

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και
Χρηματοοικονομική**



**Master of Science (M.Sc)
in Accounting and Finance**

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΩΝ ΕΝΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΜΕ
ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΖΗΤΗΣΗΣ - ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Πατσιλίβα Σταυρούλα – Παναγιώτα

**Επιβλέπων Καθηγητής:
Μαυριδόγλου Γεώργιος**

Διατριβή υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η παρούσα διατριβή αποτελεί μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική

Καλαμάτα, Απρίλιος 2022

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και
Χρηματοοικονομική**



**Master of Science (M.Sc)
in Accounting and Finance**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

**Μαυριδόγλου Γεώργιος (Επιβλέπων)
Λέκτορας
ΠΜΣ Λογιστική & Χρηματοοικονομική
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Γιακουμάτος Στέφανος
Καθηγητής
ΠΜΣ Λογιστική & Χρηματοοικονομική
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Γιαννόπουλος Βασίλειος
Επίκουρος Καθηγητής
ΠΜΣ Λογιστική & Χρηματοοικονομική**

Η μεταπτυχιακός φοιτήτρια Πατσιλίβα Σταυρούλα – Παναγιώτα δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Είμαι κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
2. Αποδέχομαι ότι το Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη του Ιδρύματος, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέπων καθηγητή μου Δρ. Γεώργιο Μαυριδόγλου, για την καθοριστική συμβολή του στον καθορισμό του θέματος, την μεθοδολογία που εφαρμόστηκε, καθώς και για την εξαιρετική καθοδήγηση και υποστήριξη καθ’ όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω σε όλους του διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, για τη συμβολή τους στην απόκτηση του κατάλληλου γνωστικού υπόβαθρου κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, το οποίο συνέβαλε στην σύνθεση και ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου, ιδιαιτέρως, προς την οικογένειά μου, για την διαχρονική υποστήριξη και την ενθάρρυνσή της στην εκπλήρωση των στόχων μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΧΑΡΤΩΝ.....	11
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	12
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ	13
1.1 Εισαγωγή.....	13
1.2 Σκοπός και Στόχοι Εργασίας	13
1.3 Διάρθρωση Διπλωματικής Εργασίας	14
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση συστημάτων υγείας	15
2.2 Σκοποί και στόχοι του συστήματος υγείας.....	16
2.3 Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας	17
2.4 Οι ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας	17
2.5 Μορφές συστημάτων υγείας.....	18
2.6 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	21
2.7 Αδυναμίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	23
2.8 Έννοια, αρχές, αξίες και χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας... 24	
2.9 Σημεία-ορόσημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	26
2.10 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	28
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	35
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. Πληθυσμιακή ταξινόμηση ζήτησης – προσφοράς υπηρεσιών υγείας	42
4.1 Οργάνωση, δομές και προσωπικό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	42
4.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων των Κέντρων Υγείας με βάση την Περιφερειακή Ενότητα	52
4.3 Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας	55
4.4 Προσδιοριστικοί Παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας.....	57
4.5 Νοσολογική Κίνηση Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	58
4.6 Δείκτες Αποδοτικότητας	64
1. Δείκτες Εισροών.....	65
2. Δείκτες Εκροών	69
3. Δείκτες Επάρκειας	70
4. Δείκτες Χρησιμότητας.....	73

4.7	Περιφερειακοί Δείκτες	74
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ. Συμπεράσματα	77
5.1	Ανασκόπηση Μελέτης	77
5.2	Συμπεράσματα	78
5.3	Συμπεράσματα Δεικτών Αποδοτικότητας	81
5.4	Προτάσεις βελτίωσης & Μελετών	82
	ΑΝΑΦΟΡΕΣ	85
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85
	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	87
	ΝΟΜΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ.....	88
	ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η μελέτη της ζήτησης και προσφοράς των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Υπολογίστηκαν τα Κέντρα Υγείας για το έτος 2019 με σκοπό την αξιολόγησή τους και την διατύπωση νέων προτάσεων για την βελτίωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με γνώμονα την ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Για τους σκοπούς της εμπειρικής έρευνας αξιολογήθηκαν 265 Κέντρα Υγείας, με δεδομένα που αντλήθηκαν από τη βάση δεδομένων υγείας Business Intelligence system ή Bi system του Υπουργείου Υγείας, τα οποία είναι αναρτημένα στην επίσημη ιστοσελίδα του (Υπουργείο Υγείας, Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (Bi-Health), 2021) και την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία για την περίοδο 2017-2019. Επίσης αναλύθηκαν δείκτες αποδοτικότητας για την τριετία 2017-2019 με βάση τα δεδομένα.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρο Υγείας, Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας, Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας, Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας, Δείκτες Αποδοτικότητας.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this dissertation is to assess the demand and supply of Primary Health Care Units. The Health Centers were calculated for the year 2019 in order to evaluate them and formulate new proposals for the improvement of the Primary Health Care system based on the demand and supply of health services.

Material and method: For the purpose of empirical research, 265 Health Centers were evaluated, with data extracted from the health database Business Intelligence system or Bi system of the Ministry of Health, which are posted on its official website (Ministry of Health, Business Intelligence System)(Bi-Health), 2021) and the Hellenic Statistical Service for the period 2017-2019. Efficiency indicators for the three years 2017-2019 were also analyzed based on the data.

Keywords: Primary Health Care, Health Center, Offering Health Services, Demanding Health Services, Determinants of Demanding Health Services, Efficiency Indicators.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 Μονάδες ΠΦΥ	43
Γράφημα 2 Κέντρα Υγείας ανά Περιφέρεια, 2019	44
Γράφημα 3 Αριθμός ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπών ειδικοτήτων προσωπικού, κλινών και μηχανημάτων Κέντρων Υγείας, έτη 2015 – 2019. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019.....	45
Γράφημα 4 Κατανομή Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια	50
Γράφημα 5 Κατανομή εργαζομένων Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια 2019..	51
Γράφημα 6 Απεικόνιση αναλογίας πληθυσμού – Κέντρων Υγείας.	54
Γράφημα 7 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2017.	59
Γράφημα 8 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2018.	61
Γράφημα 9 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2019.	62
Γράφημα 10 Νοσολογική κίνηση ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	63
Γράφημα 11 Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	65
Γράφημα 12 Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	67
Γράφημα 13 Δείκτες Υλικών Πόρων ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	68
Γράφημα 14 Δείκτες Νοσολογικής κίνησης ανά προσωπικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	69
Γράφημα 15 Δείκτες Προσωπικού ανά κλίνη ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	71
Γράφημα 16 Δείκτες Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	72
Γράφημα 17 Δείκτες Νοσολογική κίνηση ανά Πληθυσμό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.	73
Γράφημα 18 Δείκτες Νοσολογικής Κίνησης ανά εργαζόμενο έτους 2019 ανά Υ.Πε.	75

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, ετών 2017-2019	42
Πίνακας 2 Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2019	42
Πίνακας 3 Κέντρα Υγείας ανά Περιφέρεια, 2019	44
Πίνακας 4 Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2015-2019	45
Πίνακας 5 Κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, έτη 2017 έως 2019	46
Πίνακας 6 Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2017 έως 2019	46
Πίνακας 7 Ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, έτη 2017 έως 2019 ...	47
Πίνακας 8 Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ ανά κατηγορία, ανά ΥΠε, έτος 2019. Πηγή: <i>Bi Forms, 2019</i>	49
Πίνακας 9 Αριθμός εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις Το.Μ.Υ. ανά Υγειονομική περιφέρεια για το έτος 2019*	51
Πίνακας 10 Απεικόνιση ποσοστιαίας κάλυψης πληθυσμού – Κέντρων Υγείας.....	54
Πίνακας 11 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2017.....	59
Πίνακας 12 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2018.....	60
Πίνακας 13 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2019.....	62
Πίνακας 14 Νοσολογική κίνηση ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	63
Πίνακας 15 Στοιχεία Νοσολογικής κίνησης και προσωπικού ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	64
Πίνακας 16 Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	65
Πίνακας 17 Δείκτες απασχολούμενων ανά 10.000 κατοίκους ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	66
Πίνακας 18 Δείκτες Υλικών Πόρων ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	68
Πίνακας 19 Δείκτες Νοσολογικής κίνησης ανά προσωπικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	69
Πίνακας 20 Δείκτες Προσωπικού ανά κλίνη ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	70
Πίνακας 21 Δείκτες Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	72
Πίνακας 22 Δείκτες Νοσολογική κίνηση ανά Πληθυσμό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.....	73

Πίνακας 23 Στοιχεία υπολογισμού Περιφερειακών Δεικτών έτους 2019 ανά Υ.Πε.....	74
Πίνακας 24 Δείκτες Νοσολογικής Κίνησης ανά εργαζόμενο έτους 2019 ανά Υ.Πε.....	74
Πίνακας 25 Συγκεντρωτικά στοιχεία νοσολογικής κίνησης Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2017. (moh.gov.gr/articles/bihealth).	92
Πίνακας 26 Συγκεντρωτικά στοιχεία νοσολογικής κίνησης Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2018. (moh.gov.gr/articles/bihealth).	98
Πίνακας 27 Συγκεντρωτικά στοιχεία νοσολογικής κίνησης Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2019. (moh.gov.gr/articles/bihealth).	105

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΧΑΡΤΩΝ

Χάρτης 1 Ελλάδα ανά υγειονομική περιφέρεια.....	49
Χάρτης 2 Απεικόνιση γεωγραφικών διαμερισμάτων ελλαδικού χώρου.....	53

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΗΦΥ	Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας
ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΔΥΠε	Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΙ	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΝΔ	Νομοθετικό Διάταγμα
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΟΤΑ	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΙ	Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠΙ	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΙ	Τοπικά Ιατρεία
ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης
FAO	Food and Agriculture Organization
WHO	World Health Organization

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ

1.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα επέφερε σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες υγείας και κατέστησε επιτακτική την ανάγκη εξ ορθολογισμού τους και την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία αποτελεί την πλέον ολοκληρωμένη προσέγγιση της υγείας, ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας και την πύλη εισόδου σε αυτά (Δομάγερ & Λιονής, 2020), απασχόλησε σημαντικά τον δημόσιο διάλογο τα τελευταία χρόνια, γεγονός που αποτυπώνεται μέσω της θεσμοθέτησης των νόμων 3918/2011, 4238/2014 και 4486/2017, οι οποίοι έχουν ως στόχο την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών της και την βελτίωση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητάς τους (ΟΟΣΑ, 2019).

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας συμβάλει στον προσδιορισμό του βαθμού αξιοποίησης των διαθέσιμων συντελεστών παραγωγής για την επίτευξη συγκεκριμένων επιθυμητών αποτελεσμάτων. Κατά συνέπεια, η ανίχνευση ελλειμμάτων απόδοσης μπορεί να οδηγήσει στον επανασχεδιασμό και στην εφαρμογή νέων πολιτικών προς την κατεύθυνση αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Φλώκου, 2017).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, κρίνεται αναγκαία η ταξινόμηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βάση δεδομένα προσφοράς και ζήτησης στην επιμέρους Περιφερειακές Ενότητες του Ελλαδικού χώρου, προκειμένου να αναλυθεί η σημερινή κατάσταση και να διατυπωθούν νέες προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση της αποδοτικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κατά συνέπεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνολικά.

1.2 Σκοπός και Στόχοι Εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία περιλαμβάνει την μελέτη της ζήτησης και προσφοράς των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικότερα υπολογίστηκαν 265 Κέντρα Υγείας, για το έτος 2019, με σκοπό την αξιολόγηση τους και την διατύπωση νέων προτάσεων για την βελτίωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γενικότερα, με γνώμονα την ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών

υγείας. Τα αποτελέσματα των μονάδων αναλύθηκαν με βάση την ΥΠΕ που ανήκουν, ενώ για τα Κέντρα Υγείας διενεργήθηκε επιπρόσθετη κατηγοριοποίηση λαμβάνοντας υπόψη τα γεωγραφικά και πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της περιοχής που εδράζουν. Τελικός στόχος, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν, να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα με βάση την ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών Υγείας στον Ελλαδικό χώρο.

1.3 Διάρθρωση Διπλωματικής Εργασίας

Η διάρθρωση της Διπλωματικής Εργασίας, πέραν του 1ου κεφαλαίου της Εισαγωγής, περιγράφεται όπως παρακάτω:

Στο 2^ο κεφάλαιο προσδιορίζονται η έννοια, οι σκοποί-στόχοι, τα χαρακτηριστικά και οι μορφές του Συστήματος Υγείας, Ακολούθως αναλύεται η πορεία του συστήματος υγείας στον Ελλαδικό χώρο καθώς και οι αδυναμίες του. Επίσης αναφέρεται η έννοια, αρχές και χαρακτηριστικά της ΠΦΥ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) καθώς και τα σημεία ορόσημα τα οποία καθόρισαν την εξέλιξή της. Ακολούθως, αναλύεται η πορεία εξέλιξης της στην Ελλάδα.

Στο 3^ο κεφάλαιο προσδιορίζεται η Μεθοδολογία και τα ερευνητικά ερωτήματα που ακολουθήθηκαν.

Το 4^ο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις υποθέσεις έρευνας, το υλικό και τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε, την αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ζήτησης και προσφοράς των Κέντρων Υγείας και των ΤΟΜΥ του δείγματος καθώς και την οργάνωση, τις υποδομές και το προσωπικό στελέχωσης των κυριότερων μονάδων της ΠΦΥ. Στη συνέχεια αναλύονται κάποιοι συγκεκριμένοι δείκτες αποδοτικότητας των Κέντρων Υγείας πανελλαδικά κατά την τριετία 2017-2019.

Στο 5^ο και τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται συνοπτικά προτάσεις βελτίωσης στην ΠΦΥ και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη.

2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση συστημάτων υγείας

Ως Σύστημα Υγείας ορίζεται «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων - υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Ένας άλλος ορισμός για το σύστημα υγείας είναι αυτός που το θεωρεί ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων». Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών (ΚΕΠΕ, 1976).

Το ένα από αυτά υποσύστημα αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομικοτεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Συνήθως το σύστημα υγείας ταυτίζεται με το σύστημα παροχής ιατρικών φροντίδων. Η ταύτιση προέρχεται από τη σύγχυση που δημιουργείται από τον αρνητικό ορισμό για την υγεία. Η υγεία ορίζεται πλέον σαν η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Με αυτή την έννοια το σύστημα ιατρικών φροντίδων αποτελεί ένα από τα υποσυστήματα του συστήματος υγείας. Έτσι το ενδιαφέρον για τον προσδιορισμό του συστήματος υγείας δεν επικεντρώνεται μόνο στην παραγωγή ή στη διανομή των υπηρεσιών αλλά επίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού το οποίο αποτελεί και το βασικό σκοπό του συστήματος. Επομένως το σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιορισθεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του, η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών υγείας (εισροές, διαδικασία, εκροές, αποτελέσματα) (Μωραΐτης, 1986:85).

