το ΓΝΘ Παπαγεωργίου και τα έτη 2019,2020

Πληρότητα%: 2019=66,51, 2020=50,46

Νοσηλευόμενοι/κλίνη: 2019=122,57, 2020=71,11

Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη: 2019=307,09, 2020=180,95

Ακολούθως, αν πρόκειται να συγκριθούν οι δείκτες δύο διαφορετικών νοσοκομείων, από δύο διαφορετικές ΥΠΕ και για δύο διαφορετικά έτη, η διαδικασία γίνεται ως εξής (π.χ. Νοσοκομεία αναφοράς: ΓΝ Κοζάνης και ΓΝ Κιλκίς):

Π.χ. για το ΓΝ Κοζάνης και τα έτη 2019,2020

Πληρότητα%: 2019=84,13, 2020=49,58

Νοσηλευόμενοι/κλίνη: 2019=124,58, 2020=92

Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη: 2019=242,76, 2020=184,17

Π.χ. για το ΓΝ Κιλκίς και τα έτη 2019,2020

Πληρότητα%: 2019=51,11, 2020=37,73

Νοσηλεύόμενοι/κλίνη: 2019=49,63, 2020=46,55

Ημέρες Νοσηλείας/κλίνη: 2019=186,55, 2020=137,73

4.3 Στατιστικά Δεδομένα και Εφαρμογή Δεικτών Αξιολόγησης Νοσοκομείων 5^{ης} ΥΠΕ και 7^{ης} ΥΠΕ για τον μήνα Μάρτιο 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Νοσηλευτική Κίνηση Μαρτίου 2011 Νοσοκομείων 5ης ΥΠΕ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	κλίνες	εισαγωγές	νοσηλευθέντες	ημ.νοσηλίας	ΜΔΝ	% κάλυψης
Άμφισσας	94	208	224	737	3,29	25,29%
Βόλου	345	2.432	2.677	7.838	2,93	73,07%
Θηβών	60	284	315	1.367	4,34	73,49%
Καρύστου	27	89	109	401	3,68	47,91%
Κύμης	30	75	82	259	3,16	27,85%
Καρδίτσας	241	1.785	2.126	4.600	2,16	61,57%
Καρπενησίου	59	272	299	1.038	3,47	56,75%
Λαμίας	282	504	1.811	7.717	4,26	88,27%
Λάρισας	269	2.222	2.403	5.934	2,47	71,16%
Λειβαδιάς	98	545	620	2.167	3,50	71,33%
Τρικάλων	303	1.167	2.063	5.077	2,46	54,05%
Χαλκίδας	174	957	1.116	3.790	3,40	70,26%
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΛΑΡΙΣΑΣ	566	4.828	5.418	16.948	3,13	96,59%
5Η ΥΠΕ- ΣΥΝΟΛΟ	2.548	15.368	19.263	57.873	3,25	62,89%

Πηγή: ESYnet 2011, ίδια επεξεργασία

**Υποσημείωση: το Καρύστου και Κύμης είναι ΓΝ-ΚΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Νοσηλευτική Κίνηση Μαρτίου 2011 Νοσοκομείων 7ης ΥΠΕ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	κλίνες	εισαγωγές	νοσηλευθέντες	ημ.νοσηλείας	ΜΔΝ
Αγ. Νικολάου	128	538	629	2.627	4,18
Ηρακλείου	468	2.629	2.888	8.984	3,11
Ιεράπετρας	72	331	329	1.390	4,22
Νεάπολης	20	41	54	338	6,26

Σητείας	75	284	337	1.228	3,64
Ρεθύμνου	199	772	949	3.974	4,19
Χανίων	455	2.307	2.644	10.282	3,89
Πανεπιστημιακό Ηρακλείου	756	4.370	5.065	17.287	3,41
Ψυχιατρικό Χανίων	150		116	3.627	31,27
7Η ΥΠΕ- ΣΥΝΟΛΟ	2.323	11.272	13.011	49.737	7,13

Πηγή: ESYnet 2011, ίδια επεξεργασία

**Υποσημείωση: Ιεράπετρας, Νεάπολης, Σητείας είναι ΓΝ-ΚΥ, και το Ψυχιατρικό είναι ειδικό νοσοκομείο.

Προκειμένου να δημιουργηθεί η στήλη ΜΔΝ, εφαρμόζεται ο δείκτης ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (Λειτουργικότητα), δηλαδή

ΜΔΝ= Ημέρες Νοσηλείας/νοσηλευθέντες

Έτσι, διαπιστώνεται ότι:

ΜΔΝ Αγ. Νικολάου είναι: $2627/629=4,18$

ΜΔΝ Ηρακλείου είναι: $8984/2888=3,11$

ΜΔΝ Ιεράπετρας είναι: $1390/329=4,22$

ΜΔΝ Νεάπολης είναι: $338/54=6,26$

ΜΔΝ Σητείας είναι: $1228/337=3,64$

ΜΔΝ Ρεθύμνου είναι: $3974/949=4,19$

ΜΔΝ Χανίων είναι: $10282/2644=3,89$

ΜΔΝ Πανεπιστημιακό Ηρακλείου είναι: $17287/5065=3,41$

ΜΔΝ Ψυχιατρικό Χανίων είναι: $3627/116=31,27$

Επίσης, βάσει του ανωτέρω Πίνακα 27, δίνεται η δυνατότητα μέσα από την εφαρμογή του δείκτη ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (λειτουργικότητας) ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ να αντληθούν τα κάτωθι:

Ρυθμός εισροής ασθενών (ΡΕΑ) = Πραγματοποιηθείσες Ημέρες Νοσηλείας/Συνολική παραγωγική δυνατότητα (365* κλίνες)

Έτσι, για παράδειγμα:

Ρυθμός εισροής ασθενών στο ΓΝ Αγ. Νικολάου: $2.627/(365*128)=0,06$

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Δείκτες Αξιολόγησης Μαρτίου 2011 Νοσοκομείων 7^{ης} ΥΠΕ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	κλίνες	% κλινών	κλινικές/ τμήματα	%κλινικών/ τμημάτων	κλίνες/ τμήματα	% κάλυψης
Αγ. Νικολάου	128	6%	12	9%	11	66,20%
Ηρακλείου	468	20%	26	18%	18	61,92%
Ιεράπετρας	72	3%	9	6%	8	62,28%
Νεάπολης	20	1%	1	1%	20	54,52%
Σητείας	75	3%	8	6%	9	52,82%
Ρεθύμνου	199	9%	18	13%	11	64,42%
Χανίων	455	20%	27	19%	17	72,90%
Πανεπιστημιακό Ηρακλείου	756	33%	39	28%	19	73,76%
Ψυχιατρικό Χανίων	150	6%	1	1%	150	78,00%
7Η ΥΠΕ- ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	258	11%	16	11%	29	65,20%

Πηγή: ESYnet 2011, ίδια επεξεργασία

4.4 Στατιστικά Δεδομένα και Εφαρμογή των Δεικτών στα Νοσοκομεία Λειβαδιάς και Θηβών για τα έτη 2014-2018

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Προϋπολογισμοί ΓΝ Λειβαδιάς και ΓΝ Θηβών για τα έτη 2014-2018

ΕΤΟΣ	ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΓΝ ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ	ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΓΝ ΘΗΒΩΝ
2014	5.964.178	2.112.000
2015	5.667.126	1.715.000
2016	5.482.140	2.185.000
2017	5.336.230	2.190.000
2018	*****	2.226.900

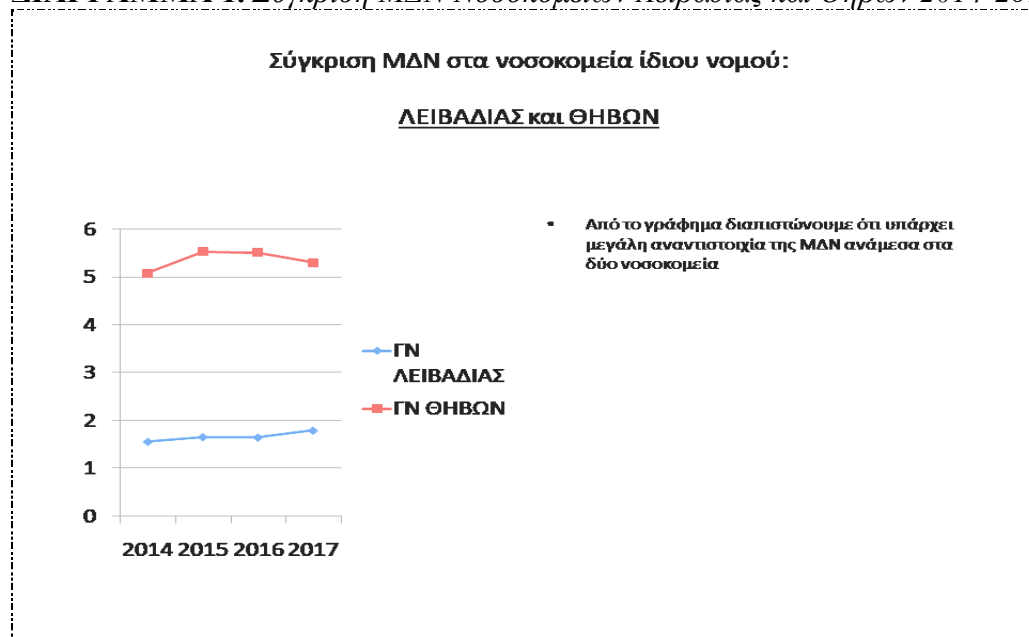
Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΜΔΝ ΓΝ Λειβαδιάς και ΓΝ Θηβών για τα έτη 2014-2017