Οι εισροές του συστήματος υγείας είναι η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανέλεγχος). Οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις, κλπ. Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει.

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτιση. Όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο. Και τα τρία επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων κ.ά. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ συστήματος υγείας και περιβάλλοντος δεν είναι μονοσήμαντες. Αντίθετα χαρακτηρίζονται από μια πολύπλοκη σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης. Το επίπεδο υγείας και ευεξίας εξαρτάται από το βαθμό οικονομικής ανάπτυξης (βιοτικό επίπεδο, εισόδημα, ανεργία). Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ο τρόπος ζωής, κ.ά., επιδρούν σημαντικά στην υγεία και την ασθένεια. Το σύστημα υγείας με τη σειρά του, με τις υπηρεσίες που παρέχει, διασφαλίζοντας το επίπεδο υγείας, συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή με την επαναφορά στην εργασία του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας, ομαλοποιώντας την παραγωγική διαδικασία και ασκώντας σημαντικότατο ρόλο στην εμπέδωση του αισθήματος της κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας (Μπουρσανίδης, 1991:15).

2.2 Σκοποί και στόχοι του συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την μελέτη των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρηση τους. Συνήθως χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας για την μελέτη

του επιπέδου υγείας και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει τους στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξη τους (Mooney, 1984:19).

2.3 Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας

Κύρια γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει, είναι τα εξής (Mooney, 1986:7, West. 1981:42, Τσιότρας κ.ά., 1998:14):

- 1) Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- 2) Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- 3) Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας.
- 4) Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών.
- 5) Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.
- 6) Μέτρηση της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας.

2.4 Οι ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας

Λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού υγείας, αλλά και λόγω άλλων δεδομένων, τα συστήματα υγείας, σε αντίθεση με τα άλλα συστήματα της οικονομίας, παρουσιάζουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη για το σωστό σχεδιασμό και την αποτελεσματική τους οργάνωση. Επιπλέον, τα συστήματα υγείας αποτελούν σήμερα έναν από τους μεγαλύτερους και δυναμικότερους κλάδους της εθνικής οικονομίας, που στις ανεπτυγμένες χώρες απασχολούν περίπου το 5% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10% του Α.Ε.Π. Κατά συνέπεια πρέπει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των συστημάτων να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τον προγραμματισμό, την οργάνωση και τη διοίκηση τους. Οι ιδιαιτερότητες αυτών των συστημάτων είναι οι κάτωθι (Abel - Smith, B., 1976:25, Hairison et al, 1993:47, Butler et al, 1984:73):

- 1) Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση.
- 2) Συστήματα στα οποία δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς.

- 3) Συστήματα εντάσεως εργασίας.
- 4) Συστήματα εντάσεως οργάνωσης και διαχείρισης.

2.5 Μορφές συστημάτων υγείας

Το σύστημα υγείας δεν πρέπει να εξετάζεται αποκομμένο από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί και για να γίνει ευκολότερα κατανοητό πρέπει πρώτα να ελεγχθεί αυτό το περιβάλλον. Γιατί το κάθε σύστημα υγείας είναι αναπόσπαστο τμήμα της όλης κοινωνικής δομής και οργάνωσης. Εάν θεωρηθεί ότι οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος καθορίζονται από τις επικρατούσες αρχές και αξίες της κάθε κοινωνίας, τα επιμέρους χαρακτηριστικά του εξαρτώνται από τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας. Γιατί αυτά καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος, τις βασικές του κατευθύνσεις και προτεραιότητες, το εύρος, τον τρόπο και τις διαδικασίες κάλυψης και διανομής των παρεχόμενων φροντίδων, τον τρόπο χρηματοδότησης και μια σειρά άλλων λεπτομερειών που όλα μαζί συνθέτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της «προσωπικότητας» του κάθε συστήματος υγείας (Katz et al, 1966:27).

Για αυτό το λόγο οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αποτελούν έτοιμα πακέτα και οι κυβερνήσεις δεν μπορούν να επιλέξουν για τη χώρα τους κάποιο σύστημα ή μοντέλο από έναν κατάλογο με επιτυχημένα διεθνώς πρότυπα. Κανένα σύστημα υγείας δεν είναι προς εξαγωγή και πουθενά δεν μπορεί να εφαρμοστεί και να έχει θετικά αποτελέσματα, εάν δε ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας. Το σύστημα υγείας είναι αντικείμενο συνεχούς ανάπτυξης και αλλαγών, όχι μόνο λόγω των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν, αλλά και λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, της αλλαγής των πολιτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών και βέβαια των οικονομικών δυνατοτήτων. Θεωρητικά και με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρία πρότυπα οργάνωσης, που είναι τα εξής, σύμφωνα (Τούντας, 2008:39):

1) **Ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης** («ελεύθερο» ή φιλελεύθερο μοντέλο). Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Αυτό προϋποθέτει την παραδοχή της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και το μηχανισμό των τιμών ως τον καθοριστικό

παράγοντα παραγωγής και διανομής αυτών. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το δε θέμα υγειονομικής κάλυψης αποτελεί προσωπική και αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός. Με βάση αυτή την αρχή ο καθένας προσωπικά κρίνει και αποφασίζει εάν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Στην πρώτη περίπτωση, είτε ασφαλίζεται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ατομικά, επιλέγοντας το «πακέτο» υπηρεσιών που ο ίδιος κρίνει ότι τον ικανοποιεί και μπορεί να πληρώσει τα ασφάλιστρα, είτε ασφαλίζεται μέσω του εργοδότη του, ο οποίος του πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλιστρών. Στη δεύτερη περίπτωση που επιλέγει να μείνει ανασφάλιστος (άνεργος, φτωχός, νέος κλπ.), καλείται να αντιμετωπίσει από το ατομικό του εισόδημα τις δαπάνες που απαιτούνται κάθε φορά που κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι τιμές κλπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση, η δε κάλυψη των αναγκών του κάθε ασθενή εξαρτάται από τη δική του δυνατότητα να πληρώσει. Το σύστημα θεωρητικά εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στο γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής. Πρέπει να αναφερθεί ότι το σύστημα αυτό στην απόλυτη μορφή του δε συναντάται πουθενά. Γιατί οι αρχές του, ενώ ήταν συμβατές με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του περασμένου αιώνα, σήμερα θεωρούνται ξεπερασμένες, μετά την καθολική αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του κάθε ατόμου και πρέπει να διασφαλίζεται με ευθύνη του κράτους και όχι με διαδικασίες που θα υπακούσουν μόνο στους νόμους της αγοράς.

2) **Δημόσιο σύστημα** (κρατικό ή εθνικό μοντέλο). Το δημόσιο σύστημα υγείας τοποθετείται στον αντίποδα του ιδιωτικού και βασίζεται περισσότερο στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, που επιτυγχάνεται μέσα από αυξημένη κρατική παρέμβαση και δράση. Στα συστήματα αυτά, το κράτος εγγυάται ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες, παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος. Αυτού του είδους συστήματα υποδιαιρούνται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση και εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τα τελευταία έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται και εθνικά ή εθνικοποιημένα. Στην πράξη όμως κανένα απ’ αυτά δεν είναι σήμερα αμιγώς χρηματοδοτούμενο μόνο από μια πηγή. Πολλά από αυτά θα μπορούσαν καλύτερα να

ταξινομηθούν ως συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση ή συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό (Levy, 1975:23). Στην πρώτη περίπτωση το σύστημα κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα. Δηλαδή το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η ύπαρξη πολλών και αυτόνομων ταμείων που καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων με διαφορετικό ύψος εισφορών, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο. Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες. Το μοντέλο αυτό τονίζει το ατομικό δικαίωμα του καθενός να αναζητήσει μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, πληρώνοντας συγχρόνως και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων (εισφορές). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα, τονίζοντας μ' αυτό τον τρόπο την υποχρέωση των κρατικών αρχών να εγγυώνται την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας.

3) **Μικτά Συστήματα**. Σήμερα ούτε το ιδιωτικό ούτε το δημόσιο μοντέλο λειτουργούν στην αμιγή τους μορφή σε κάποια χώρα. Ανάμεσα στα δύο κλασικά πρότυπα οργάνωσης και χρηματοδότησης υπάρχουν διάφορες ενδιάμεσες μορφές. Τέτοια συστήματα έχουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα συστήματα αυτά επειδή βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι τις ανάγκες υγείας που έχει. Η παρέμβαση του κράτους είναι και εδώ σημαντική. Όχι μόνο παρεμβαίνει σε κεντρικό επίπεδο και καθορίζει τη στρατηγική, αλλά και σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης έχει σημαντικό ρόλο. Πέραν αυτών έρχεται αρωγός και συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας σε όλο τον πληθυσμό ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Σε τέτοια συστήματα συνήθως υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία όσον αφορά το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, την εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μικτών συστημάτων δεν είναι καθόλου εύκολο να προσδιοριστούν επακριβώς, από τη στιγμή που μια τέτοια απόπειρα θα απαιτούσε τη μελέτη αυτών κατά περίπτωση. Πάντως τα περισσότερα έχουν μέσα στα τελευταία

έτη καταφέρει να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, μέσα σε συνθήκες ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, με ένα λογικό κόστος. Βέβαια πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και αυτό υπονοούν οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις (Μπουρσανίδης, 1991:37).

2.6 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν, ιδιαίτερα κατά τη μεταπολεμική περίοδο, ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα κοινωνικοοικονομικά υποσυστήματα, τόσο από άποψη μεγέθους και οργάνωσης όσο και από άποψη πολιτικής προτεραιότητας. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας μπήκαν στη φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, για να ακολουθήσει αργότερα η φάση των μεταρρυθμίσεων. Το Ελληνικό κράτος αντίθετα, εμφανίζεται υποτονικό, απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την περίοδο αυτή επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας. Στην αναπτυξιακή -μεταρρυθμιστική φάση μπαίνει μόλις το 1974, αμέσως δηλαδή μετά την πτώση της δικτατορίας, όταν καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα εθνικό σύστημα, παρόμοιο με εκείνο άλλων ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών (Τούντας, 2003:116).

Με τη ψήφιση του νόμου 1397/83 σημειώνεται μια ταχεία και μεγάλη επέκταση του υγειονομικού τομέα, κυρίως σε έργα υποδομής, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Μετά από αυτή τη σύντομη εισαγωγή, θα ακολουθήσει μια λεπτομερής παρουσίαση της πορείας εξέλιξης του υγειονομικού τομέα, που αρχίζει αμέσως μετά την Ελληνική ανεξαρτησία και φτάνει μέχρι σήμερα. Τέσσερις μεγάλες περίοδοι μπορούν να προσδιοριστούν σε αυτή την πορεία εξέλιξης. Η πρώτη περίοδος αρχίζει το 1833 και τελειώνει το 1922, η δεύτερη από το 1922 έως το 1945, η τρίτη από το 1945 έως το 1974 και η τέταρτη από το 1974 μέχρι σήμερα (Πάτρας, 1969:15, Μαστρογιάννης, 1960:88. Ζηλίδης, 1988: 16, Σκουτέλης, 1990: 75, Τούντας, 2008:533).

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα, παρά τις καθυστερήσεις που σημειώθηκαν στην πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του και τα σοβαρά προβλήματα

που αντιμετωπίζει, απορροφά σήμερα περίπου το 8% του Α.Ε.Π. και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού. Εξετάζοντας τον από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας καταγράφονται μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά και πολλά προβλήματα, αδυναμίες και ιδιομορφίες. Επιγραμματικά αναφέρονται τα παρακάτω (Souliotis et al, 2003:129-134):

1) Μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες. Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον, εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε του δημόσιου ούτε των ασφαλιστικών φορέων. Συνεπώς, το πρώτο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας, όσον αφορά την τυπολογία, αποτελεί ελληνική ιδιαιτερότητα. Στην ουσία αποτελεί ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας επίσημα αγνοείται, αλλά απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

2) Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία άλλων μορφών. Πιο συγκεκριμένα, η κάλυψη των ασφαλισμένων του Ε.Φ.Κ.Α. για πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα Κέντρα Υγείας του και από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. γίνεται βάσει του ολοκληρωμένου μοντέλου.

3) Τα σύστημα υγείας στην Ελλάδα. 25 περίπου έτη μετά την ψήφιση του ν. 1397/83 για την ίδρυση του Ε.Σ.Υ., εμπίπτει στην κατηγορία των μεικτών μοντέλων, στο βαθμό που συνυπάρχει το μοντέλο Ε.Σ.Υ. με το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού μοντέλου. Η συνύπαρξη αυτή αφορά τόσο τη χρηματοδότηση όσο και τις υποδομές.

4) Εκτός από τη χρηματοδότηση και τις υποδομές, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, κ.ά.), από τον πληθωρισμό των γιατρών και τις μεγάλες ελλείψεις στα λοιπά επαγγέλματα υγείας, κυρίως σε νοσηλευτές/τριες, από την περιθωριοποίηση της Δημόσιας Υγείας και της Πρόληψης,

από την άσκηση αναχρονιστικών μορφών διοίκησης, από την απουσία μηχανισμών ελέγχου και ποιότητας και από την ύπαρξη σημαντικών κοινωνικών ανισοτήτων, λόγω της μεγάλης παραοικονομίας, της άνισης κατανομής των υπηρεσιών και της συνεχούς υποβάθμισης του δημόσιου τομέα.

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», το 1983 με τον Ν. 1397 επιχειρείται μια νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός ΕΣΥ (Υ.Υ.Κ.Α., 2005:4). Βασικές αρχές του Ν. 1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Οι αρχές που διέπουν κάθε λειτουργία του ΕΣΥ αφορούν (Λαδά - Χαντζοπούλου, 1987:12): την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο, τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη ως αρχή. Βασικοί στόχοι του είναι η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας (Ρομπόλης κ.ά., 1995:44).

2.7 Αδυναμίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Αλεξιάδης, 2003:14):

- 1) Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας.
- 2) Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- 3) Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (νοσηλευτικού, διοικητικού και υπηρεσιών καθαριότητας). Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.
- 4) Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.

- 5) Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- 6) Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- 7) Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.
- 8) Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η κατανομή των ιατρών αυτών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν συνδέονται στην πραγματικότητα με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς. Η σχέση μεταξύ των ιατρών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία και του υπόλοιπου συστήματος υγείας είναι γραφειοκρατική και όχι συναδελφική ή διοικητική. Ως συνέπεια, οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία δεν έχουν καμία αρμοδιότητα να επιθεωρούν, να σχολιάζουν ή να αξιολογούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας. Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων, την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για τη δημιουργία διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν (Αλεξιάδης, 2003:56).

2.8 Έννοια, αρχές, αξίες και χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (WHO, 2019), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί την πλέον ολοκληρωμένη προσέγγιση της υγείας και της ευεξίας σε κοινωνικό επίπεδο, με επίκεντρο τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Μέσω αυτής

καθίσταται δυνατός ο εντοπισμός των προσδιοριστών της υγείας, εστιάζοντας στην σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία, καθώς και στην ευεξία του ατόμου και του συνόλου της κοινωνίας. Αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου και της οικογένειας με αυτά και προσδιορίζεται από τα εξής τρία κύρια χαρακτηριστικά (WHO, 2019):

- παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού και περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής της υγείας, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα,
- συστηματική ανάλυση των κοινωνικό-οικονομικών και περιβαλλοντικών προσδιοριστών της υγείας, καθώς και των χαρακτηριστικών και των συμπεριφορών του πληθυσμού, η οποία βασίζεται σε πληροφορίες από δημόσιες πολιτικές και διατομεακές δράσεις,
- ενθάρρυνση για συμμετοχή των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων σε δράσεις και πολιτικές με σκοπό την προαγωγή και την προστασία της υγείας και της ευεξίας.

Σε λειτουργικό επίπεδο, η ΠΦΥ είναι σημαντικό να χαρακτηρίζεται ως *ολοκληρωμένη, συνεχής, προσβάσιμη και συντονισμένη* (Starfield, 1992). Οι αρχές αυτές αποτελούν το πλαίσιο πάνω στο οποίο κάθε σύστημα υγείας οφείλει να αναπτύσσει την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και τη βάση πάνω στην οποία συντάχθηκε η έκθεση “Shared Principles of Primary Care” (Primary Care Collaborative, 2016), τις βασικές αρχές της οποίας εν έτη 2021 έχουν υιοθετήσει 355 οργανώσεις διεθνώς. Σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση, η ΠΦΥ σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες ιδιότητες:

1. *Ατομοκεντρική και οικογενειοκεντρική*, λαμβάνοντας υπόψη τις ψυχοσωματικές, συναισθηματικές, πολιτιστικές και κοινωνικές ανάγκες του ατόμου και βασιζόμενη στην αμοιβαία συνεργασία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας, του ατόμου και της οικογένειάς του. Επιπρόσθετα, τονίζεται η σημασία του ενεργού ρόλου του ατόμου στην λήψη αποφάσεων αναφορικά με την φροντίδα που του παρέχεται.
2. *Συνεχής*, έτσι ώστε η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας, του ατόμου και της οικογένειας να χαρακτηρίζεται ως δυναμική, αξιόπιστη, από διάρκεια και σεβασμό.

3. *Ολοκληρωμένη και ισότιμη*, περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως προληπτική, χρόνια και επείγουσα φροντίδα, αγωγή και προαγωγή της υγείας, οδοντιατρική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη, με στόχο την άμβλυνση των ανισοτήτων και την επίτευξη ισότητας στην υγεία.

4. *Ομαδική και συνεργική*, με επίκεντρο την ανάπτυξη εποικοδομητικής συνεργασίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, του ατόμου και της οικογένειας και στόχο την κάλυψη των αναγκών φροντίδας υγείας των δύο τελευταίων. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων όπως ιατροί, νοσηλεύτες, διοικητικοί υπάλληλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διατροφολόγοι, ψυχολόγοι, φυσικοθεραπευτές και λοιπό βοηθητικό προσωπικό.

5. *Συντονισμένη και ολοκληρωμένη*, στα πλαίσια λειτουργικής διασύνδεσης με τις δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η αποτελεσματική, ασφαλής και με χαμηλό κόστος ηλεκτρονική διακίνηση υγειονομικών πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο, που αφορούν το ιατρικό ιστορικό (όπως διαγνώσεις, θεραπείες, αλλεργίες, εμβολιασμούς, ακτινογραφίες, και αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων), συνεπάγεται ταχύτερη και αποτελεσματικότερη ανταπόκριση στις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας με θετικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της υγείας (WHO, 2016).

6. *Προσβάσιμη*, αυτοπροσώπως και εικονικά, ξεπερνώντας εμπόδια που οφείλονται σε κοινωνικό-οικονομικούς, γλωσσικούς, γραμματικούς και γνωστικούς παράγοντες και με σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας, αποτελώντας τον πυλώρο του και το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου και της οικογένειας με αυτό.

7. *Υψηλής αξίας*, με σκοπό α) την επίτευξη άριστων και δίκαιων αποτελεσμάτων για τα άτομα και τις οικογένειες, β) την αποδοτική διαχείριση των πόρων και γ) τη βελτίωση των δεικτών υγείας με επίκεντρο την ποιότητα, την ασφάλεια και την ισότητα στην υγεία.

2.9 Σημεία-ορόσημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τα θεμέλια για την ΠΦΥ τέθηκαν για πρώτη φορά το 1978 στη διεθνή διάσκεψη που έλαβε χώρα στην Alma-Ata του Καζακστάν, με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων (UNICEF & WHO, 1978). Με βάση την παραπάνω διακήρυξη, η ΠΦΥ αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας και το

πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με αυτό, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016):

- πρόληψης (π.χ. εμβολιασμός, περιοδικές εξετάσεις, οικογενειακός προγραμματισμός)
- προαγωγής της υγείας,
- διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας
- αντιμετώπισης οξέων ή χρόνιων περιστατικών
- πρώτων βοηθειών.

Τέλος, η διενέργεια αξιολόγησης των περιστατικών κατά την είσοδό τους σε αυτήν, για το αν αυτά χρήζουν παραπομπής ή όχι προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, την καθιστά φίλτρο και πυλωρό των συστημάτων υγείας (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ συμβάλει στην βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ευεξίας του πληθυσμού και αποτελεί την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη προσέγγιση με στόχο την επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης. Επισημαίνεται η δημιουργία συνθηκών που διευκολύνουν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ΠΦΥ, καθώς και η ανάγκη εξάλειψης της φτώχειας, μείωσης των ιδιωτικών δαπανών υγείας, βελτίωσης της κατανομής του προσωπικού των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αντιμετώπισης της συνεχούς αύξησης των δαπανών υγείας και διαχείρισης των πόρων με αποδοτικό τρόπο. Τέλος, η χρηματοδοτική ενίσχυση της ΠΦΥ αποτελεί την ουσιαστικότερη επένδυση για τα συστήματα υγείας, καθώς αποτελεί την αποτελεσματικότερη προσέγγιση σε ότι αφορά τη μείωση του κόστους υγείας, την αποδοτικότερη διαχείριση των παραγωγικών συντελεστών και συνεπάγεται βελτίωση του επιπέδου υγείας με τη χρήση λιγότερων πόρων (WHO & UNICEF, A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable developments goals, 2018; WHO, 2018; Kluge, et al., 2018).

Η Ελλάδα αποτελεί ουραγό ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Το νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό της σύστημα υγείας άφησε στο περιθώριο την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης ΠΦΥ (Lionis, et al., 2009; Nikolentzos & Mays, 2016; Μητροσύλη, 1999). Η ανάλυση της ιστορικής εξέλιξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα δύναται να αποτελέσει τη βάση για την βελτίωση της ισότητας στην πρόσβαση, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της φροντίδας υγείας, με αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων.

2.10 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Οι κυριότερες νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούν το οργανωτικό και διοικητικό πλαίσιο των μονάδων ΠΦΥ, την χρηματοδότηση και την αξιολόγηση της αποδοτικότητάς τους στην Ελλάδα είναι οι εξής:

- Νόμος 1397/1983: Η θεσμοθέτηση του ιδρυματικού νόμου του Εθνικού Συστήματος Υγείας 1397/1983, προέβλεπε την οργάνωση της φροντίδας υγείας σε εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια και σε νοσοκομειακή δευτεροβάθμια περίθαλψη. Κύρια σημεία του αποτελούν η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η ίδρυση ενός ενιαίου αποκεντρωμένου συστήματος υγείας, η δωρεάν και ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας προς τους πολίτες και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Η εξωνοσοκομειακή ΠΦΥ παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας των αστικών και αγροτικών περιοχών, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων, και τα περιφερειακά ιατρεία αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Όπως προσδιορίζεται στο άρθρο 15 του Ν. 1397/1983, σκοπό των Κέντρων Υγείας αποτελεί η:

1. παροχή ισότιμης ΠΦΥ προς όλους τους κατοίκους της περιοχής ευθύνης τους
2. παροχή πρώτων βοηθειών
3. διακομιδή των ασθενών με ασθενοφόρο προς το κέντρο υγείας ή προς το νοσοκομείο
4. παροχή υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και αποκατάστασης
5. οδοντιατρική περίθαλψη
6. παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας
7. προαγωγή της ιατροκοινωνικής και επιδημιολογικής έρευνας
8. εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας
9. παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Επιπρόσθετα, καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, η επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεσή τους με τα αντίστοιχα νοσοκομεία

στα οποία τελούν υπό την διοικητική τους ευθύνη, καθώς και η χρηματοδότησή τους από αυτά.

Η ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας στις αγροτικές περιοχές τη χρονική περίοδο 1983-1986 αποτέλεσε προτεραιότητα για το κράτος, σε μια προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικό-οικονομικών και υγειονομικών ανισοτήτων. Ο σχεδιασμός αφορούσε την κάλυψη πληθυσμού 3.000.000 κατοίκων και για την ανέγερσή τους λήφθηκαν υπόψη συγκεκριμένα κοινωνικό-οικονομικά, δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια. Σε επίπεδο πληθυσμού τέθηκε ο στόχος κάθε Κέντρο Υγείας να καλύπτει 2.500-35.000 κατοίκους. Μέχρι το 1986 ανεγέρθηκαν 170 (από τα 180 που ήταν ο στόχος) Κέντρα Υγείας, πλήρως στελεχωμένα κι εξοπλισμένα και χρηματοδοτούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό. Σκοπός, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες (Οικονόμου, 2012).

Σε ότι αφορά τα Κέντρα Υγείας των αστικών περιοχών, ο στόχος ίδρυσης 220 μονάδων δεν επετεύχθη. Το κυριότερο εμπόδιο ίδρυσής τους αποτέλεσε η αδυναμία ένταξης στο ΕΣΥ των Κέντρων Υγείας και ιδιαιτέρως αυτών του ΙΚΑ (Οικονόμου, 2012), παρά τη ρητή πρόβλεψη για κατάργηση κάθε μονάδας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση και από οποιονδήποτε άλλο κοινωνικό φορέα (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012). Το κενό στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ επιχειρήθηκε να καλυφθεί από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Μητροσύλη, 1999).

Για τα περιφερειακά ιατρεία, η παροχή των υπηρεσιών υγείας, αφορά κυρίως τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, που καλύπτουν έως 5.000 κατοίκους το καθένα και είναι συνδεδεμένα με τα κέντρα υγείας. Στελεχώνονται από αγροτικούς ιατρούς, καθώς και από απόφοιτους των ιατρικών σχολών οι οποίοι υποχρεούνται να υπηρετήσουν για ένα χρόνο σε κάποιο από αυτά (Υφαντόπουλος, 2006).

- Νόμος 2071/1992: Σημαντική νομοθετική μεταρρύθμιση αποτέλεσε ο Ν. 2071/1992 ο οποίος εισήγαγε αρκετές καινοτομίες. Σε ότι αφορά την ΠΦΥ, επιδιώκεται ο διαχωρισμός της από την δευτεροβάθμια περίθαλψη και συγκεκριμένα η διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των Κέντρων Υγείας, τα οποία μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ και τελούν υπό την διοικητική ευθύνη των νομαρχιών (Μητροσύλη, 1999). Η παραπάνω νομοθετική παρέμβαση αποτέλεσε σημείο σταθμό για την ΠΦΥ, καθώς μέχρι

τότε τα Κέντρα Υγείας χρηματοδοτούνταν από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, χωρίς να υπάρχει αναλυτική πρόβλεψη της χρηματοδότησης της ΠΦΥ κατά τη σύνταξη του κρατικού προϋπολογισμού. Ωστόσο, η επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεσή τους με τα νοσοκομεία εξακολουθεί να ισχύει (Υφαντόπουλος, 2006). Επιπλέον, τα περιφερειακά και τα αγροτικά ιατρεία μετονομάζονται σε υγειονομικούς σταθμούς, τα οποία υπάγονται επίσης υπό την διοικητική ευθύνη των οικείων νομαρχιών και συστήνονται οι Κινητές Μονάδες Υγείας, με σκοπό την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των κατοίκων των ορεινών, νησιωτικών και αγροτικών περιοχών. Τέλος, για πρώτη φορά γίνεται λόγος για έλεγχο της αποτελεσματικότητας των στόχων που τίθενται κατά την διαδικασία του προγραμματισμού, με το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) να αποτελεί τον αρμόδιο εποπτικό φορέα (Μητροσύλη, 1999).