ΕΤΟΣ	ΜΔΝ ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ	ΜΔΝ ΘΗΒΩΝ
2014	1,56	5,08
2015	1,66	5,53
2016	1,65	5,51
2017	1,80	5,30

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Σύγκριση ΜΔΝ Νοσοκομείων Λειβαδιάς και Θηβών 2014-2017



Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

Επιγραμματικά αναφέρεται ότι στο ΓΝ Λειβαδιάς το 2017 η αναλογία ιατροί/νοσηλευτές είναι 1,3%, ενώ η διεθνής αναλογία είναι 1/3,9. Άρα συμπερασματικά διακρίνεται ότι υπάρχει τρομερή υποστελέχωση του ΓΝ Λειβαδιάς σε νοσηλευτικό προσωπικό.

ΓΝ ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Νοσηλευτική Κίνηση ΓΝ Λειβαδιάς για τα έτη 2014-2018

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ	ΚΑΛΥΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ -ΠΛΗΝ ΙΑΤΡΩΝ	ΚΑΛΥΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΕΙ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ
2014	6.660	49,75%	*****	41	36.052	25.723
2015	7.559	52,80%	*****	38	40.484	22.622
2016	7.707	53,23%	219	38	44.395	21.892
2017	7.449	53,69%	211	39	45.015	22.613
2018	*****	*****	216	43	*****	*****

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

Από αυτόν τον πίνακα είναι δυνατόν χρησιμοποιώντας τον ετήσιο αριθμό νοσηλευομένων για το έτος 2016, και προσθέτοντας τις καλυμμένες θέσεις μόνιμου προσωπικού και τις θέσεις των ιατρών (257), να παραχθεί η σχέση του δείκτη αξιολόγησης ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (παραγωγικότητας):

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ στο ΓΝ Λειβαδιάς

Νοσηλευόμενοι ανά απασχολούμενο= Νοσηλευόμενοι/απασχολούμενοι

$$7.707/257=29,99$$

Αντίστοιχα, ο λόγος

επισκέψεις ΤΕΠ/επισκέψεις ΤΕΙ

$$\text{είναι } 25.723/36.052= 0,71$$

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Πραγματοποιηθείσες εξετάσεις στο ΓΝ Λειβαδιάς τα έτη 2014-2017

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
2014	36.296	405.681
2015	36.164	393.565
2016	36.295	421.507
2017	37.474	459.792

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Πραγματοποιηθείσες επεμβάσεις στο ΓΝ Λειβαδιάς τα έτη 2014-2017

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΕΝ.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ/ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ
2014	880	388	258	41	1.567
2015	870	353	232	70	1.525
2016	937	412	239	69	1.657
2017	950	444	277	82	1.753

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

Από τα ανωτέρω στοιχεία του ΓΝ Λειβαδιάς δύναται να εφαρμοστεί ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (παραγωγικότητας) Χειρουργικές Επεμβάσεις ανά Ιατρό για το έτος 2017, δηλαδή:

Σύνολο χειρουργικών επεμβάσεων/σύνολο ιατρών

Άρα $1.753/39 = 44,95$

Επίσης, τα στοιχεία του ΠΙΝΑΚΑ 32 είναι ικανά να εξάγουν τον λόγο:

Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων Ορθοπεδικής κλινικής /

Σύνολο χειρουργικών επεμβάσεων (για το έτος 2016)

Άρα $412/1.657=0,25$, δηλαδή το 25% των συνολικών χειρουργείων είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις της Ορθοπεδικής κλινικής.

Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Πραγματοποιηθείσες επεμβάσεις στο ΓΝ Θηβών τα έτη 2014-2017

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΕΝ.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ
2014	407	120	527
2015	361	81	442
2016	414	104	518
2017	369	121	490

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Νοσηλευτική Κίνηση ΓΝ Θηβών τα έτη 2014-2018

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΚΛΙΝΩΝ	ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ ΑΠΟ ΜΟΝΙΜΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
2014	2.832	63%	121
2015	2.442	59%	121
2016	2.269	54%	123
2017	2.531	58%	129
2018	*****	*****	131

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

Αντίστοιχα, από τους ανωτέρω πίνακες αντλούνται στοιχεία για τον δείκτη ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (Παραγωγικότητας): Νοσηλευόμενοι Ανά Απασχολούμενο του ΓΝ Θηβών για το έτος 2015

Νοσηλευόμενοι ανά απασχολούμενο= Νοσηλευόμενοι/απασχολούμενοι

που αντιστοιχεί σε $2.442/121=20,18$

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Επισκέψεις ασθενών ΓΝ Θηβών κατά τα έτη 2014-2017

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΕΙ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ
2014	24.377	*****
2015	26.161	14.366
2016	26.851	12.915
2017	24.994	13.850

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

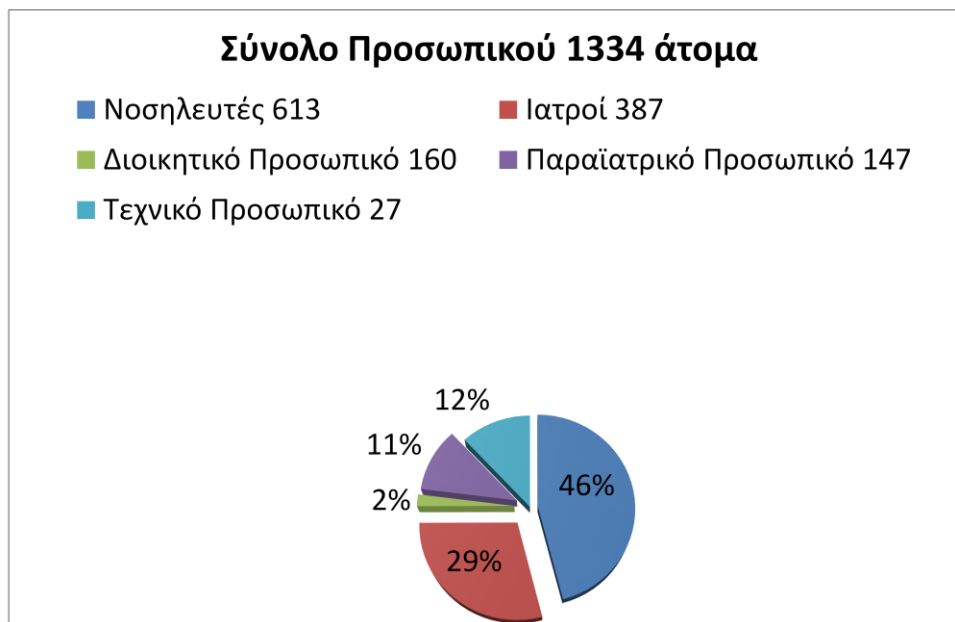
ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Εξετάσεις ασθενών ΓΝ Θηβών κατά τα έτη 2014-2017

ΕΤΟΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΕΤΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
2014	17.453	215.256
2015	17.876	231.355
2016	18.476	231.739
2017	21.776	249.713

Πηγή: ESYnet 2019, ίδια επεξεργασία

4.5 Στατιστικά Δεδομένα και Εφαρμογή Δεικτών Αξιολόγησης στο ΓΝ ΚΑΤ για το έτος 2017

ΓΡΑΦΗΜΑ 4. % Κάλυψη Προσωπικού ΓΝ ΚΑΤ το 2017, σε σύνολο κλινών 549



Πηγή: ESYnet 2018, ίδια επεξεργασία

Από τα αναρτημένα δεδομένα του Δημόσιου Απολογισμού του ΓΝ ΚΑΤ για το 2017, αντλούνται τα κάτωθι στοιχεία:

Απασχολούμενοι ανά γιατρό= Σύνολο Απασχολουμένων /Σύνολο γιατρών:

$$1334/387=3,44$$

Νοσηλευτές ανά γιατρό= Σύνολο νοσηλευτών/Σύνολο γιατρών:

$$613/387=1,58$$

Με τον ίδιο τρόπο παράγονται και άλλες αναλογίες, όπως:

Διοικητικοί Υπάλληλοι ανά γιατρό, Υπάλληλοι τεχνικής υπηρεσίας ανά γιατρό, Νοσηλευτές ανά Διοικητικό Υπάλληλο κ.ο.κ.