- Νόμος 2194/1994: Δύο χρόνια αργότερα, με τον Ν. 2194/1994, τα Κέντρα Υγείας υπάγονται ξανά υπό την διοικητική ευθύνη των νοσοκομείων, όντας αποκεντρωμένες οργανικές τους μονάδες. Επιπρόσθετα, οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.
- Έκθεση της Επιτροπής των Εμπειρογνομόνων (Abel-Smith, et al., 1994): Την ίδια χρονιά, η έκθεση της ειδικής Επιτροπής των Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, χαρακτηρίζει το ΕΣΥ ως νοσοκομειοκεντρικό, με εμφανείς αδυναμίες στην οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ. Προτείνεται να δοθεί έμφαση σε προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας, στην πρόληψη και στην ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Ο οικογενειακός ιατρός λόγω του σφαιρικού τρόπου προσέγγισης των ασθενών, δύναται να έχει ολοκληρωμένη άποψη για την εξέλιξη της υγείας τους και είναι σε θέση να δώσει λύση για το 90% των προβλημάτων τους, χωρίς να χρειάζεται η παραπομπή σε ειδικούς ιατρούς για τη διενέργεια επιπρόσθετων εξετάσεων. Η μείωση στο κόστος υγείας αποτελεί άμεση συνέπεια, καθώς χρησιμοποιούνται λιγότεροι πόροι για την επίτευξη του ίδιου υγειονομικού αποτελέσματος. Επιπλέον, με τη γνώση του ιστορικού του ασθενούς, ο οικογενειακός ιατρός δύναται να αποφασίσει για το αν είναι αναγκαία η παραπομπή του ασθενούς στην δευτεροβάθμια περίθαλψη. Παράλληλα, με τη

χρήση του μητρώου των ασθενών του οικογενειακού ιατρού, καθίσταται δυνατή η επεξεργασία των δεδομένων και η διενέργεια αναλύσεων για την λήψη αποφάσεων στα πλαίσια βελτίωσης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας. Ως μέθοδος αποζημίωσης, προτείνεται ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών ανά οικογενειακό ιατρό (ο οποίος δεν υπερβαίνει το μέγιστο καθορισμένο όριο), με σκοπό την αντιμετώπιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης που συνδέεται με την αμοιβή κατά πράξη. Τέλος, ο διαχωρισμός της ΠΦΥ από την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη καθώς και η ανεξάρτητη χρηματοδότησή της μέσω ενός ενοποιημένου ταμείου το οποίο θα υπόκειται υπό τον άμεσο έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και θα χρηματοδοτείται από τα ασφαλιστικά ταμεία με πόρους που θα προορίζονται αποκλειστικά για την περίθαλψη, αποτελούν προτάσεις της επιτροπής που στοχεύουν στην ουσιαστική βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ.

- Νόμος 2519/1997: Με τον Ν. 2519/1997, ορίζονται τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με σκοπό τον συντονισμό των μονάδων παροχής ΠΦΥ και συγκεκριμένα των Κέντρων Υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και των πολυϊατρείων με τελικό στόχο τη διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη των υπηρεσιών προαγωγής της υγείας και πρόληψης, στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και στον τρόπο άσκησης της διοίκησης και της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, οι καινοτομίες της παραπάνω νομοθετικής μεταρρύθμισης αναφορικά με τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στην πράξη (Υφαντόπουλος, 2006).
- Σχέδιο μεταρρύθμισης «Η Υγεία για τον Πολίτη»: Ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών υγείας απασχόλησε ιδιαίτερα το δημόσιο διάλογο στο τέλος της δεκαετίας του 1990, με αποτέλεσμα το υπουργείο υγείας να προβεί στην εκπόνηση της έκθεσης «Η Υγεία για τον Πολίτη» (2000). Στο σχέδιο επισημαίνονται οι χρόνιες παθολογίες του συστήματος υγείας και τίθεται ως τελικός στόχος ο εκσυγχρονισμός και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ. Η ΠΦΥ αναγνωρίζεται ως πυλώνας του ΕΣΥ και δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, στην

οικοδόμηση ενός νέου αποκεντρωμένου συστήματος υγείας, και στην βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών του (Υφαντόπουλος, 2006).

- Νόμος 2889/2001: Με τον Ν. 2889/2001 (Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις) υλοποιείται η σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας, με σκοπό την γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας υπάγονται υπό την διοικητική ευθύνη των ΠεΣΥ της κάθε Περιφέρειας. (Υφαντόπουλος, 2006). Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠεΣΥ είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση και αξιολόγηση της παραγωγικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας με βάση συγκεκριμένους ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες, ενώ το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου δύναται να γνωμοδοτεί προς το ΔΣ του ΠεΣΥ για τη λήψη μέτρων, με σκοπό την αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων του.
- Νόμος 3235/2004: Σύμφωνα με τον Ν. 3235/2004, σκοπός του συστήματος παροχής ΠΦΥ, αποτελεί η επίτευξη ολοκληρωμένης φροντίδας, ισότητας στην πρόσβαση και στην φροντίδα, ο προσανατολισμός στην ικανοποίηση των αναγκών φροντίδας υγείας της οικογένειας και του ατόμου, η διαχείριση των ιατρό-ασφαλιστικών δεδομένων έτσι ώστε η ανταλλαγή των πληροφοριών διαμέσου των δομών να επιτυγχάνεται με τρόπο ασφαλή και η διασφάλιση της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού ιατρού. Οι μονάδες παροχής ΠΦΥ μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας, με το υπουργείο υγείας, μέσω των ΠεΣΥ, να ασκεί την εποπτεία και τον έλεγχο ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την διασφάλιση της ποιότητας. Εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, η οποία περιέχει πληροφορίες που αφορούν την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς και δύναται να συμβάλει στην βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στην αποτελεσματικότητά τους. Επιπλέον, σε κάθε ΠεΣΥ, συστήνεται γραφείο ΠΦΥ, υπό την διοικητική ευθύνη του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή, για την παρακολούθηση, οργάνωση και αξιολόγηση της παροχής φροντίδας υγείας, (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).
- Νόμος 3918/2011: Συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Τα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ

και ΟΠΑΔ) συγχωνεύονται και αντικαθίστανται από τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος πλέον λειτουργεί ως αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών ΠΦΥ. Υπό τον συντονισμό του, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ, οι μονάδες ΠΦΥ των ΟΤΑ, οι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ συνιστούν το δίκτυο ΠΦΥ.

- Νόμος 4238/2014: Ιδρύεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Τα Κέντρα Υγείας και οι αποκεντρωμένες τους μονάδες (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία και Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) καθώς και οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ, υπάγονται υπό την διοικητική ευθύνη των Δ.Υ.Πε (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες) και εντάσσονται στην οργανωτική τους δομή, όντας αποκεντρωμένες οργανικές τους μονάδες. Προβλέπεται η ισότιμη παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ σε κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως οικονομικής, κοινωνικής, επαγγελματικής και ασφαλιστικής κατάστασης. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αξιολόγηση της επίτευξης δεδομένων στόχων, που αφορούν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν οι μονάδες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ.
- Νόμος 4486/2017: Ο Ν. 4486/2017 αποτελεί σημαντική νομοθετική μεταρρύθμιση με επίκεντρο την ΠΦΥ. Οι Μονάδες Υγείας (πρώην Κέντρα Υγείας αστικού τύπου) μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας και η ονομασία ΠΕΔΥ καταργείται. Τα Κέντρα Υγείας εξακολουθούν να αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των ΔΥΠε και συστήνονται για πρώτη φορά οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), οι οποίες μαζί με τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία, αποτελούν τις αποκεντρωμένες μονάδες τους. Σημειώνεται ότι κάθε Κέντρο Υγείας αποτελεί ξεχωριστή οργανική μονάδα με δική του στελέχωση. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται σε 2 επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο παρέχονται από:
 - τις ΤοΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας)
 - τα Περιφερειακά Ιατρεία
 - τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και
 - τα Τοπικά Ιατρεία.

Στο δεύτερο επίπεδο οι υπηρεσίες ΠΦΥ φροντίδας παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας.

Με την καθιέρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) για όλους τους κατόχους ΑΜΚΑ καταγράφονται, όλες οι ιατρικές πληροφορίες του ασθενούς οι οποίες δύνανται να αξιοποιηθούν σε επιδημιολογικές, στατιστικές, οικονομικές και διαχειριστικές εκθέσεις, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ.

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την ανάλυση των Κέντρων Υγείας της 1ης , 2ης , 3ης , 4ης , 5ης , 6ης και 7ης ΥΠΕ, για τα έτη 2017-2019 ως προς την ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Σε ότι αφορά την προσφορά (εισροές) των Κέντρων Υγείας επιλέχθηκαν ο αριθμός (α) ιατρικού, (β) νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, (γ) διοικητικού και λοιπού προσωπικού, (δ) κλινών και (ε) μηχανημάτων για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και την προσφορά του συστήματος υγείας. Στους Πίνακες 1 & 2 καταγράφονται όλες οι Μονάδες ΠΦΥ την τριετία 2017-2019, ώστε να διαπιστωθεί η μεταβολή αυτών.

Σύμφωνα με τις πηγές, θα εξετασθούν τα Κ.Υ., τα οποία κατανέμονται ανά Διοικητική Περιφέρεια (Πίνακας 3) και παρατηρείται η διασπορά τους στον Ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα με την Απογραφή έτους 2019 από την ΕΛΣΤΑΤ στους Πίνακες 4-7 καταγράφονται οι υποδομές σε κλίνες και μηχανήματα καθώς και το προσωπικό (ειδικότητας ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού) με ανάλυση αυτών σε γραφήματα, προκειμένου να συναχθούν συμπεράσματα αυξομείωσης τους και κατά συνέπεια της προσφοράς των υπηρεσιών ΠΦΥ. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι Μονάδες ΠΦΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (Πίνακας 8) καθώς και το προσωπικό (Πίνακας 9).

Με βάση την Απογραφή του 2011, γίνεται αναφορά απεικόνισης της κάλυψης των Κ.Υ. ως προς τον μόνιμο πληθυσμό ανά Γεωγραφικό Διαμέρισμα (Διοικητική Περιφέρεια), στο κατά πόσο η κατανομή των Κ.Υ. στο Ελλαδικό χώρο καθορίζεται από τον πληθυσμό και εξάγονται κάποιες πληροφοριακές παρατηρήσεις.

Λόγω περιορισμών ως προς τις πηγές ευρέσεως πληροφοριών προσφοράς (εισροών) ανά Υ.Πε. η έρευνα θα διεξαχθεί με ανάλυση Δεικτών Αποδοτικότητας γενικού συνόλου ανά έτος 2017-2019, από στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ.

Όσον αφορά την ζήτηση, στα υποκεφάλαια για τη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας γίνεται αναφορά στη συνάρτηση ζήτησης και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, ώστε στη συνέχεια με τα στοιχεία που μπόρεσαν να συλλεχθούν από το σύστημα επιχειρηματικής ευφυΐας (Business Intelligence system ή Bi system) του Υπουργείου Υγείας, τα οποία είναι αναρτημένα στην επίσημη ιστοσελίδα του και συγκεκριμένα από τον πίνακα «Νοσολογική Κίνηση Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 2017-2019», (Υπουργείο Υγείας, Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (Bi-Health) 2021), καταγράφεται η Νοσολογική Κίνηση (Ζήτηση – Εκροές) της ΠΦΥ (Κέντρα

Υγείας) στην Ελλάδα την τριετία 2017-2019. Στο Παράρτημα παρουσιάζονται οι αναλυτικοί Πίνακες (24-26) ανά Κέντρο Υγείας κάθε Υ.Πε. Νοσολογικής Κίνησης Μονάδων ΠΦΥ.

Ως εκροές του δείγματος, επιλέχθηκε η επισκεψιμότητα (Νοσολογική Κίνηση) σε κάθε Κέντρο Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια, ως προς τα τακτικά, επείγοντα περιστατικά, τις επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση και για άλλου είδους λόγους. Ταξινομήθηκαν οι Υ.Πε. ανά Νοσολογική Κίνηση κατά την διάρκεια της τριετίας 2017-2019 και επί συνόλου αυτών.

Για την εξαγωγή επιπρόσθετων συμπερασμάτων, επιχειρήθηκε κατηγοριοποίηση των Κέντρων Υγείας με βάση τα τοπικά γεωγραφικά και πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της περιοχής που ανήκουν, εφαρμόζοντας τις μεθοδολογίες που περιγράφονται στα εγχειρίδια «Urban Europe, Statistics on cities, town and suburbs» (Eurostat, 2016) και «Guidelines on defining rural areas and compiling indicators for development policy» (FAO, 2018).

Στο τέλος του 4^{ου} Κεφαλαίου αναλύονται Δείκτες Αποδοτικότητας χρησιμοποιώντας στοιχεία εισροών και εκροών (προσωπικό ανά ειδικότητα, κλίνες, πληθυσμός και Νοσολογική Κίνηση). Σύμφωνα με την θεωρία περί της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας παρέχεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα μεθοδολογίας και εργαλείων ποιοτικής ανάλυσης που εφαρμόζονται σε μονάδες Υγείας και Πρόνοιας, όπως είναι οι Δείκτες. Οι Δείκτες αποτελούν τις αριθμητικές σχέσεις στοχεύοντας στην αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος στον οποίο αναφέρονται. Οι κατηγορίες Δεικτών που επιλέχθηκαν στην εν λόγω εργασία είναι οι εξής:

- Δείκτες εισροών

Οι Ανθρώπινοι και υλικοί πόροι συναποτελούν τις εισροές στο σύστημα υγείας καθώς και στα υποσυστήματα μονάδων υγείας και πρόνοιας. Οι εισροές αυτές καθίστανται απαραίτητες για την παραγωγή έργου, δηλαδή υπηρεσίες υγείας – πρόνοιας. Έτσι οι δείκτες εισροών αντικατοπτρίζουν κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες ζήτησης υπηρεσιών από τους πόρους της Π.Φ.Υ. (Κέντρα Υγείας).

- Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο.

Οι δείκτες συσχετίζουν των εξυπηρετούμενο πληθυσμό του ελλαδικού χώρου με το προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Ελλάδας. Αποτυπώνουν την ποσότητα του πληθυσμού που αντιστοιχεί σε κάθε υπάλληλο των Κέντρων Υγείας και παρουσιάζονται ανά κατηγορία προσωπικού.

- Δείκτης εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά σύνολο προσωπικού

$$\frac{\text{Εξυπηρετούμενος πληθυσμός}}{\text{Σύνολο προσωπικού}}$$

- Δείκτης εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά νοσηλευτικό προσωπικό

$$\frac{\text{Εξυπηρετούμενος πληθυσμός}}{\text{Νοσηλευτικό προσωπικό}}$$

- Δείκτης εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά ιατρικό προσωπικό

$$\frac{\text{Εξυπηρετούμενος πληθυσμός}}{\text{Ιατρικό προσωπικό}}$$

- Δείκτης εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά λοιπό προσωπικό

$$\frac{\text{Εξυπηρετούμενος πληθυσμός}}{\text{Λοιπό προσωπικό}}$$

- Δείκτες εργαζόμενων των Κέντρων Υγείας ανά 10.000 κατοίκους

Οι εν λόγω δείκτες συσχετίζουν το προσωπικό που εργάζεται στα Κέντρα Υγείας με τον πληθυσμό της Ελλάδας. Συγκεκριμένα δείχνουν τον αριθμό του προσωπικού που αντιστοιχεί σε κάθε 10.000 κατοίκους και κατά πόσο το προσωπικό αυτό επαρκεί για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού της χώρας. Η ανάλυση γίνεται ανά κατηγορία του προσωπικού.

- Δείκτης συνολικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους.

$$\frac{\text{Συνολικό προσωπικό} * 10.000 \text{ κατοίκους}}{\text{Πληθυσμό έτους}}$$

- Δείκτης νοσηλευτών ανά 10.000 κατοίκους.

$$\frac{\text{Νοσηλευτικό προσωπικό} * 10.000 \text{ κατοίκους}}{\text{Πληθυσμό έτους}}$$

- Δείκτης ιατρών ανά 10.000 κατοίκους

$$\frac{\text{Ιατρικό προσωπικό} * 10.000 \text{ κατοίκους}}{\text{Πληθυσμό έτους}}$$

- Δείκτης διοικητικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους

$$\frac{\text{Λοιπό προσωπικό} * 10.000 \text{ κατοίκους}}{\text{Πληθυσμό έτους}}$$

Στις εισροές των υλικών πόρων περιλαμβάνονται ο μηχανολογικός εξοπλισμός και οι κλίνες. Οι δείκτες που ακολουθούν δημιουργούνται από τις κλίνες και τον πληθυσμό.

- Δείκτης αριθμού κλινών ανά 10.000 κατοίκους

Ο δείκτης αυτός συσχετίζει τις κλίνες που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας με τον πληθυσμό της Ελλάδας και συγκεκριμένα απεικονίζει πόσες κλίνες αναλογούν σε κάθε 10.000 κατοίκους.

$$\frac{\text{Κλίνες} * 10.000 \text{ κατοίκους}}{\text{Πληθυσμός}}$$

- Δείκτης πληθυσμού ανά κλίνες

Αυτός ο δείκτης δείχνει τον αριθμό των ατόμων που αναλογούν σε κάθε κλίνη των Κέντρων Υγείας.

$$\frac{\text{Εξυπηρετούμενος πληθυσμός}}{\text{Αριθμό κλινών}}$$

- Δείκτες εκροών

Οι δείκτες Εκροών κατά κύριο λόγο αξιολογούν και ελέγχουν τις εκροές των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις χρησιμοποιούμενες εισροές και γίνεται γνωστό το επίπεδο παραγωγικότητας των Κέντρων Υγείας.

Οι πιο σημαντικοί δείκτες προσδιορισμού της παραγωγικότητας θα μπορούσαν να αναλυθούν στους εξής:

- Αριθμός νοσολογικής κίνησης ανά απασχολούμενο

Οι δείκτες αυτοί μετράνε τον αριθμό επισκέψεων στα Κέντρα Υγείας που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο. Η ανάλυση γίνεται ανά κατηγορία προσωπικού.

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Σύνολο προσωπικού

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Σύνολο προσωπικού}}$$

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Ιατρικό προσωπικό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Ιατρικό προσωπικό}}$$

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Νοσηλευτικό προσωπικό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Νοσηλευτικό προσωπικό}}$$

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Λοιπό προσωπικό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Λοιπό προσωπικό}}$$

- Δείκτες επάρκειας

Οι δείκτες Επάρκειας στοχεύουν στην αξιολόγηση των εισροών (ποσοτικά αλλά και από άποψη κατανομής) σε σχέση με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Ειδικές σχέσεις μεταξύ ειδικευμένων ομάδων προσωπικού ή ειδικευμένων ομάδων και κλινών απαρτίζουν τον πυρήνα των δεικτών επάρκειας.

- Δείκτες Προσωπικού ανά Κλίνη

Εκφράζουν τον αριθμό των απασχολούμενων των Κέντρων Υγείας που αναλογούν σε κάθε κλίνη τους. Αναφέρονται οι δείκτες ανά κατηγορία προσωπικού αλλά και του συνόλου του προσωπικού των Κέντρων Υγείας.

- Δείκτης Συνολικού Προσωπικού ανά κλίνη

$$\frac{\text{Σύνολο Προσωπικού}}{\text{Σύνολο Κλινών}}$$

- Δείκτης Ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη

$$\frac{\text{Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού}}{\text{Σύνολο Κλινών}}$$

- Δείκτης Νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη

$$\frac{\text{Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού}}{\text{Σύνολο Κλινών}}$$

- Δείκτης Λοιπού προσωπικού ανά κλίνη

$$\frac{\text{Σύνολο Λοιπού Προσωπικού}}{\text{Σύνολο Κλινών}}$$

- Δείκτης μεταξύ Ειδικοτήτων

Ο δείκτης μεταξύ Ειδικοτήτων χρησιμοποιείται στην διαδικασία μέτρησης αλληλοκάλυψης και υποστήριξης μεταξύ των επιμέρους ειδικοτήτων προσωπικού. Ο συνήθης δείκτης επάρκειας επιμέρους ειδικοτήτων προσωπικού επικεντρώνεται στον δείκτη νοσηλευτικό προσωπικό ανά ιατρό. Ο συγκεκριμένος δείκτης εκφράζει τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού που αντιστοιχεί σε κάθε άτομο του ιατρικού προσωπικού.

Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού
Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού

- Δείκτες χρησιμότητας

Οι Δείκτες Χρησιμότητας χρησιμοποιούνται για την εμπέδωση μιας όσο το δυνατόν τεκμηριωμένης εικόνας σχετικά με την Νοσολογική κίνηση στα Κέντρα Υγείας, ως στοιχεία χρησιμοποιούνται ο πληθυσμός και η Νοσολογική Κίνηση.

Νοσολογική Κίνηση
Πληθυσμός

- Περιφερειακοί Δείκτες

Οι δείκτες αυτοί μετράνε τον αριθμό επισκέψεων στα Κέντρα Υγείας που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο ανά Υ.Πε. και χρησιμοποιούν τα στοιχεία, Ιατρικό, Νοσηλευτικό Προσωπικό και Λοιπό Προσωπικό (Προσφορά – Εισροές) και Νοσολογική Κίνηση (Ζήτηση – Εκροές) που αφορούν τα Κέντρα Υγείας ανά Υ.Πε.

Αριθμός νοσολογικής κίνησης ανά απασχολούμενο

Η ανάλυση γίνεται ανά κατηγορία προσωπικού.

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Σύνολο προσωπικού

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Σύνολο προσωπικού}}$$

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Ιατρικό προσωπικό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Ιατρικό προσωπικό}}$$

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Νοσηλευτικό προσωπικό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Νοσηλευτικό προσωπικό}}$$

- Δείκτης Αριθμού Νοσολογικής Κίνησης ανά Λοιπό προσωπικό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσολογικής Κίνησης έτους}}{\text{Λοιπό προσωπικό}}$$

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η καταγραφή των ανωτέρω δεικτών αποδοτικότητας, ανάλυση και ερμηνεία αυτών με βάση τα στοιχεία προσφοράς - ο αριθμός (α) ιατρικού, (β) νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, (γ) διοικητικού και λοιπού προσωπικού, (δ) κλινών, ο οποίος αποτελεί το ανθρώπινο δυναμικό - και ζήτησης με την επισκεψιμότητα σε κάθε Κέντρο Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια,

ως προς τα τακτικά, επείγοντα περιστατικά, τις επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση και για άλλου είδους λόγους, όπως παρατίθενται οι πίνακες στο παράρτημα.

Επακολούθως γίνεται ανασκόπηση της μελέτης, συνάγονται τα αποτελέσματα των συμπερασμάτων και η κρίση αυτών, τόσο από την ανάλυση των δεικτών αποδοτικότητας, όσο από το σύνολο της μελέτης. Ακολουθούν οι υποθέσεις και προτάσεις βελτίωσης στην ΠΦΥ, καθώς και προτάσεις για μελλοντικές μελέτες.

Σημειώνεται ότι στους πίνακες Π-24 έως Π-26 του παραρτήματος, παρουσιάζονται τα αναλυτικά στοιχεία των εκροών (τακτικά, επείγοντα περιστατικά, τις επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση και για άλλου είδους λόγους) για κάθε Κέντρο Υγείας αντίστοιχα.

Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούν μέρος Ελληνικής και Ξένης Βιβλιογραφίας καθώς και ηλεκτρονικών πηγών στατιστικών υπηρεσιών και Νομικών Κειμένων της Ελληνικής Νομοθεσίας.

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. Πληθυσμιακή ταξινόμηση ζήτησης – προσφοράς υπηρεσιών υγείας

4.1 Οργάνωση, δομές και προσωπικό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η παρακολούθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέχρι το έτος 2016 περιοριζόταν στα Κέντρα Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται το σύνολο των δομών παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, πλην των Το.Μ.Υ, για το έτος 2019. (ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019, ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς 26/06/2020)

Πίνακας 1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, ετών 2017-2019

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7
2019	204	101	1425	93	50	221	10

*Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν. 4486/2017 μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας

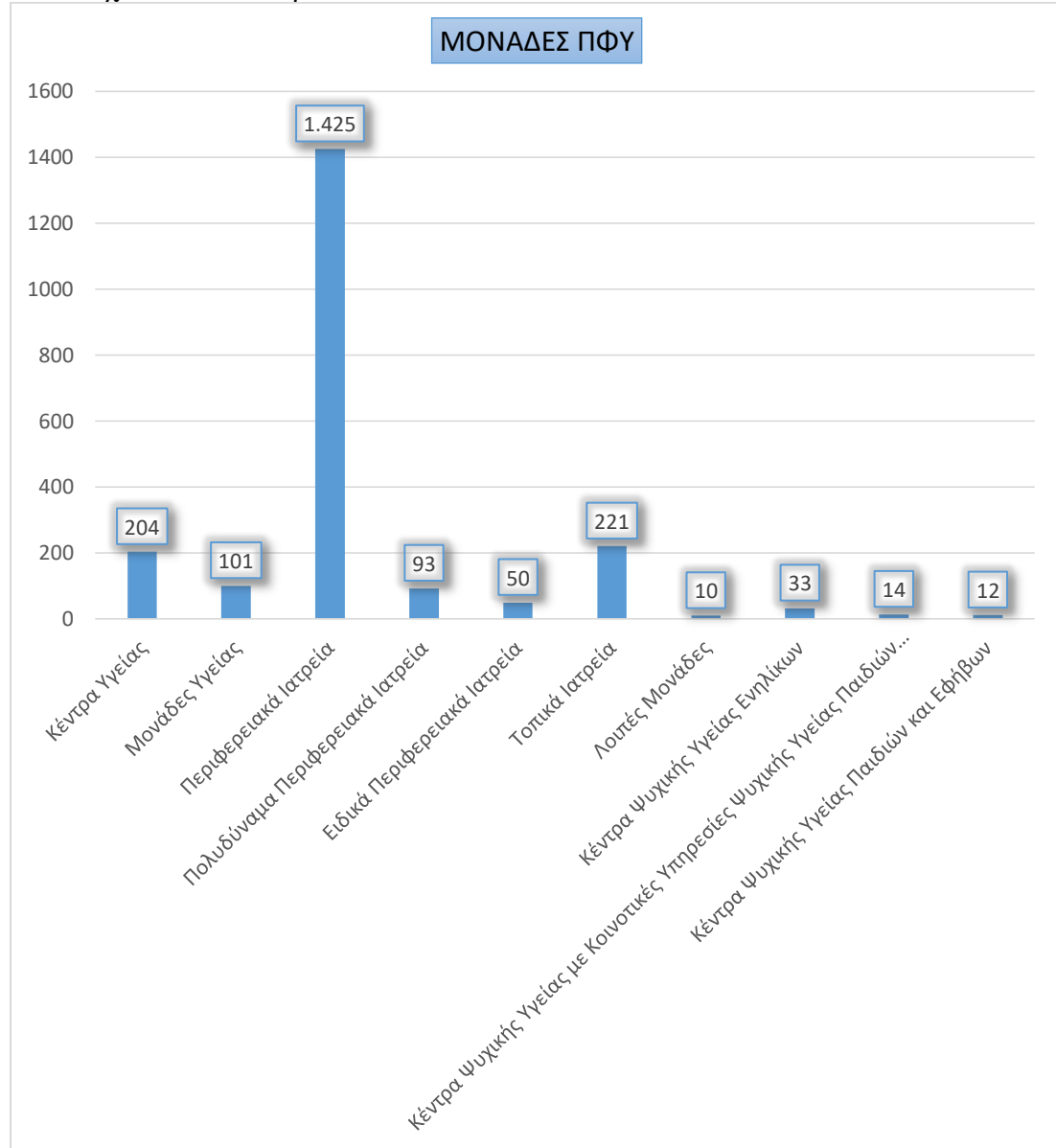
Επιπλέον στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες εμφανίζονται με τρεις διαφορετικούς τύπους (Πίνακας 2). (ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019, ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς 26/06/2020)

Πίνακας 2 Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2019

Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	33
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*	14
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	12
Σύνολο	59

*Υβριδικός τύπος δομής που απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και εφήβους

Τα στοιχεία των ανωτέρω πινάκων αποτυπώνονται στο



Γράφημα 1 Μονάδες ΠΦΥ

Ο συνολικός αριθμός των Κέντρων Υγείας παρέμεινε σταθερός το 2019 σε σχέση με τα δύο τελευταία έτη 2017 και 2018, δηλαδή 204 μονάδες, οι οποίες παρουσιάζουν την ίδια κατανομή, ανά περιφέρεια. Από την κατανομή των Κέντρων Υγείας στις 13 Περιφέρειες της Χώρας, παρατηρείται ότι τα περισσότερα Κέντρα Υγείας βρίσκονται στην Κεντρική Μακεδονία (33 κέντρα), στην Πελοπόννησο (23 κέντρα) και στη Δυτική Ελλάδα (21 κέντρα) ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο (7 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (6 κέντρα). Πίνακας 3. (ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019, ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς 26/06/2020)

Πίνακας 3 Κέντρα Υγείας ανά Περιφέρεια, 2019

Περιφέρεια	Κέντρα Υγείας
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	15
Κεντρική Μακεδονία	33
Δυτική Μακεδονία	6
Ήπειρος	16
Θεσσαλία	17
Ιόνια Νησιά	8
Δυτική Ελλάδα	21
Στερεά Ελλάδα	16
Πελοπόννησος	23
Αττική	17
Βόρειο Αιγαίο	7
Νότιο Αιγαίο	11
Κρήτη	14