Επίσης, με δεδομένα τα αναρτημένα στοιχεία του ΓΝ ΚΑΤ, είναι δυνατή η εφαρμογή των δεικτών:

Νοσηλευτές ανά αναπτυγμένη κλίνη= Σύνολο Νοσηλευτών/Σύνολο Κλινών:

$$613/549=1,12$$

Γιατροί ανά αναπτυγμένη κλίνη= Σύνολο γιατρών/Σύνολο Κλινών:

$$387/549=0,7$$

Διοικητικοί ανά αναπτυγμένη κλίνη= Σύνολο Διοικητών/Σύνολο Κλινών:

$$160/549=0,29$$

Έτσι, δημιουργείται με μεγάλη ευκολία, ένας νέος πίνακας με νέα δεδομένα για το ΓΝ ΚΑΤ:

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. Δείκτες Αξιολόγησης –Επάρκειας του ΓΝ ΚΑΤ για το έτος 2017

ΓΝ ΚΑΤ, έτος 2017	
Απασχολούμενοι/γιατρό	3,44
Νοσηλευτές/γιατρό	1,58
Νοσηλευτές/κλίνη	1,12
Γιατροί/κλίνη	0,70
Διοικητικοί/κλίνη	0,29

Πηγή: ESYnet, ίδια επεξεργασία

*όπου κλίνη= αναπτυγμένη κλίνη

4.6 Αξιολογήσεις ΥΠΕ βάσει Δεικτών Αξιολόγησης, για τα έτη 2009-2010

Με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και του ESYnet, το ΕΣΥ το 2010 αποτελείται από 131 Νοσοκομεία, τα οποία με βάση τον αριθμό των ανεπτυγμένων κλινών που διαθέτουν, ταξινομούνται σε:

- 36 (27,5%) μικρά
- 45 (34%) μικρο - μεσαία
- 21 (16%) μεγάλο – μεσαία
- 29 (22%) μεγάλα

ΠΙΝΑΚΑΣ 39. ΜΔΝ & ποσοστό κάλυψης κλινών των ΥΠΕ (2009 έναντι 2010)

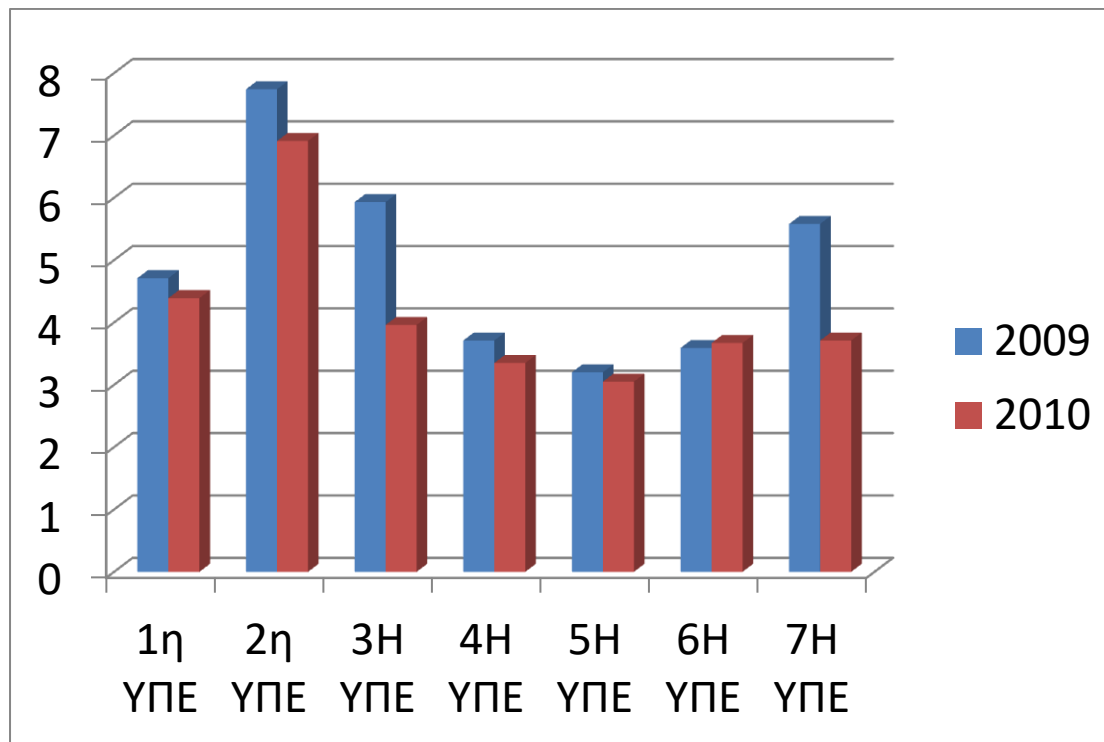
Δ.Υ.Πε.	ΜΔΝ (2009)	Ποσοστό κάλυψης 2009	ΜΔΝ (2010)	Ποσοστό κάλυψης 2010
1η	4,71	71%	4,39	77%
2η	7,74	66%	6,91	72%
3η	5,93	68%	3,96	62%
4η	3,71	63%	3,35	61%
5η	3,20	61%	3,05	71%
6η	3,59	49%	3,67	69%
7η	5,58	56%	3,71	66%
ΣΥΝΟΛΟ	4,75	63%	4,18	70%

Πηγή: ESYnet, 2011

Στον Πίνακα 39 παρουσιάζονται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) και το ποσοστό κάλυψης κλινών συγκριτικά για τα έτη 2009 – 2010.

Κάνοντας ένα διάγραμμα προκειμένου να σχηματοποιηθεί η διακύμανση της ΜΔΝ όλων των Νοσοκομείων της χώρας για τα έτη 2010 και 2011, παρουσιάζεται ως κάτωθι:

ΓΡΑΦΗΜΑ 5. ΜΔΝ των Νοσοκομείων της χώρας για τα έτη 2010 και 2011

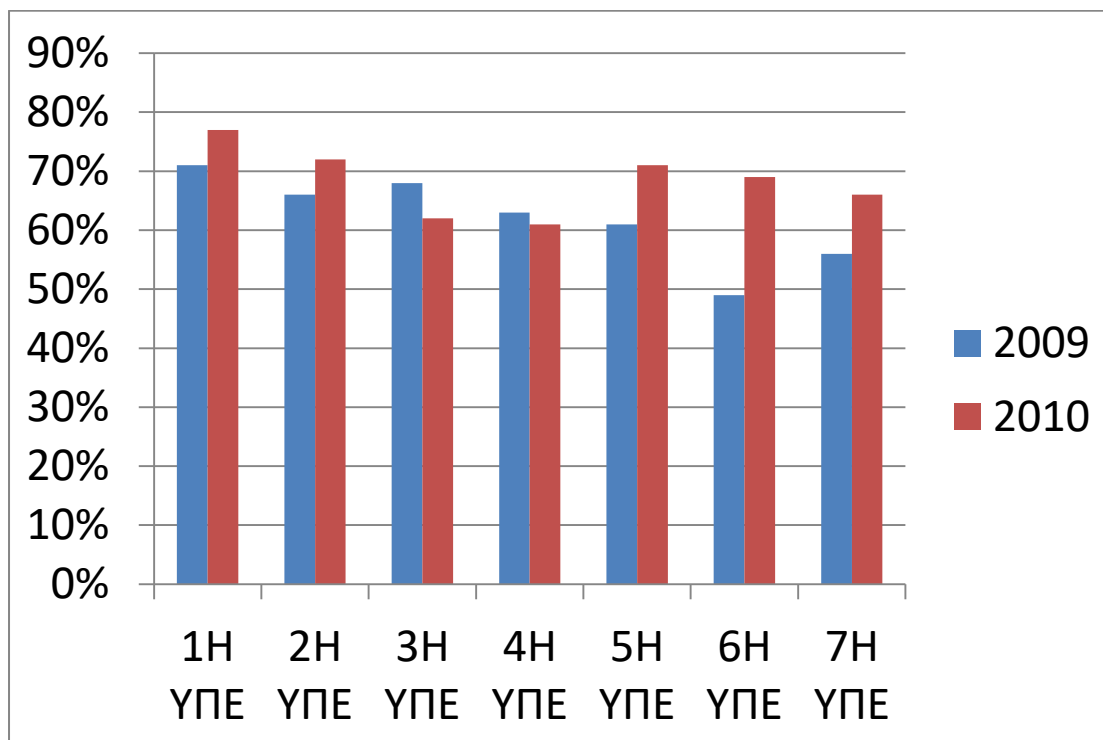


Πηγή: ESYnet 2011, ίδια επεξεργασία

Αναλύοντας τα στοιχεία, προκύπτει ότι η ΜΔΝ το 2010 μειώθηκε κατά 12% σε σχέση με το 2009. Όλες οι ΥΠΕ παρουσίασαν μείωση εκτός από την 6η, ενώ η 2η ΥΠΕ παρουσίασε την υψηλότερη ετήσια ΜΔΝ, με επτά (7) ημέρες περίπου. Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι για το 2010 ανάμεσα στα μεγάλα νοσοκομεία τη μεγαλύτερη ΜΔΝ είχε το Γ.Ν.Α. Κ.Α.Τ. (6,8 ημέρες) και μεταξύ των μεγάλο - μεσαίων Νοσοκομείων είχε το Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (5,16 ημέρες) ημέρες.