Γράφημα 2 Κέντρα Υγείας ανά Περιφέρεια, 2019

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν τη σημαντικότερη δομή ΠΦΥ τα οποία παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ΠΦΥ σε ομάδες πληθυσμού μεταξύ 10.000-50.000 ατόμων (Λιαρόπουλος, 2007) και έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε σε επίπεδο υποδομής να περιλαμβάνουν (Οικονόμου, 2012):

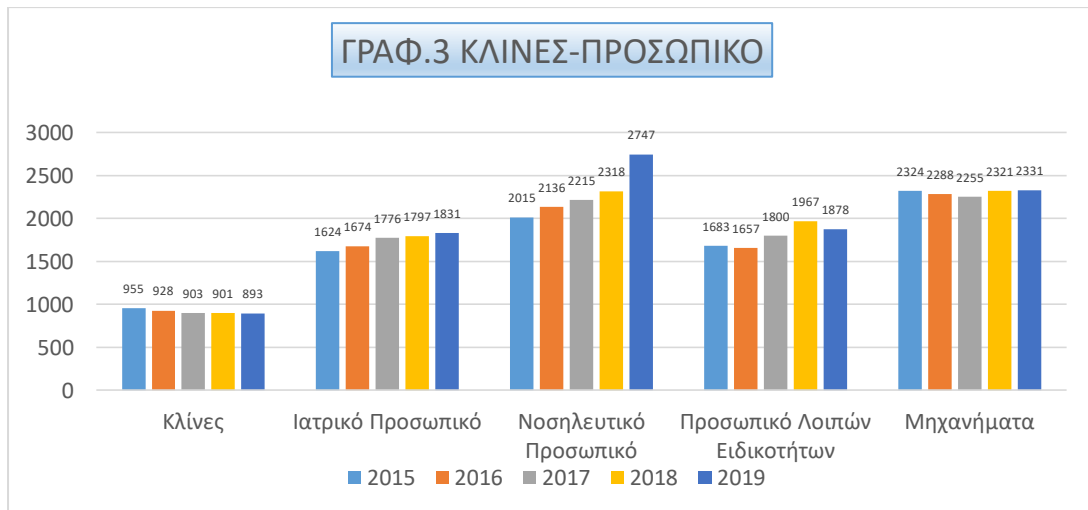
- χώρους εξέτασης, εξοπλισμένοι με όλα τα βασικά διαγνωστικά εργαλεία
- μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο
- μονάδα βραχείας νοσηλείας

- οδοντιατρείο
- σηπτικό χειρουργείο
- ασθενοφόρο για την επείγουσα διακομιδή των περιστατικών που χρήζουν δευτεροβάθμιας περίθαλψης

Στους πίνακες 4 έως 7 παρουσιάζονται αναλυτικά στοιχεία αναφορικά με τη διάρθρωση (κλίνες και εξοπλισμός) μόνο των 204 Κέντρων Υγείας (Ν.4238/2014), καθώς και με το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αυτών. (ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019, ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς 26/06/2020)

Πίνακας 4 Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2015-2019

	Κέντρα Υγείας	Κλίνες	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Προσωπικό Λοιπών Ειδικοτήτων	Μηχανήματα
2015	205	955	1624	2015	1683	2324
2016	204	928	1674	2136	1657	2288
2017	204	903	1776	2215	1800	2255
2018	204	901	1797	2318	1967	2321
2019	204	893	1831	2747	1878	2331



Γράφημα 3 Αριθμός ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπών ειδικοτήτων προσωπικού, κλινών και μηχανημάτων Κέντρων Υγείας, έτη 2015 – 2019. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019.

Συγκρίνοντας τα στοιχεία των Κέντρων Υγείας την τετραετία 2016-2019 συνεπάγονται τα ακόλουθα συμπεράσματα (Γράφημα 3):

- Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού αυξήθηκε από 1.674 το έτος 2016, σε 1.831 το έτος 2019, δηλαδή σε ποσοστό 8,57%.

- Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε από 2.136 το έτος 2016, σε 2.747 το έτος 2019, δηλαδή σε ποσοστό 22,24%.
- Ο αριθμός του προσωπικού λοιπών ειδικοτήτων αυξήθηκε από 1.657 το έτος 2016, σε 1.878 το έτος 2019, δηλαδή σε ποσοστό 11,7%.
- Ο αριθμός κλινών μειώθηκε από 928 το έτος 2016 σε 893 το έτος 2019, δηλαδή σε ποσοστό 3,77%.
- Ο αριθμός των ιατρικών μηχανημάτων αυξήθηκε από 2.288 το έτος 2016 σε 2.331 το έτος 2019, δηλαδή σε ποσοστό 1,84%

Πίνακας 5 Κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, έτη 2017 έως 2019

	Κέντρα Υγείας	Κλίνες					Ιατρικό προσωπικό				
		2017	2018	2019	18/17 %	19/18 %	2017	2018	2019	18/17 %	19/18 %
Σύνολο χώρας	204	903	901	893	-0,2	-0,9	1776	1797	1831	1,2	1,9
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	15	55	58	58	5,5	0,0	124	114	140	-8,1	22,8
Κεντρική Μακεδονία	33	113	111	111	-1,8	0,0	342	335	370	-2,0	10,4
Δυτική Μακεδονία	6	26	26	26	0,0	0,0	53	54	71	1,9	31,5
Ήπειρος	16	71	71	71	0,0	0,0	98	101	74	3,1	-26,7
Θεσσαλία	17	95	96	96	1,1	0,0	120	113	132	-5,8	16,8
Ιόνια Νησιά	8	34	34	34	0,0	0,0	49	52	38	6,1	-26,9
Δυτική Ελλάδα	21	85	85	78	0,0	-8,2	140	136	138	-2,9	1,5
Στερεά Ελλάδα	16	78	78	78	0,0	0,0	121	124	162	2,5	30,6
Πελοπόννησος	23	108	109	108	0,9	-0,9	139	143	121	2,9	-15,4
Αττική	17	59	58	58	-1,7	0,0	330	369	362	11,8	-1,9
Βόρειο Αιγαίο	7	40	38	38	-5,0	0,0	46	46	44	0,0	-4,3
Νότιο Αιγαίο	11	71	73	73	2,8	0,0	98	101	91	3,1	-9,9
Κρήτη	14	68	64	64	-5,9	0,0	116	109	88	-6,0	-19,3

Πίνακας 6 Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2017 έως 2019

	Νοσηλευτικό Προσωπικό					Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων				
	2017	2018	2019	18/17 %	19/18 %	2017	2018	2019	18/17 %	19/18 %
Σύνολο χώρας	2215	2318	2747	4,7	18,5	1800	1967	1878	9,3	-4,5
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	208	213	258	2,4	21,1	126	141	127	11,9	-9,9
Κεντρική Μακεδονία	512	537	560	4,9	4,3	343	346	342	0,9	-1,2
Δυτική Μακεδονία	82	90	99	9,8	10,0	58	63	60	8,6	-4,8
Ήπειρος	169	179	236	5,9	31,8	123	132	102	7,3	-22,7
Θεσσαλία	260	273	331	5,0	21,2	173	184	191	6,4	3,8
Ιόνια Νησιά	40	42	47	5,0	11,9	47	45	42	-4,3	-6,7
Δυτική Ελλάδα	152	154	205	1,3	33,1	136	145	122	6,6	-15,9
Στερεά Ελλάδα	136	135	170	-0,7	25,9	146	160	157	9,6	-1,9
Πελοπόννησος	143	155	206	8,4	32,9	150	151	127	0,7	-15,9
Αττική	270	271	304	0,4	12,2	186	242	279	30,1	15,3
Βόρειο Αιγαίο	63	73	93	15,9	27,4	79	103	116	30,4	12,6
Νότιο Αιγαίο	79	85	118	7,6	38,8	105	116	99	10,5	-14,7
Κρήτη	101	111	120	9,9	8,1	128	139	114	8,6	-18,0

Πίνακας 7 Ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, έτη 2017 έως 2019

	2017	2018	2019	18/17 %	19/18 %
Σύνολο χώρας	2255	2321	2331	2,9	0,4
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	179	189	195	5,6	3,2
Κεντρική Μακεδονία	391	409	414	4,6	1,2
Δυτική Μακεδονία	70	72	72	2,9	0,0
Ήπειρος	145	166	164	14,5	-1,2
Θεσσαλία	199	206	208	3,5	1,0
Ιόνια Νησιά	91	89	80	-2,2	-10,1
Δυτική Ελλάδα	170	167	163	-1,8	-2,4
Στερεά Ελλάδα	147	152	151	3,4	-0,7
Πελοπόννησος	234	234	225	0,0	-3,8
Αττική	222	229	222	3,2	-3,1
Βόρειο Αιγαίο	97	102	107	5,2	4,9
Νότιο Αιγαίο	132	135	144	2,3	6,7
Κρήτη	178	171	186	-3,9	8,8

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ (2019), σε σύνολο 204 Κέντρων Υγείας, σε επίπεδο προσωπικού απασχολούνταν 1.831 ιατροί, 2.747 νοσηλευτές και 1.878 άτομα λοιπών ειδικοτήτων, ενώ καταγράφηκαν 893 κλίνες και 2.331 ιατρικά μηχανήματα (συμπεριλαμβανομένων ακτινοδιαγνωστικών και οδοντιατρικών μηχανήματων, αυτόματων αναλυτών, μηχανημάτων τεχνητού νεφρού, υπερηχοκαρδιογράφων, ηλεκτροεγκεφαλογράφων και υπερηχογράφων, απινιδωτών, μικροσκοπίων, φωτόμετρων και φασματόμετρων) (Πίνακες 4, 5, 6, 7).

Από τη σύγκριση των στοιχείων των Κέντρων Υγείας των τελευταίων ετών 2017-2019 παρατηρούνται τα ακόλουθα:

- Η δύναμη των κλινών που βρίσκονται στα Κέντρα Υγείας μειώθηκε κατά 0,9% το 2019 σε σύγκριση με το 2018 και κατά 0,2% το 2018 σε σύγκριση με το 2017 στο σύνολο της Χώρας (Πίνακας 5).
- Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στα Κέντρα Υγείας παρουσίασε αύξηση κατά 1,9% το 2019 σε σχέση με το 2018 και κατά 1,2% το 2018 σε σχέση με το 2017, στο σύνολο της Χώρας. Σημαντική αύξηση παρατηρείται το 2019 σε σχέση με το 2018 στις Περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας και Στερεάς Ελλάδας κατά 31,5% και 30,6%, αντίστοιχα, καθώς και το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες Αττικής και Ιονίων Νησιών

κατά 11,8% και 6,1% αντίστοιχα. Αντίθετα, σημαντική μείωση παρατηρείται το 2019 σε σχέση με το 2018 στις Περιφέρειες των Ιονίων Νησιών και της Ηπείρου κατά 26,9% και 26,7% αντίστοιχα, καθώς και το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και της Κρήτης κατά 8,1% και 6,0%, αντίστοιχα (Πίνακας 5).

- Το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε το 2019 σε σχέση με το 2018 κατά 18,5% και το 2018 σε σχέση με το έτος 2017 κατά 4,7%. Αύξηση παρατηρείται κατά το 2019 σε σχέση με το 2018 σε όλες τις Περιφέρειες, με σημαντικότερη αυτή στις Περιφέρειες Νοτίου Αιγαίου και Δυτικής Ελλάδας με 38,8% και 33,1% αντίστοιχα. Κατά το 2018 σε σχέση με το 2017 παρατηρείται αύξηση στις Περιφέρειες Βόρειου Αιγαίου και Κρήτης κατά 15,9% και 9,9% αντίστοιχα, αντίθετα παρατηρήθηκε μείωση στην Περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας κατά 0,7% (Πίνακας 6).
- Το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, παρουσίασε μείωση το 2019 σε σχέση με το 2018 κατά 4,5% και αύξηση το 2018 σε σχέση με το 2017 κατά 9,3%. Σημαντικότερη αύξηση παρατηρείται το 2019 σε σχέση με το 2018 στις Περιφέρειες της Αττικής και του Βόρειου Αιγαίου κατά 15,3% και 12,6% αντίστοιχα, καθώς και το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες της Βορείου Αιγαίου και της Αττικής κατά 30,4% και 30,1% αντίστοιχα (Πίνακας 6).

Στα ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, παρατηρήθηκε αύξηση στο σύνολο της Χώρας το 2019 σε σχέση με το 2018 κατά 0,4% και αύξηση κατά 2,9% το 2018 σε σχέση με το 2017 (Πίνακας 7).

Χάρτης 1 Ελλάδα ανά υγειονομική περιφέρεια.



Στον πίνακα 8 αποτυπώνεται η κατανομή των Κέντρων Υγείας, των Μονάδων Υγείας και των ΤΟΜΥ ανά υγειονομική περιφέρεια σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλήθηκαν από το σύστημα επιχειρηματικής ευφυΐας του Υπουργείου Υγείας (2019).

Πίνακας 8 Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ ανά κατηγορία, ανά ΥΠε, έτος 2019. Πηγή: Bi Forms, 2019

Υγειονομικές Περιφέρειες	Κέντρα Υγείας	Μονάδες Υγείας	Κέντρα Υγείας + Μονάδες Υγείας	ΤΟΜΥ
1 ^η Υ.Πε. (Αττικής)	9	21	30	12
2 ^η Υ.Πε. (Πειραιώς & Αιγαίου)	25	24	49	20
3 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας)	18	13	31	10
4 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας & Θράκης)	36	10	46	14
5 ^η Υ.Πε. (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)	33	10	43	16
6 ^η Υ.Πε. (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας)	68	22	90	33
7 ^η Υ.Πε. (Κρήτης)	15	3	18	12
Σύνολο	204	103	307	117



Γράφημα 4 Κατανομή Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια

Παρατηρείται ότι τα περισσότερα Κέντρα Υγείας είναι στην 6^η Υ.Πε. αναμενόμενο εφόσον αποτελεί την μεγαλύτερη Υ.Πε. κάλυψης των περισσότερων νομών σε συνολική έκταση, όπως διαπιστώνεται και στον χάρτη 1. Ενώ στην 1^η Υ.Πε. Αττικής ο αριθμός των Κ.Υ. είναι ο μικρότερος λόγω του ότι στην Περιφέρεια αυτή ο πληθυσμός εξυπηρετείται από την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Άλλες δομές ΠΦΥ, με σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο, αποτελούν τα ιατρεία και τα φαρμακεία των δήμων, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα κέντρα Ημερήσια Φροντίδας Ηλικιωμένων (Δομάγερ & Λιονής, 2020).

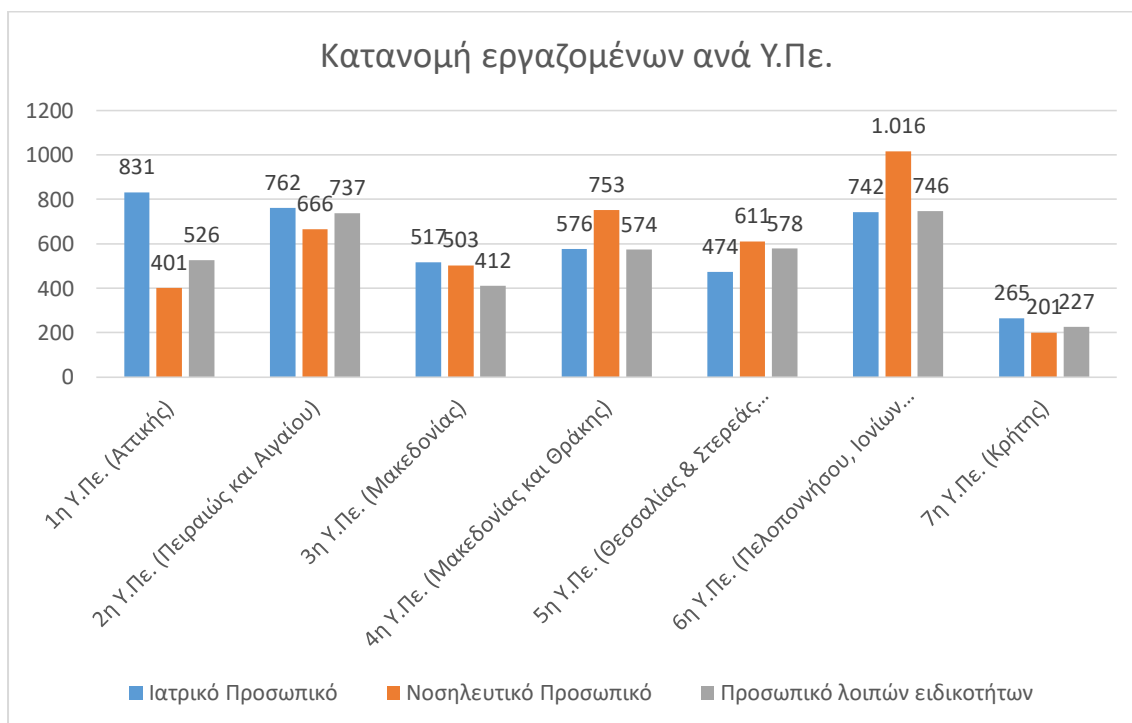
Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται ο αριθμός των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας (πρώην ΙΚΑ οι οποίες βάσει του Ν.4486/2017 μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας) και στις 117 Το.Μ.Υ. για το έτος 2019 ανά Υγειονομική Περιφέρεια. (Δελτίο Τύπου Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ: Έτος 2019, ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς 26/06/2020)

Πίνακας 9 Αριθμός εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις Το.Μ.Υ. ανά Υγειονομική περιφέρεια για το έτος 2019*

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Σύνολο ανά Υ.Πε.
1 ^η Υ.Πε. (Αττικής)	831	401	526	1.758
2 ^η Υ.Πε. (Πειραιώς και Αιγαίου)	762	666	737	2.165
3 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας)	517	503	412	1.432
4 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας και Θράκης)	576	753	574	1.903
5 ^η Υ.Πε. (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)	474	611	578	1.663
6 ^η Υ.Πε. (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)	742	1.016	746	2.504
7 ^η Υ.Πε. (Κρήτης)	265	201	227	693
Σύνολο	4.167	4.151	3.800	12.118

*Δεν περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στα Τοπικά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία

Σε σύνολο επτά (7) Υγειονομικών Περιφερειών, ο συνολικός αριθμός προσωπικού όλων των ειδικοτήτων που απασχολείται σε Κέντρα Υγείας, Μονάδες Υγείας (Πρώην ΙΚΑ οι οποίες βάσει του Ν.4486/2017 μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας) και ΤΟΜΥ είναι 12.188. Συγκεκριμένα ο συνολικός ιατρικού προσωπικού είναι 4.167, του νοσηλευτικού προσωπικού 4.151, και του προσωπικού λοιπών ειδικοτήτων (διοικητικό, παραϊατρικό, τεχνικό κι επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό) 3.800.



Γράφημα 5 Κατανομή εργαζομένων Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια 2019

Μελετώντας το ανωτέρω Γράφημα συνάγονται τα εξής συμπεράσματα:

- Συγκρίνοντας και με το Γράφημα 4 παρατηρείται ότι παρόλο που στη 1^η Υ.Πε. Αττικής υπάρχουν τα λιγότερα Κ.Υ. έχει τον υψηλότερο αριθμό σε Ιατρικό

προσωπικό (831), αλλά μεγάλη δυσαναλογία με το Νοσηλευτικό προσωπικό (401).

- Στην 4^η Μακεδονίας & Θράκης, 5^η Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας το Νοσηλευτικό προσωπικό συγκριτικά με το Ιατρικό προσωπικό είναι υψηλότερο γεγονός που πλησιάζει στην σωστή κατανομή δύο Νοσηλευτές ανά Ιατρό.
- Όσον αφορά το λοιπό προσωπικό παρατηρείται ότι στην 3^η Υ.Πε. Μακεδονίας αποτελεί την μικρότερη τιμή σε σχέση με τις άλλες Υ.Πε.

4.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων των Κέντρων Υγείας με βάση την Περιφερειακή Ενότητα

Στο επόμενο στάδιο, αναλύονται τα αποτελέσματα των Κέντρων Υγείας με βάση την Περιφερειακή Ενότητα που βρίσκονται (αστική, ημιαστική και αγροτική), δεδομένου ότι αποτελούν τον πυρήνα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (Λιαρόπουλος, 2007). Ήδη έχει αναφερθεί ότι από συστάσεως ΕΣΥ η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ προς τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών απασχόλησε την νομοθεσία και για το λόγο αυτό συστάθηκαν τα αγροτικού τύπου Κέντρα Υγείας (ν.1397/1983). Λόγω της ιδιαίτερης γεωγραφίας (με περισσότερα από 3.000 νησιά) που παρουσιάζει η Ελλάδα, κρίθηκε αναγκαία η κατηγοριοποίηση με βάση τα χαρακτηριστικά της περιοχής που βρίσκονται, για την εξαγωγή επιπρόσθετων συμπερασμάτων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τροφίμων και Γεωργίας (Food and Agriculture Organization (FAO)) για την κατηγοριοποίηση των περιοχών σε αγροτικές, ημιαστικές και αστικές, μπορεί να ληφθεί υπόψη ο πληθυσμός του οικισμού (FAO, 2018). Συγκεκριμένα:

- ✓ Οικισμοί από 500-5.000 κατοίκους χαρακτηρίζονται ως αγροτικά συμπλέγματα (ή αλλιώς αγροτική περιοχή)
- ✓ Οικισμοί από 5.000-50.000 κατοίκους χαρακτηρίζονται ως αστικά συμπλέγματα (ή αλλιώς ημιαστική περιοχή)
- ✓ Οικισμοί > 50.000 κατοίκων χαρακτηρίζονται ως αστικά κέντρα (ή αλλιώς αστική περιοχή)

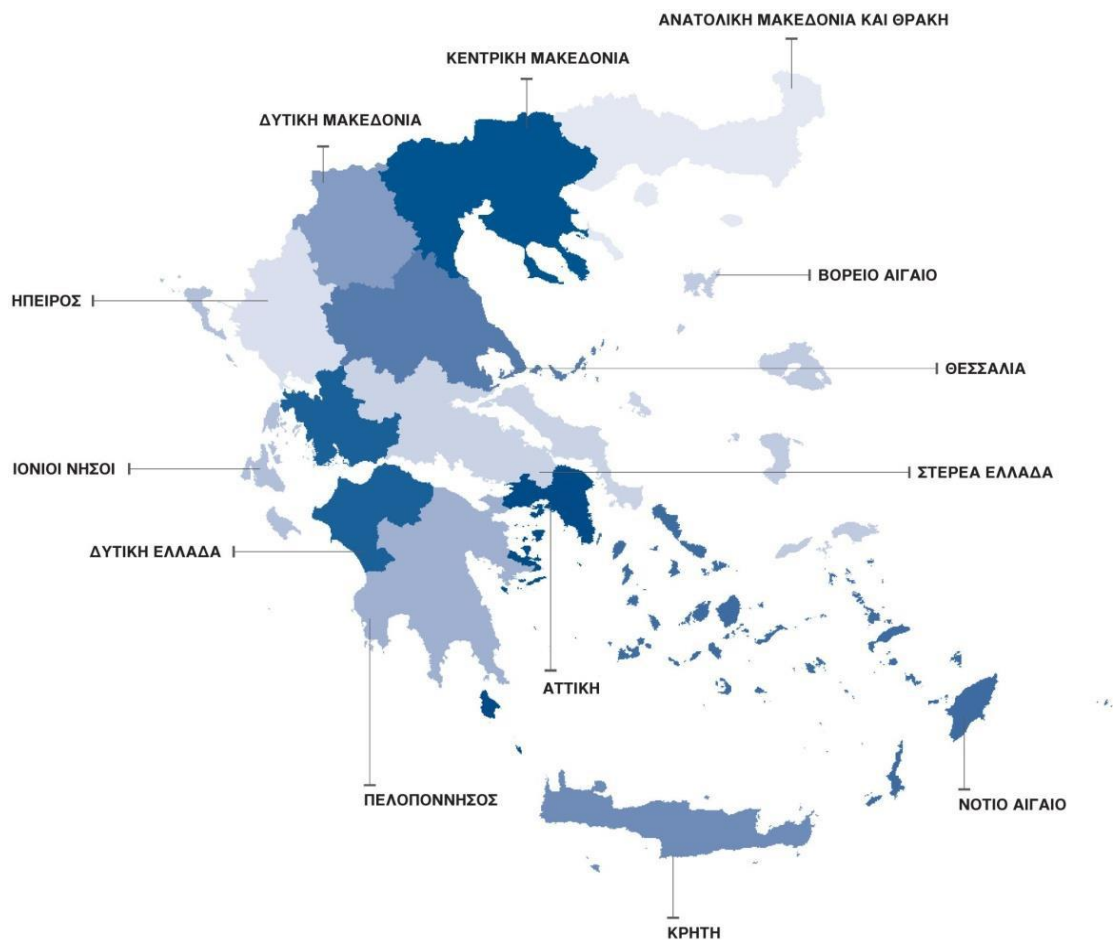
Λαμβάνοντας υπόψη τα δημοσιευμένα στατιστικά στοιχεία απογραφής πληθυσμού, όπως περιγράφονται στον πίνακα αποτελεσμάτων Νόμιμου Πληθυσμού -

Απογραφής 2011 (dejure_population_census2011rev_gr.xls) (ΕΛΣΤΑΤ, 2011), κατηγοριοποιούνται τα Κέντρα Υγείας με βάση την περιοχή που βρίσκονται.

Η Eurostat (2016) προτείνει για την ταξινόμηση των περιοχών σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές, την παρακάτω τυπολογία:

1. Κυρίως αστικές περιοχές: σε αυτή την περίπτωση ο αγροτικός πληθυσμός των παραπάνω περιοχών αποτελεί λιγότερο από το 20% του συνολικού πληθυσμού (αστικές περιοχές)
2. Ενδιάμεσες περιοχές: σε αυτή την περίπτωση ο αγροτικός πληθυσμός αποτελεί από 20% έως 50% του συνολικού πληθυσμού (ημιαστικές περιοχές)
3. Κυρίως αγροτικές περιοχές, όπου ο αγροτικός πληθυσμός υπερβαίνει το 50% του συνολικού πληθυσμού (αγροτικές περιοχές)

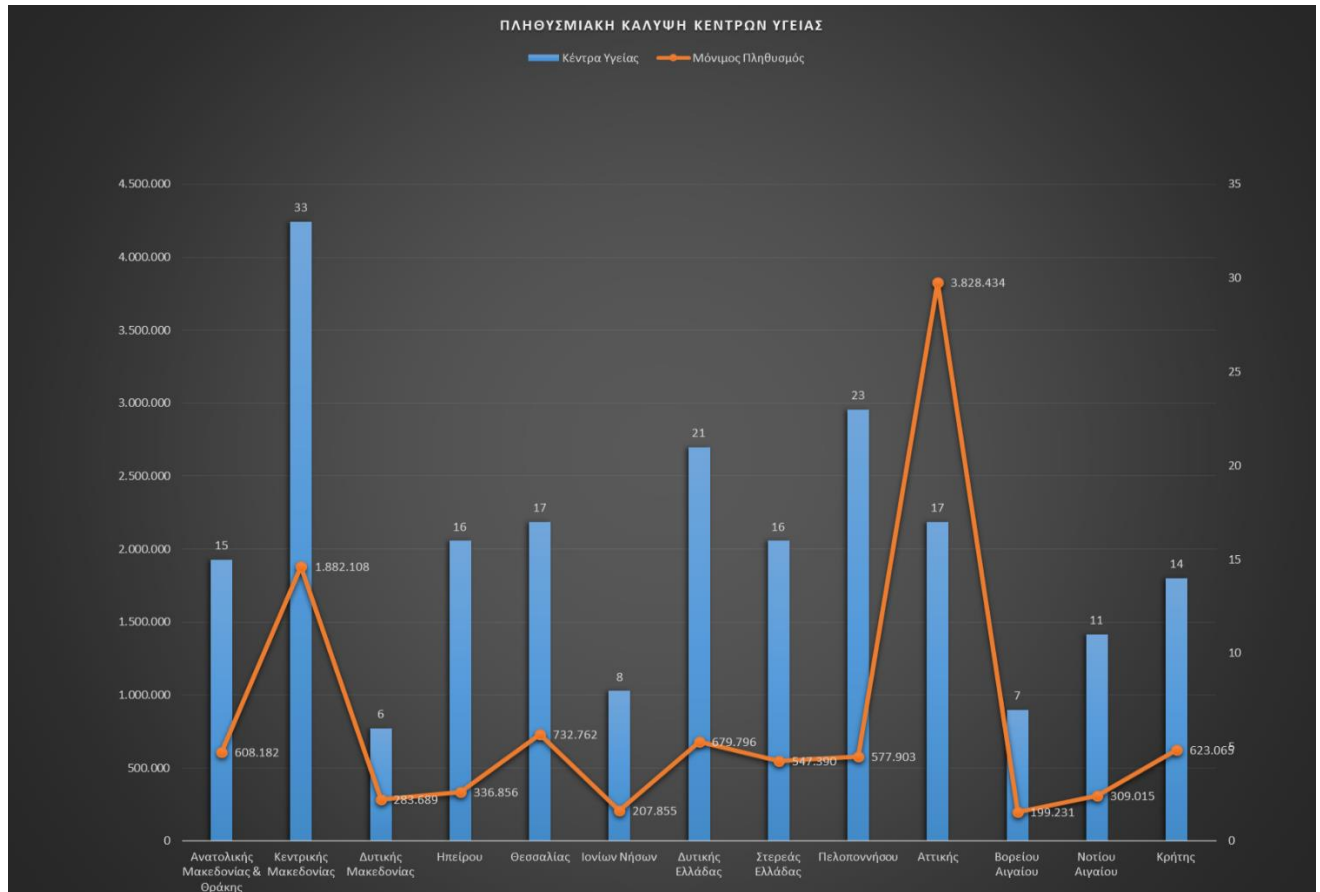
Χάρτης 2 Απεικόνιση γεωγραφικών διαμερισμάτων ελλαδικού χώρου.