Κάνοντας ένα ακόμη διάγραμμα για την κάλυψη των Νοσοκομείων της χώρας, τότε έχουμε το κάτωθι:

ΓΡΑΦΗΜΑ 6. % Κάλυψης των Νοσοκομείων της χώρας για το 2010 και 2011



Πηγή: ESYnet 2011, ίδια επεξεργασία

Παράλληλα, η ετήσια κάλυψη στο ΕΣΥ το 2010 ήταν 70%, σε σχέση με 63% που ήταν το 2009. Το χαμηλότερο ποσοστό κάλυψης το 2010 παρουσιάστηκε στην 4η ΥΠΕ, ενώ το υψηλότερο ποσοστό στην 1η (77%).

Μεταξύ των μεγάλων νοσοκομείων εκείνο που είχε το υψηλότερο ποσοστό κάλυψης ήταν το Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» (123%), ενώ μεταξύ των μεγάλο-μεσαίων, το Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» (96%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 40. ΜΕΣΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ανά ασθενή (ΜΜΚ/ΑΣΘΕΝΗ)
 για τα έτη 2009 - 2010

Δ.Υ.Πε.	Μέσο Μηνιαίο Λειτουργικό Κόστος/ Ανά Ασθενή 2009	Μέσο Μηνιαίο Λειτουργικό Κόστος/ Ανά Ασθενή 2010	Μεταβολή
1η	1.792	1.449	-19%
2η	1.810	1.478	-18%

3η	1.480	1.037	-30%
4η	1.372	1.226	-11%
5η	1.392	952	-32%
6η	1.518	1.046	-31%
7η	1.798	1.228	-32%
Σύνολο	11.162	8.416	-25%

Πηγή: ESYnet, 2011

Στον Πίνακα 40 γίνεται σύγκριση του μέσου μηνιαίου κόστους ανά ασθενή (ΜΜΚ/ΑΣΘΕΝΗ) για τα έτη 2009 - 2010, και διαφαίνεται ότι όλες οι Δ.Υ.Πε. παρουσιάζουν πτωτική τάση, με τη μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση να παρουσιάζεται στην 5η, 7η και η 6η Δ.Υ.Πε. (πτώση κοντά στο 30%), ενώ τη μικρότερη στην 4η Δ.Υ.Πε. (11%).

Στη συνέχεια, με βάση ίδια δεδομένα του 2010, επιχειρείται να εκτιμηθεί ο βαθμός στελέχωσης των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Αναλογία ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού & σύνολο προσωπικού ανά κλίνη στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, για το 2010

Δ.Υ.Πε.	Γ/Κ	Ν/Κ	Λ.Π/Κ	Σ.Π/Κ	Ν/Γ
1η	0,78	1,03	0,90	2,71	1,32
2η	0,51	0,86	0,66	2,03	1,68
3η	0,64	0,96	0,66	2,27	1,50
4η	0,78	1,12	0,75	2,65	1,44
5η	0,92	1,27	0,92	3,11	1,37
6η	0,80	1,20	0,91	2,91	1,49
7η	0,77	1,11	0,81	2,69	1,43
ΣΥΝΟΛΟ	0,72	1,05	0,80	2,57	1,45

Γ/Κ: Ιατρικό Προσωπικό ανά κλίνη,

Ν/Κ: Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά κλίνη,

Λ.Π./Κ: Λοιπό Προσωπικό ανά κλίνη,

Σ.Π./Κ: Συνολικό Προσωπικό ανά κλίνη,

Ν/Γ: Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρό.

*Το Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας έχει υπολογιστεί στη 2η ΔΥΠΕ

Πηγή: ESYnet, 2011

Από τον Πίνακα 41 και τα στοιχεία του ESYnet προκύπτει:

- Σύμφωνα με την γενική άποψη ότι "καλές" αναλογίες του:
 - ❖ ιατρικού προσωπικού/κλινών είναι όσες συγκλίνουν του 0,5,
 - ❖ νοσηλευτικού προσωπικού/κλίνης οι πλησίον του 1,5,
 - ❖ λοιπού προσωπικού/κλίνης οι πλησίον του 1 και
 - ❖ συνολικού προσωπικού/κλίνης όσες πλησιάζουν το 3,βλέπουμε πως για το έτος 2010 το ΕΣΥ παρουσιάζει πολύ καλές τις αναλογίες για το ιατρικό προσωπικό, ικανοποιητικές τις αναλογίες για το λοιπό προσωπικό και χαμηλή αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού/κλίνης,
- Συνολικά ανά 1 κλίνη αντιστοιχούν:
 - ❖ 0,72 ιατροί,
 - ❖ λίγο πάνω από έναν (1) εργαζόμενο στη νοσηλευτική υπηρεσία,
 - ❖ 0,80 λοιπό προσωπικό και
 - ❖ 2,57 επαγγελματίες υγείας στο σύνολο.
- Συνολικά ανά 1 γιατρό αντιστοιχούν
 - ❖ 1,5 νοσηλευτές, (όταν το διεθνές αποδεκτό επίπεδο για το συγκεκριμένο δείκτη είναι πάνω από 2).

Στο ΕΣΥ υπηρετούν 25.235 γιατροί σε σύνολο 34.917 κλινών. Στην Ευρώπη αντιστοιχεί περίπου 1 γιατρός / 3 κλίνες, αλλά στην Ελλάδα η μέση αναλογία γιατρού ανά κλίνη είναι 0,72, δηλαδή 3 γιατροί / 4 κλίνες περίπου.

Επιβεβαιώνοντας από τα δοθέντα στοιχεία, τον ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ:

Γιατρός / κλίνη

$25.235/34917 = 0,72$, αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχει ιατρικός «πληθωρισμός», ο οποίος εμφανίζεται κυρίως στις μεγάλες πόλεις (στην 1η Δ.Υ.Πε. υπηρετεί σχεδόν το 1/3 του συνολικού ιατρικού προσωπικού).

Συγκεκριμένα, εκείνα τα Νοσοκομεία ανά Δ.Υ.Πε. με την μεγαλύτερη αναλογία γιατρού ανά κλίνη, είναι:

- στην 1η Δ.Υ.Πε.
 - ❖ το Οφθαλμιατρείο Αθηνών με 1,67,

- ❖ το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» με 1,06 και
- ❖ το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» με 1,03.
- στη 2η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. - Κ.Υ. Νάξου με 1,84,
 - ❖ το Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας με 1,07 και
 - ❖ τα Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» και Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικών» με 0,92.
- στην 3η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. Βέροιας με 1,00,
 - ❖ το Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος» με 0,99 και
 - ❖ το Γ.Ν. Έδεσσας με 0,96
- στην 4η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νοσημάτων Θεσσαλονίκης με 1,39,
 - ❖ το Γ.Ν. Χαλκιδικής με 1,24 και
 - ❖ το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης με 0,99.
- στην 5η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. Λάρισας με 1,30,
 - ❖ το Γ.Ν. Χαλκίδας με 1,29 και
 - ❖ το Γ.Ν. Θηβών με 1,05.
- στην 6η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. Αγρινίου με 1,45,
 - ❖ το Γ.Ν. Πατρών με 1,36 και
 - ❖ το Γ.Ν. - Κ.Υ. Καλαβρύτων με 1,20.
- στην 7η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. - Κ.Υ. Νεάπολης με 0,96,
 - ❖ το Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο» με 0,95 και
 - ❖ το Γ.Ν. Ρεθύμνου με 0,93.

Ακολουθως, **η μικρότερη αναλογία γιατρού ανά κλίνη** συναντάται:

- στην 1η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. Μαιευτήριο «Ελενας Βενιζέλου» με 0,33,

- ❖ το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με 0,34 και
- ❖ το Γ.Ν. «Η Παμμακάριστος» με 0,45.
- στη 2η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Κ.Θ. – Κ.Υ. Λέρου με 0,06,
 - ❖ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» με 0,09 και
 - ❖ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με 0,10.
- στην 3η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου με 0,10,
 - ❖ το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης με 0,22 και
 - ❖ το Γ.Ν. Πτολεμαΐδας με 0,35.
- στην 4η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Γ.Ν. Κιλκίς με 0,55,
 - ❖ το Γ.Ν. Κομοτηνής με 0,64 και
 - ❖ τα Γ.Ν. Ξάνθης, Γ.Ν. Δράμας και το Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» με 0,68.
- στην 5η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Λάρισας με 0,76,
 - ❖ το Γ.Ν. Τρικάλων με 0,77 και
 - ❖ το Γ.Ν. Αμφισσας με 0,80.
- στην 6η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας με 0,05,
 - ❖ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης με 0,11 και
 - ❖ το Γ.Ν. Ληξουρίου με 0,29.
- στην 7η Δ.Υ.Πε.,
 - ❖ το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Χανίων με 0,28,
 - ❖ το Γ.Ν. - Κ.Υ. Ιεράπετρας με 0,64 και
 - ❖ τα Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου και Γ.Ν. Χανίων με 0,70.

(ESYnet, 2011)

4.7 Αξιολογήσεις Νοσοκομείων βάσει Δεικτών Αξιολόγησης, για το έτος 2013

Σύμφωνα με τα απολογιστικά στοιχεία του 2013 του ΥΥ για τα δημόσια νοσοκομεία όλης της επικράτειας, και σύμφωνα με τους οικονομικούς και λειτουργικούς δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν για τον απολογισμό, εκείνα που είχαν την ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ είναι τα ακόλουθα (με αλφαβητική σειρά):

Νοσοκομεία με δυνατότητα έως 100 κλίνες:

- Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας
- Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας
- Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων
- Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης "Διαλυνάκειο"
- Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών "Καραμανδάνειο"

Νοσοκομεία με δυνατότητα από 100 έως 250 κλίνες:

- Γενικό Νοσοκομείο Άρτας
- Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών
- Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς
- Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
- Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

Νοσοκομεία με δυνατότητα από 251 έως 400 κλίνες:

- "Κωνσταντοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
- Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης
- Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Νοσοκομεία με δυνατότητα από 400 κλίνες και άνω:

- Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης "Η Ευαγγελίστρια"
- Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"
- Γενικό Νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος Αθηνών "Σωτηρία"
- Γενικό Νοσοκομείο Χανίων "Άγιος Γεώργιος"
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς" (ESYnet, 2011)

4.8 Δείκτες Ενδονοσοκομειακής Θνητότητας και Διακομιδών

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Πεπραγμένα Νοσοκομείων «Τζάνειο» και «Ρόδου» για το 2018

ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΑ 2018					
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΙΑΚΟΜΙΔΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΘΑΝΑΤΟΙ
ΤΖΑΝΕΙΟ	457	35173	83035	750	635
ΡΟΔΟΥ	374	21309	64443	97	429

Πηγή: ESYnet, 2019

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ

Αριθμός των θανάτων (κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα), που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με διάγνωση την αντίστοιχη νόσο
αριθμός των εισελθόντων ασθενών με την ίδια διάγνωση

Άρα για το ΓΝ Τζάνειο, Δείκτης Θνητότητας: 0,018

Άρα για το ΓΝ Ρόδου, Δείκτης Θνητότητας: 0,020

Επίσης, μπορούμε να βρούμε το δείκτη διακομιδών:

Διακομιδές/Εισαγωγές

• Άρα για το ΓΝ Τζάνειο, Δείκτης Διακομιδών: 0,021

δηλαδή 21 περιπτώσεις στις 1000

• Άρα για το ΓΝ Ρόδου, Δείκτης Διακομιδών: 0,004

δηλαδή 4 περιπτώσεις στις 1000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υφιστάμενη κατάσταση

Οι μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα στον τομέα της Υγειονομικής περίθαλψης μετά το 2010 επικεντρώθηκαν σε χρηματοοικονομικά πεδία και τα μακροπρόθεσμα ζητήματα διαρθρωτικών αλλαγών αντιμετωπίστηκαν εν μέρει. Οι μεταρρυθμίσεις ήταν τεχνοκρατικές και δεν συνεκτιμήθηκε εξ ολοκλήρου η ευρύτερη λειτουργία του ΣΥ και οι ανάγκες του πληθυσμού, ενώ τα προηγούμενα χρόνια που εξέλειπε παντελώς η πολιτική βούληση, η διάθεση καινοτόμων αλλαγών και η ύπαρξη αδιαφάνειας δεν πραγματοποιήθηκαν σπουδαίες μεταβολές.

Η οικονομική ύφεση και τα μνημονιακά καθεστώτα επέφεραν μείωση στη χρηματοδότηση του Τομέα της Υγείας και περικοπές υγειονομικών δαπανών. Παρόλα αυτά, στη δεκαετία αυτή, πραγματοποιήθηκαν ουσιαστικές αλλαγές, όπως η συγχώνευση των βασικών ταμείων σε ένα ενιαίο, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Τα ΚΕΝ και DRG's εφαρμόστηκαν σε μία προσπάθεια ενός πιο διαφανούς και αποτελεσματικού συστήματος κοστολόγησης, ενώ η εισαγωγή εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση που πλέον εφαρμόζεται ευρέως, αποτέλεσαν σημαντικά βήματα προς μία βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Εξάλλου, οι προσπάθειες καθολικής ισότητας στον Τομέα της Υγείας επισφραγίστηκε το 2016 με τον Ν.4368, που παρείχε ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τόσο για ανέργους όσο και για πολίτες χωρίς υγειονομική κάλυψη, αλλά και για αλλοδαπούς μετανάστες ή πρόσφυγες (Economou et al, 2017). Συγχρόνως όμως, με την ευκαιρία της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, παρουσιάστηκε το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης και υπήρξε αύξηση εισροής ασθενών στα νοσοκομεία, επιβαρύνοντάς τα.

Η αποδοχή της ανάγκης για αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δεν συμβάδισε με παράλληλες μεταρρυθμίσεις και εξακολουθεί να παρουσιάζει κενά στην ανάπτυξη και την οργάνωσή της, ενώ οι υπηρεσίες υγείας παραμένουν μονομερώς προσανατολισμένες στην αντιμετώπιση των νόσων, υπονομεύοντας την προαγωγή της υγείας ή την πρόληψη ασθενειών. Πριν λίγα χρόνια έγιναν κάποια

βήματα προς τη βελτίωση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη δημιουργία των TOMY, πλην όμως δεν κατάφεραν να μεταβάλουν αισθητά το υγειονομικό τοπίο.

Οι μηχανισμοί για την εποπτεία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ήταν σπάνιοι στα χρόνια που μεσολάβησαν και ενθάρρυναν την αδράνεια για βελτίωση των υπηρεσιών παροχής υγείας των νοσοκομειακών μονάδων. Στην European Commission του 2019, όταν το θέμα ήταν «Σχέδια για την ανάπτυξη καλύτερων μέσων για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης, ανά χώρα» η απάντηση της Ελληνικής Αντιπροσωπείας ήταν «Δημιουργία πλαισίου για την έναρξη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης» (European Commission, 2019).

Κατόπιν τούτου, το 2020 συστάθηκε ο ΟΔΠΥ, ένας οργανισμός με σκοπό την μέτρηση της χρήσης των υγειονομικών πόρων, την αξιολόγηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων φροντίδας ασθενών, την επιβράβευση ή τιμωρία των νοσοκομειακών μονάδων, αναλόγως της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητά τους.

Τα προβλήματα που ταλανίζουν τον Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα είναι μεγάλα και μοιάζουν ανυπέβλητα. Τα δημόσια νοσοκομεία, και γενικότερα ο τομέας της Υγείας στην Ελλάδα, ήρθαν αντιμέτωποι τα τελευταία χρόνια με μεγάλες προκλήσεις. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων προκάλεσε την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων ηλικιωμένων. Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας, κυρίως λόγω της μεταναστευτικής ροής, επέφερε νέες ανάγκες υγειονομικής αντιμετώπισης παθήσεων -που είχαν σχεδόν εξαφανισθεί από τα ελληνικά ιατρικά δεδομένα-, ανισοκατανομή πληθυσμού, ανεργία, ενώ η εμφάνιση και εξάπλωση της πανδημίας SARS-COV-2 εξάντλησε το ΣΥ που χρειάστηκε να αντιμετωπίσει μαζικά χιλιάδες κρούσματα κορωνοϊού και να δημιουργήσει εσπευσμένα κλινικών ΜΕΘ και ΜΑΦ.

Το ΣΥ της Ελλάδας υστερεί σημαντικά και σε σχέση με άλλες χώρες – μέλη της ΕΕ ή του ΟΟΣΑ. Πρωτίστως, ως προς την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών, όπως συχνοί τύποι θεραπεύσιμου καρκίνου (μαστού, τραχήλου, προστάτη) ή παθήσεις κυκλοφορικού αλλά και βασικών προγραμμάτων όπως ψυχικής υγείας και μολυσματικών ασθενειών.

Βασικό χαρακτηριστικό του ΣΥ είναι η επικράτηση ανορθολογικής κατανομής των πόρων υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των αστικών κέντρων και

των αγροτικών περιοχών. Υπάρχει έντονη ανισοκατανομή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και υγειονομικού προσωπικού με τις μεγάλες πόλεις να παρουσιάζουν πλεονασμό νοσοκομειακών μονάδων, και μάλιστα στις ίδιες περιοχές ή σε γειτνιάζουσες, ενώ στην επαρχία διαπιστώνεται μεγάλη έλλειψη μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και δυσκολία στην πρόσβαση σε αυτές. Ίδια ανισορροπία εμφανίζεται και στην κατανομή υγειονομικού προσωπικού, καθώς υπάρχει υπερπροσφορά στο ιατρικό προσωπικό και έλλειψη στο νοσηλευτικό προσωπικό -παρά τον ικανοποιητικό αριθμό αποφοίτων, καθώς δεν γίνονται ανάλογες προσλήψεις. Επιπρόσθετα, τα ερωτηματολόγια περί ικανοποίησης ασθενών, δείχνουν υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας όσον αφορά στα δομικά, οργανωτικά και διοικητικά θέματα του ΣΥ.

Είναι φανερό ότι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κυρίως των δημόσιων νοσοκομείων, είναι αναγκαία και επιτακτική. Η ποιότητα οριζόμενη στο τρίπτυχο: σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα αποτελεί το ζητούμενο για τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ η αξιολόγησή της συντελείται στα εξής επίπεδα:

- Αξιολόγηση των εισροών-επάρκειας, δηλαδή επάρκειας των παραγωγικών συντελεστών για την κάλυψη των αναγκών υγείας, με ποσοτική και ποιοτική διερεύνηση του ικανού μεγέθους των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων των νοσοκομειακών μονάδων,
- Αξιολόγηση της διαδικασίας, δηλαδή του τρόπου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και των ειδών των ιατρικών πράξεων,
- Αξιολόγηση των εκροών-αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας δηλαδή των λειτουργικών αποτελεσμάτων από τη χρήση και λειτουργία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και του βαθμού αξιοποίησή τους, καθώς και της σχέσης των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων προς τους χρησιμοποιούμενους πόρους,
- Αξιολόγηση της αποδοχής δηλαδή του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα νοσοκομεία, αλλά και των ιδίων των απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας.

Ποιοί είναι όμως αυτοί οι παράγοντες που θα αποτυπώσουν με μαθηματική ακρίβεια την αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων και θα καταγράψουν τις ελλείψεις και τα πεδία που αυτά πάσχουν, με σκοπό να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν; Η

απάντηση δίδεται μέσα από τους ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ, οι οποίοι συγκρίνουν δεδομένα της ίδιας υπηρεσίας-τμήματος σε διαφορετικούς χρόνους, δεδομένα διαφορετικών υπηρεσιών-τμημάτων στους ίδιους χρόνους και παρουσιάζουν τους μέσους όρους σε νοσοκομειακό και εθνικό επίπεδο.

Οι διοικήσεις των Νοσοκομείων καταρτίζοντας το επιχειρησιακό-στρατηγικό τους σχέδιο, χαράσσουν στόχους μέγιστης αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας σε συγκεκριμένο χρόνο υλοποίησης (μήνας, έτος, πενταετία κτλ), σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού, τους πόρους τους και τα δεδομένα παρελθόντων ετών. Οι στόχοι αυτοί μπορεί να έγκεινται σε συγκρίσεις με άλλα νοσοκομεία που θεωρούνται πρότυπα ή σε απόλυτα αριθμητικά δεδομένα που τίθενται ως σημεία αναφοράς. Κατόπιν, υλοποιούνται οι προγραμματισμένες δράσεις τους και στο πέρας του χρόνου πραγματοποιείται η αξιολόγηση των πεπραγμένων. Τα εργαλεία για να γίνει η αξιολόγηση είναι οι Δείκτες Αξιολόγησης, οι οποίοι ελέγχουν αν επιτεύχθηκαν οι προγραμματισμένοι στρατηγικοί στόχοι ή παρουσιάστηκαν αποκλίσεις από αυτούς. Σε αυτή την περίπτωση λαμβάνονται αποφάσεις για την εφαρμογή διορθωτικών μέτρων ή την αναπροσαρμογή των αρχικών στόχων (Σούλης, 2016).

Σαφώς, η μεγάλη υγειονομική κρίση της τελευταίας διετίας με την εμφάνιση της πανδημίας SARS-COV-2, που κανείς δεν είχε προβλέψει στους στρατηγικούς σχεδιασμούς του, στάθηκε τροχοπέδη στην υλοποίηση πολλών σχεδιασμών. Γι' αυτό το λόγο, τουλάχιστον αναφορικά με την τελευταία διετία, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των δημόσιων νοσοκομείων δεν μπορούν να αποτυπωθούν στεγνά μαθηματικά, αλλά πρέπει να συνυπολογιστούν και άλλοι παράγοντες, όπως οι παραπάνω.

Η αξιολόγηση των νοσοκομειακών μονάδων και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της παρέχει διαφάνεια και αντικειμενικά δεδομένα που διασφαλίζουν τη λογοδοσία τόσο στο κράτος όσο και στους πολίτες-χρήστες. Πριν όμως τεθεί μία νοσοκομειακή μονάδα σε αξιολόγηση, αλλά και κατά τον σχεδιασμό των βελτιωτικών κινήσεων, χρειάζεται να γνωρίζουν οι διοικητές των μονάδων και οι διαχειριστές των στατιστικών δεδομένων τους, ποιός είναι ο σωστός τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων (European commission, 2020).

Κατά τα προαναφερθέντα, στην προσπάθεια να υπάρχει ένας επίσημος φορέας που θα αναλάβει την καταγραφή των δεικτών των νοσοκομειακών μονάδων, θα θέσει τα πρότυπα ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα εντοπίζει άμεσα τις

αποκλίσεις από τους προκαθορισμένους στόχους και θα μετράει τον βαθμό απόκλισης σύμφωνα με τις παραμέτρους που ισχύουν για την κάθε νοσοκομειακή μονάδα ξεχωριστά (δυναμικότητα, γεωγραφική περιοχή που ανήκει, πληθυσμός ευθύνης που καλύπτει, ιατροτεχνολογικός και κτιριακός εξοπλισμός, κ.α.) ορίστηκε σύμφωνα με το Ν.4715/2020, ο ΟΔΠΥ. Ο νεοσύστατος και πολλά υποσχόμενος οργανισμός ΟΔΠΥ δεν έχει εφαρμοστεί και αναλάβει έργο ακόμη, καθώς η έλλειψη οργάνωσης, υποδομών και στελέχωσής του στέκεται τροχοπέδη στην λειτουργία του. Υπολείπονται προσλήψεις διοικητικού υποστηρικτικού προσωπικού ενώ δεν έχουν δοθεί κατευθυντήριες γραμμές για το ποια νοσοκομεία θα αξιολογηθούν πρωτίστως (Πιερράκος, 2021-προσωπική επικοινωνία).

Επί του προκειμένου, καθώς ο ΟΔΠΥ δεν έχει ξεκινήσει ενεργά την λειτουργία του, τα ίδια τα νοσοκομεία δύναται να αποτυπώνουν τους δείκτες αξιολόγησης και να τους συγκρίνουν με τα δεδομένα παρελθόντος χρόνου για να εντοπίσουν τις «ελλείψεις» ή «αστοχίες» τους. Άλλωστε, τα στατιστικά δεδομένα που καταχωρούνται μηνιαίως στο BI HEALTH είναι εκείνα που όταν πάρουν τη μορφή συγκεκριμένου λόγου, τότε το αποτέλεσμά τους είναι ένας δείκτης αξιολόγησης. Οι δείκτες αξιολόγησης είναι καταγεγραμμένοι και επίσημα διαμορφωμένοι, που σημαίνει ότι δεν απαιτούνται ιδιαίτερες γνώσεις για να μπορέσει κάποιος να τους εφαρμόσει. Είναι πολύ απλοί και κατανοητοί, άμεσοι στην εφαρμογή και παρουσιάζουν αρκετά έγκυρα και ασφαλή αποτελέσματα. Οι σχέσεις οι οποίες απεικονίζονται είναι εύκολες στη χρήση, στην αποτύπωση, και στην ανάγνωση. Ένας διοικητής προκειμένου να διαπιστώσει τη βελτίωση συγκεκριμένων παραμέτρων ή ενδεχομένως τη μείωση της αποδοτικότητας κάποιων άλλων, μπορεί να μελετά τους μηνιαίους δείκτες του νοσοκομείου του και να προλαμβάνει δυσάρεστες καταστάσεις ή καταστάσεις που εν τέλει εδραιώνονται και είναι δύσκολο να ανατραπούν.

Επί παραδείγματι, το νοσοκομείο X , δυναμικότητας Ψ , που ανήκει στη γεωγραφική θέση Y , με πληθυσμό κάλυψης Z , διαθέτει τις ίδιες συνιστώσες σε ένα μήνα, σε ένα εξάμηνο, σε ένα χρόνο, και τα συγκρίσιμα μεγέθη του είναι ισότιμα. Έτσι, ο διοικητής του ως άνω νοσοκομείου, κατόπιν στοχοθεσίας, συγκεκριμένων δράσεων, και εφαρμογής των δεικτών αξιολόγησης, δύναται να βελτιώσει το ποσοστό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, της διαχείριση των πόρων, το ποσοστό κάλυψης κλινών, να μειώσει τη λίστα χειρουργείου, να μειώσει τη ΜΔΝ, το ποσοστό διακομιδών, το ποσοστό θνητότητας, την ανισοκατανομή του προσωπικού γενικά ή

ειδικά ανάμεσα στα επιμέρους τμήματα, τα παράπονα, τις καταγγελίες των ασθενών και όπου αλλού υπολείπεται.

Τα βραβεία ποιότητας ή αριστείας θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα δείγμα καλής προσπάθειας νοσοκομειακής μονάδας που επιτυγχάνει τους στόχους της και ικανοποιεί τον ασθενή αλλά σέβεται και τον επαγγελματία υγείας. Οι επιστήμονες υγείας υπογραμμίζουν πως η αξιολόγηση βάσει δεικτών και η μηνιαία παρακολούθησή τους, συμβάλλουν στη μέτρηση της αποδοτικότητας, η οποία αποτελεί τη βάση για τη βελτίωση των διαδικασιών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Το ΥΥ και οι ειδικές πλατφόρμες καταχώρησης δεδομένων νοσοκομειακών μονάδων που ορίζονται ως διαχειριστές (BI HEALTH, ESYnet), διατηρούν την επιφύλαξη της ορθής καταγραφής των στοιχείων, καθώς αυτά δεν αντλούνται από κάποιο ενιαίο πληροφοριακό σύστημα αυτοματοποιημένης καταγραφής δεδομένων, αλλά καταχωρούνται από τους υπαλλήλους των νοσοκομείων. Επίσης, έχει παρατηρηθεί σε αρκετά νοσοκομεία ορισμένοι υπάλληλοι να μη καταγράφουν τα δευτερεύοντα για εκείνους στοιχεία εισιτηρίου και εξιτηρίου ασθενών, όπως τακτικό ή έκτακτο περιστατικό, διακομιδή σε άλλο νοσοκομείο κ.α., που σημαίνει ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος, τα στατιστικά δεδομένα που αναφέρονται σε αυτά, να μην ανταποκρίνονται πλήρως στην πραγματικότητα.

Στις ανασκοπήσεις απολογισμών νοσοκομείων που πραγματοποιήθηκαν από το 2011 και έπειτα, διαπιστώθηκε μείωση της ΜΔΝ και αύξηση της κάλυψης κλινών που αποδεικνύει ότι τα νοσοκομεία της Ελλάδας καταβάλουν μεγάλες προσπάθειες αύξησης της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τους με δεδομένες τις ελάχιστες δαπάνες για την υγεία. Το ζητούμενο φυσικά σε ένα πληθυσμιακό σύνολο είναι να υπάρχει μείωση στις εισαγωγές του, που αυτό θα αποδείκνυε κατά κάποιον τρόπο την αύξηση του επιπέδου υγείας.

Παρόλο που έχουν γίνει διάφορες έρευνες ποιότητας μεταξύ νοσοκομείων των χωρών της ΕΕ και πίνακες κατάταξης αυτών, ανάλογα με τους δείκτες αξιολόγησής τους, εντούτοις τα αποτελέσματα δεν είναι εγγυημένα καθώς τα συγκρίσιμα μεγέθη δεν είναι ίδια. Κι αυτό γιατί τα συστήματα υγείας μεταξύ των χωρών -μελών της ΕΕ ή του ΟΟΣΑ είναι διαφορετικά, όπως διαφορετικά είναι το προσδόκιμο ζωής, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, οι περιβαλλοντικές συνθήκες, τα ποσοστά φτώχειας ή ανεργίας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη, ο ιατρικός τουρισμός, οι δαπάνες υγείας, το είδος χρηματοδότησης της υγειονομικής κάλυψης.

Εξάλλου, ούτε ανάμεσα στα ελληνικά νοσοκομεία μπορούν να γίνουν ασφαλείς συγκρίσεις, αφού διαφέρουν ως προς την πληθυσμιακή τους κάλυψη, τη δυναμικότητα, τις συνθήκες ζωής και επικινδυνότητας των πολιτών κ.α. Όταν οι παράγοντες όλοι αυτοί καταφέρουν να συνυπολογιστούν για να εκδοθούν ορθολογιστικά συμπεράσματα, μια τέτοια επισκόπηση θα βοηθούσε στη δημιουργία ενός κοινού υγειονομικού και αξιολογικού χάρτη περί σύγκρισης της απόδοσης των χωρών μελών της ΕΕ.

Μολαταύτα, αυτό που σίγουρα θα πρέπει να οριστεί άμεσα και κατόπιν νομοθετικής ρύθμισης, προκειμένου να γίνονται ορθολογικές συγκρίσεις, είναι δείκτες ασφαλείας για τον νοσηλευτή/κλίνη, νοσηλευτή/νοσηλεύόμενο και γενικότερο προσωπικό/κλίνη, που όταν αυτοί ξεπερνιούνται, θα εφαρμόζονται άμεσα μέτρα προστασίας για τον εργαζόμενο αλλά και τον ασθενή.

Εν κατακλείδι

Οι προκλήσεις που αντιμετώπισε η Ελλάδα κατά τα τελευταία έτη, ανέδειξαν την ανάγκη για ριζική αναδιάρθρωση του ΣΥ με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, δίκαια, καθολικά, στο σωστό τόπο και χρόνο και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Οι μεταρρυθμίσεις ήταν πολλές αλλά οι ανάγκες εξακολουθούν ακόμη να υφίστανται. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας οφείλουν να συνδράμουν στην ενίσχυση ενός ανθρωποκεντρικού ΣΥ με ποιοτική αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου του πληθυσμού. Αύξηση της αποκέντρωσης, περιφερειοποίηση των μονάδων υγείας και αφουγκρασμός των πραγματικών αναγκών των πολιτών για τις υγειονομικές υπηρεσίες που χρειάζονται, είναι ορισμένες από τις βασικές γραμμές δράσεων που οφείλουν να χαράξουν, ενώ ο προϋπολογισμός υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως οικονομική επιβάρυνση αλλά ως αναπτυξιακό εργαλείο με έμφαση στην ευημερία των πολιτών (Economou et al, 2017).

Οι μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, δεν αποδείχθηκαν αρκετά σθεναρές και αποτελεσματικές, καθώς τα επίσημα αποτελέσματα σήμερα δείχνουν χαμηλό επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η βιωσιμότητα των δημόσιων νοσοκομείων μοιάζει δύσκολη υπόθεση.

Η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας, ως ανάγκη για αύξηση της ποιότητας στις παροχές τους, αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας. Η κατάλληλη επιλογή και χρήση Δεικτών

Αξιολόγησης, είναι απαραίτητη στα πλαίσια μιας γενικής κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Γίνεται αντιληπτό, ότι είναι πολύ δύσκολο να συγκριθούν δείκτες αξιολόγησης μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων (όταν απαιτείται, θα πρέπει να συνυπολογιστούν πολλοί παράγοντες), πόσο μάλλον όταν πρόκειται για νοσοκομεία διαφορετικών κρατών. Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί στην εκτίμηση της επίδρασης των εφαρμοζόμενων πολιτικών, εντοπίζει αδυναμίες, προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό νέων στόχων. Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης και των δεικτών, δεν πρέπει να γίνεται μόνο μέσα στα αυστηρά πλαίσια μιας «τεχνοκρατικής» αντίληψης αλλά σε στενή και άμεση σχέση με τις σταθερές αξίες και τις πεποιθήσεις της κοινωνίας (Τούντας, 1999).

Καταλήγοντας και συνοψίζοντας, οι Δείκτες Αξιολόγησης είναι ένα μοναδικό και αποτελεσματικό εργαλείο με σκοπό βελτιωμένες παροχές υπηρεσιών υγείας. Η χρήση τους στα δημόσια νοσοκομεία, μέσα από το πρίσμα των συγκρινόμενων προτύπων, ωθεί με απόλυτη βεβαιότητα στην αναγνώριση του επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών και στην προσπάθεια για επίτευξη βελτιωμένων και αποδοτικότερων στόχων που θα ικανοποιούν πολίτες, επαγγελματίες υγείας, διοικήσεις και κυβερνήσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, (2007), ηλ. δ/ση https://archive.org/details/sim_archives-of-pathology-laboratory-medicine (προσβάσιμη στις 9/10/2021)
2. **Βανταράκης Α.**, (2019), ηλ. δ/ση <https://mypublichealthlaw.blogspot.com/> (προσβάσιμη στις 10/10/2021)
3. **BI HEALTH**, (2020), ηλ. δ/ση <https://portal.bi.moh.gov.gr/> (προσβάσιμη στις 10/10/2021)
4. **Γούλα Α.**, (2007), *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
5. **Γούλα Α.**, (2014), *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
6. **Διαμαντόπουλος Λ.**, (2016), *Η Μέτρηση της Απόδοσης στον Τομέα της Υγείας*, Αθήνα
7. **Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A.**, (2017), *Greece Health system review*
8. **ΕΛΣΤΑΤ**, ηλ. δ/ση <http://www.statistics.gr/el/statistics//publication/DKT21/> (προσβάσιμη στις 10/10/2021)
9. **ENEMO**, ηλ.δ/ση <http://www.enemo.eu/en/home>, (προσβάσιμη στις 10/10/2021)
10. **ΕΟΔΥ**, ηλ. δ/ση <https://eody.gov.gr/> (προσβάσιμη στις 10/10/2021)
11. **Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ**, (2021), *ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ (ΕΕ) 2021/522 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 24ης Μαρτίου 2021 για τη θέσπιση Προγράμματος σχετικά με τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας [Πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία» (EU4Health)] για την περίοδο 2021-2027 και για την κατάργηση του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 282/2014*
12. **ΕΣΔΥ**, (2012)
13. **ESYnet**, ηλ. δ/ση <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/paroyysiaseis/314-paroyysiaseis-esy-net> (προσβάσιμη στις 15/10/2021)
14. **Ευρωπαϊκή επιτροπή State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας**, (2017)
15. **Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο**, ηλ. δ/ση <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/el> (προσβάσιμη στις 10/10/2021)

16. **Euro Health Consumer Index, (2015)**, ηλ. δ/νση
<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>
(προσβάσιμη στις 12/10/2021)
17. **Eurofound,(2017)**, ηλ. δ/νση
<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/working-anytime-anywhere-the-effects-on-the-world-of-work> (προσβάσιμη στις 11/10/2021)
18. **European commission, (2020)**
19. **Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», (2020)** ηλ. δ/νση
<https://www.kathimerini.gr/society/1058874/axiologisi-kai-sta-nosokomeia/>
(προσβάσιμη στις 10/10/2021)
20. **Ζέρβας Δ., (2020)**, *Εννοιολογική Προσέγγιση της Ποιότητας και Προσδιορισμός της στις Υπηρεσίες Υγείας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12, Τεύχος 1, 8-21*
21. **Holland W., (1984)**, *Evaluation of health care*, Open University Press
22. **Ιατρονέτ, (2019)**, ηλ. δ/νση
<https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/48932/apoysa-i-ellada-apo-ta-stoixeia-tis-eurostat-gia-ti-diarkeia-nosileias-sta-dimosia-nosokomeia.html>, (προσβάσιμη στις 28/10/2021)
23. **ΙΚΠΙ (2012)**, *Μελέτη καταγραφής νοσοκομειακών μονάδων και του ανθρώπινου δυναμικού τους στα πλαίσια του Υποέργου 1: «Εκπόνηση μελέτης για την καταγραφή και τη βελτιστοποίηση των κατανομής των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων του δημοσίου τομέα και του προσωπικού τους» της Πράξης «Μελέτη για την καταγραφή της κατανομής των νοσοκομειακών μονάδων του δημοσίου τομέα και τον ορθολογικό επανασχεδιασμό τους» με MIS 332750, Αθήνα*
24. **Καϊτελίδου Δ., (2001)**, *Διδακτικά Μαθήματα στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*, Αθήνα
25. **Κακαλέτσης Ν., Ιωαννίδης Α., Σιγάλας Ι., Χατζητόλιος, (2013)**, ηλ. δ/νση
www.mednet.gr/archives (προσβάσιμη στις 11/10/2021)
26. **Kelman, (1975)**, *The Social Nature of the Definition Problem in Health*
27. **Κοντοδημόπουλος Ν., (2020)**, *Οικονομικά της Υγείας*, Hospital Data Project, Final Report, June 2003
28. **ΚΥΑ18051 (2012)**, *Περί ΚΕΝ*
29. **Κυριόπουλος Γ., Σκρουμπέλος Α., Μυλωνά Κ., (2013)**, *Έρευνα για Χειρουργεία Ημέρας*, Παρουσίαση στην ΕΣΔΥ, Αθήνα

30. **Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2008)** *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπασωτηρίου
31. **Λιαρόπουλος Α., Καϊτελίδου Δ., (2013)**, *Εφαρμογή Εθνικών Λογαριασμών Υγείας 2003-2011 με τη μεθοδολογία του ΟΟΣΑ-SHA*, Εργαστήριο Οργάνωσης και αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
32. **Μαλλιαρού Μ., Καραθανάση Κ., Σαράφης Π., (2008)**, *Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: Μια συστηματική ανασκόπηση*
33. **Maslow A., (1970)**, *Personality and Motivation*, Harper, New York
34. **Μπουραντάς Α., Βάθης Α., Παπακωνσταντίνου Χ., Ρεκλείτης Π., (1999)**, *Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών*, Αθήνα
35. **Murray J., Frenk J., (2000)**, *A framework for assessing the performance of Health Systems*
36. **N.1397 (1983)**, *Περί ιδρύσεως του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)*
37. **N.3106 (2003)**, *Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ)*
38. **N. 3329 (2005)**, *Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ)*
39. **N.3370 (2005)**, *Περί δημόσιας υγείας*
40. **N.3918 (2011)**, *Περί σύστασης του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)*
41. **N.4368 (2016)**, *Περί Ανασφαλιστών*
42. **N. 4369 (2016)**, *Περί αξιολόγησης Δημοσίων Υπαλλήλων*
43. **N. 4486 (2017)**, *Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*
44. **N.4633 (2019)**, *Περί σύμβασης αποδοτικότητας των διοικήσεων των δημοσίων νοσοκομείων, Σύσταση ΕΟΔΥ*
45. **N.4715 (2020)**, *Περί σύστασης του ΟΔΙΠΥ Α.Ε.*
46. **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΠΟΥ, (2006)**, www.who.com (προσβάσιμη στις 9/10/2021)
47. **Πιερράκος, (2021)**: Προσωπική επικοινωνία στις 22 Οκτωβρίου, Αθήνα
48. **Ραφτόπουλος Κ., Οικονομοπούλου Χ., (2003)** *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*, Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας
49. **Σαρρής, (2001)**, *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

50. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., (2003), *Το Νοσοκομείο-Επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, Καινοτομία, Νεωτερικότητα*, Περιοδικό Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών, τεύχος 3, 2003, Πρέβεζα
51. Σαρρής Μ., Γούλα Α., Σούλης Σ., (2005), *Ποιότητα Ζωής Ασθενών & Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*. Συλλογικός Τόμος Πρακτικών 1^{ου} Συνεδρίου ΕΠΕΑΕΚ ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ, Καινοτόμος Ανάπτυξη και τεχνολογία: Ποσοτική και Ποιοτική Αντιμετώπιση, Αθήνα
52. Σκρούμπελος Δ., Δάγλας Α., Σκουτέλης, Κυριόπουλος Δ., (2012), *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις*
53. Σούλης Σ, Γρίβας Θ., Γούλα Α., (1999) *Οι δείκτες εκροών-αποτελεσμάτων ως βασικά μεθοδολογικά εργαλεία στις στατιστικές τεχνικές υλοποίησης προγραμμάτων διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*, ΕΠΕΑΕΚ, Ενέργεια 3.1.δ.2., εκδόσεις ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ
54. Σούλης Σ., (2015) *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
55. Σούλης Σ., (2016) *Οικονομική της Υγείας, Παράρτημα ΙΙ, Δείκτες αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα
56. Τζιάλλας Δ., Γκούτζιας Ε., Κωνσταντινίδου Ε., Δημακόπουλος Γ., Αναγνωστόπουλος Φ., (2018), *Ποσοτική και Ποιοτική Καταγραφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ*, HELLENIC JOURNAL OF NURSING, ηλ. δ/ση <https://www.researchgate.net/publication/336252175> (προσβάσιμη στις 8/10/2021)
57. Τούντας Γ., Κυριόπουλος Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος Μ., Υφαντόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (2020), *ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του ΕΣΥ*, Αθήνα
58. ΥΥΚΑ (2017), ηλ. δ/ση <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typou/press-releases/5856-o-apologismos-ergoy-ths-dioikhshs-twn-diasyndemenwn-nosokomeiwn-leibadeias-thhbas-gia-to-2017> (προσβάσιμη στις 7/10/2021)