Πίνακας 10 Απεικόνιση ποσοστιαίας κάλυψης πληθυσμού – Κέντρων Υγείας.

Περιφέρεια	Κέντρα Υγείας	Μόνιμος Πληθυσμός	Ποσοστό κάλυψης
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	15	608.182	0,25%
Κεντρικής Μακεδονίας	33	1.882.108	0,18%
Δυτικής Μακεδονίας	6	283.689	0,21%
Ηπείρου	16	336.856	0,47%
Θεσσαλίας	17	732.762	0,23%
Ιονίων Νήσων	8	207.855	0,38%
Δυτικής Ελλάδας	21	679.796	0,31%
Στερεάς Ελλάδας	16	547.390	0,29%
Πελοποννήσου	23	577.903	0,40%
Αττικής	17	3.828.434	0,04%
Βορείου Αιγαίου	7	199.231	0,35%
Νοτίου Αιγαίου	11	309.015	0,36%
Κρήτης	14	623.065	0,22%
Σύνολο	204	10.816.286	0,19%

Πηγή: Eurostat



Γράφημα 6 Απεικόνιση αναλογίας πληθυσμού – Κέντρων Υγείας.

Μελετώντας το παραπάνω πίνακα & γράφημα παρατηρούνται τα εξής:

- Στις Περιφερειακές Ενότητες με αγροτικού τύπου περιοχές, η κάλυψη είναι στα υψηλότερα ποσοστά, όπως Περιφερειακή Ενότητα Ηλείου με ποσοστό 0,47% και Πελοπόννησος με ποσοστό 0,40%.
- Ακολουθούν οι νησιωτικές περιοχές των Περιφερειακών Ενοτήτων Ιονίων Νήσων, Βορείου Αιγαίου και Νοτίου Αιγαίου, με ποσοστό 0,38%, 0,36% και 0,35% αντίστοιχα, γεγονός που τεκμηριώνει τον ν.1397/1983 περί παροχής ποιοτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προς τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών.
- Εν συνεχεία οι Περιφερειακές Ενότητες ημιαστικού τύπου όπως οι Περιφέρειες Μακεδονίας με ποσοστό 0,25%, 0,21% και 0,18%, Θεσσαλίας με ποσοστό 0,23%, Στερεάς Ελλάδας και Κρήτης με αντίστοιχα ποσοστά 0,25 – 0,21 – 0,18 και 0,23 – 0,29 – 0,22.
- Τέλος το αναμενόμενο αποτέλεσμα του ποσοστού κάλυψης στην Περιφέρεια Αττικής με 0,04% λόγω του καθαρά αστικού τύπου και της κάλυψης ζήτησης ποιοτικών υπηρεσιών από τα Νοσοκομεία.

4.3 Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία όχι μόνο ως απουσία ασθένειας αλλά ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής και ψυχικής ευεξίας (WHO, 1978). Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αποτυπώνει την ανάγκη των ασθενών για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του αλλά και την υιοθέτηση της καλύτερης δυνατής θεραπευτικής αντιμετώπισης σε περίπτωση ασθένειας (Αλετράς και συν., 2002).

Η γενική μορφή που είναι δυνατό να λάβει η συνάρτηση της ζήτησης διατυπώνεται με την ακόλουθη σχέση:

$$D = f(I, P, L)$$

D: ζήτηση.

P: τιμή

I: εισόδημα.

L: κρισιμότητα κατάστασης ασθενούς (Σουλιώτης, 2000).

Σύμφωνα με την παραπάνω συνάρτηση η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από το εισόδημα του ασθενούς – καταναλωτή, την τιμή των υπηρεσιών υγείας και από την κρισιμότητα της κατάστασης υγείας του ασθενούς.

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών στο σύγχρονο περιβάλλον δεν επηρεάζεται μόνο από το σύστημα υγείας και τους οικονομικούς παράγοντες που επικρατούν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Οι σύγχρονες ανάγκες έχουν επηρεάσει τη ζήτηση σε μεγάλο βαθμό (Κυριόπουλος, 2009). Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων που σχετίζεται όχι μόνο από οικονομικούς αλλά και από κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες (Mc Michael et al., 2006).

Η μορφή που λαμβάνει η συνάρτηση λαμβάνοντας υπόψη τους συνολικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση είναι η εξής:

$$D = f (Pa, Po, Ins, T, Y, HS, Age, Ed, L-S)$$

D : ζήτηση για την υπηρεσία υγείας

Pa : τιμή αγαθού

Po : τιμή άλλων αγαθών

Ins : ασφαλιστική κάλυψη

T : χρόνος πρόσβασης

Y : εισόδημα του καταναλωτή

A : ηλικία

HS : επίπεδο της κατάστασης υγείας

Ed : εκπαιδευτικό επίπεδο του καταναλωτή

L-S : τρόπος ζωής (Υφαντόπουλος, 2006).

Επομένως σύμφωνα με την παραπάνω συνάρτηση η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την τιμή του αγαθού, την τιμή των άλλων αγαθών, από την ασφαλιστική κάλυψη του ασθενούς, τον χρόνο πρόσβασης στην υπηρεσία υγείας, από το εισόδημα του ασθενούς – καταναλωτή, την ηλικία, το επίπεδο της κατάστασης της υγείας και του τρόπου ζωής του ατόμου.

4.4 Προσδιοριστικοί Παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Σύμφωνα με τον Τούντα (2005) οι παράγοντες που προσδιορίζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι δυνατό να διακριθούν σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και τέλος σε παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας.

Αρχικά, υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας όπως συμβαίνει και με εκείνη των άλλων αγαθών. Τέτοιοι είναι το εισόδημα, οι προτιμήσεις των καταναλωτών και οι τιμές των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις τιμές των άλλων αγαθών (Αλετράς κ. συν., 2002:18), ενώ οι τιμές των υπηρεσιών υγείας καθ’ αυτές θεωρείται από ορισμένους ότι επιδρούν ελάχιστα στη ζήτηση αφού η φροντίδα υγείας παρουσιάζει ανελαστική ζήτηση ως προϊόν.

Το επίπεδο υγείας αποτελεί ένα βασικό παράγοντα που σχετίζεται με τη χρήση και τη ζήτηση των υγείας (Grimsmo and Siem, 1984). Οι αντιλήψεις του ατόμου που αφορούν στην υγεία, στο πολιτιστικό υπόβαθρο, στις γνώσεις και στη πληροφόρηση μπορούν να διαμορφώσουν σε διαφορετικό επίπεδο τις απαιτήσεις που έχει το άτομο για την υγεία του. Από τη μελέτη των Luft et al. (1976) προκύπτει ότι το επίπεδο υγείας αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο υγείας τόσο υψηλότερη είναι η ζήτηση (Wedig, 1998). Οι δημογραφικοί παράγοντες αναφέρονται κατά κύριο λόγο στο φύλο, στην ηλικία και στην οικογενειακή κατάσταση. Η τιμή των υπηρεσιών υγείας συνιστά βασικό παράγοντα που ασκεί επίδραση στην ατομική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Οι Ματσαγγάνης και Μητράκος (2000) εξετάζουν την εμπειρική σχέση μεταξύ της τιμής των υπηρεσιών υγείας και της ζήτησης στην Ελλάδα. Παρατηρούν πως όταν αυξάνεται η τιμή των υπηρεσιών υγείας μειώνεται η ζήτηση. Στην ίδια μελέτη οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και της ζήτησης. Τα άτομα που έχουν χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο ζητούν κυρίως υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχονται από νοσοκομεία όπως αναφέρουν οι Benzeval et al. (1994). Τα άτομα υψηλότερης εισοδηματικής θέσης ανεξάρτητα με την κατάσταση της υγείας τους κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που διαφαίνεται κατά κύριο λόγο από τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων που πραγματοποιούν (Van der Heyden et al, 2003). Παράλληλα όμως η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και του εισοδήματος των πολιτών οδήγησε στην υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών για την υγεία όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση

αλκοόλ και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Απόρροια των παραπάνω είναι η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με τα παραπάνω με συνέπεια την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2008).

Εξάλλου, στους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης υπηρεσιών υγείας συγκαταλέγονται η αξιολόγηση μιας μονάδας υγείας από τους ασθενείς ως προς την ποιότητα, διασπειρόμενης μιας καλής ή κακής φήμης (Saeed, 1998), ο χρόνος αναμονής του ασθενή και ο χρόνος πρόσβασής του στο μέρος παροχής των υπηρεσιών, η εμπειρία που είχαν από κάποια μονάδα υγείας και ο βαθμός πόνου που είχαν βιώσει, ο βαθμός αποκατάστασης της υγείας τους από αυτή (Isroliwala et al., 2004), το κίνητρο που δίνει μια μονάδα υγείας στους καταναλωτές με εμφάνιση ποιοτικών χαρακτηριστικών (Wubker et al., 2008) και η σύσταση της μονάδας υγείας από κάποιον ειδικό (Lako & Rosenau, 2008).

Οι περισσότεροι παράγοντες μπορούν να αντιμετωπιστούν και ως μεταβλητές που επηρεάζουν την εναλλακτική επιλογή του καταναλωτή για ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.

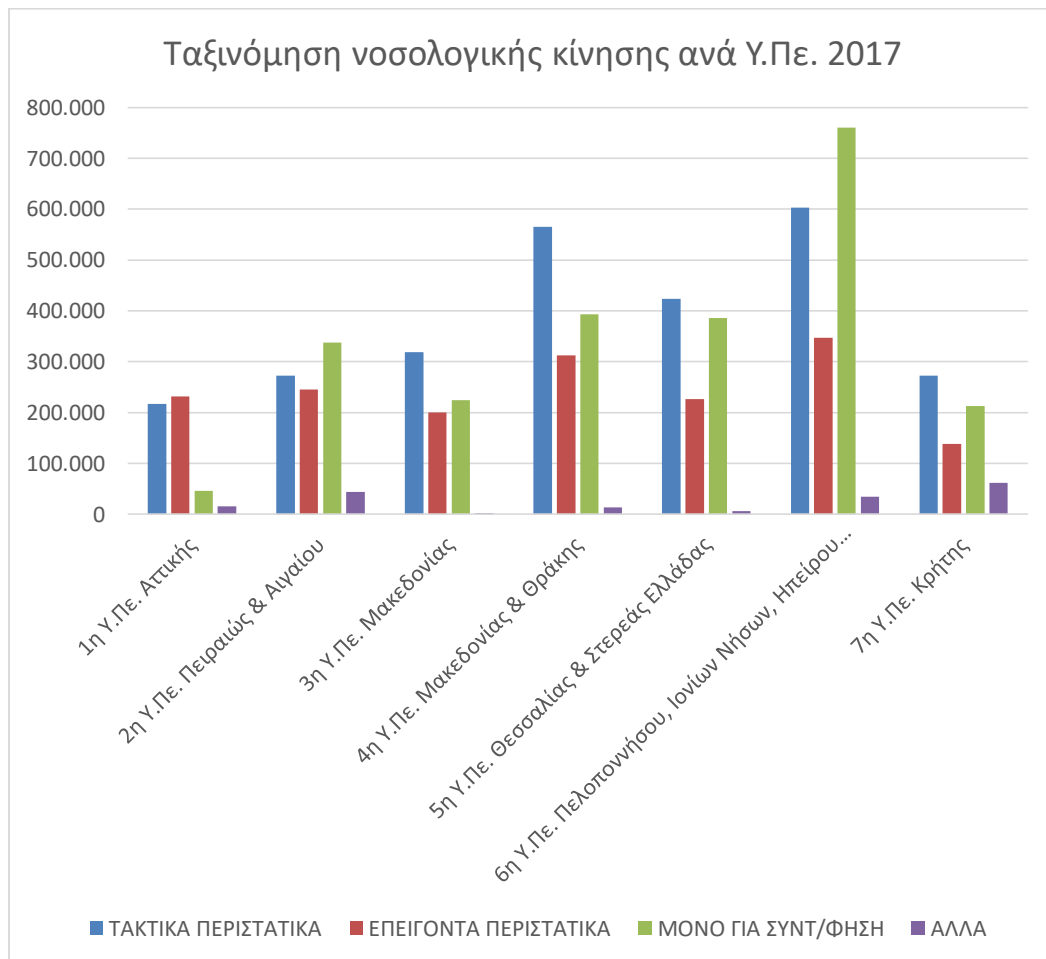
4.5 Νοσολογική Κίνηση Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει προσπάθεια καταγραφής και ανάλυσης των στοιχείων της νοσολογικής κίνησης των Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Η ανάλυση θα στηριχτεί στη νοσολογική κίνηση των Κέντρων Υγείας κατά την χρονική περίοδο 2017 – 2019, σε τακτικά περιστατικά, επείγοντα περιστατικά, επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση και σε άλλα.

Σημειώνεται ότι στους πίνακες Π-24 έως Π-26 του παραρτήματος, παρουσιάζονται τα αναλυτικά στοιχεία των εκροών (τακτικά, επείγοντα περιστατικά, τις επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση και για άλλου είδους λόγους) για κάθε Κέντρο Υγείας αντίστοιχα.

Πίνακας 11 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2017.

	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
1η Υ.Πε. Αττικής	217.011	231.910	45.855	15.178
2η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου	272.648	245.322	337.351	44.259
3η Υ.Πε. Μακεδονίας	319.291	200.801	224.166	2.085
4η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης	565.756	312.169	392.956	13.828
5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	423.624	226.576	385.563	6.462
6η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας	602.573	347.439	760.554	34.421
7η Υ.Πε. Κρήτης	272.422	138.607	213.264	62.302



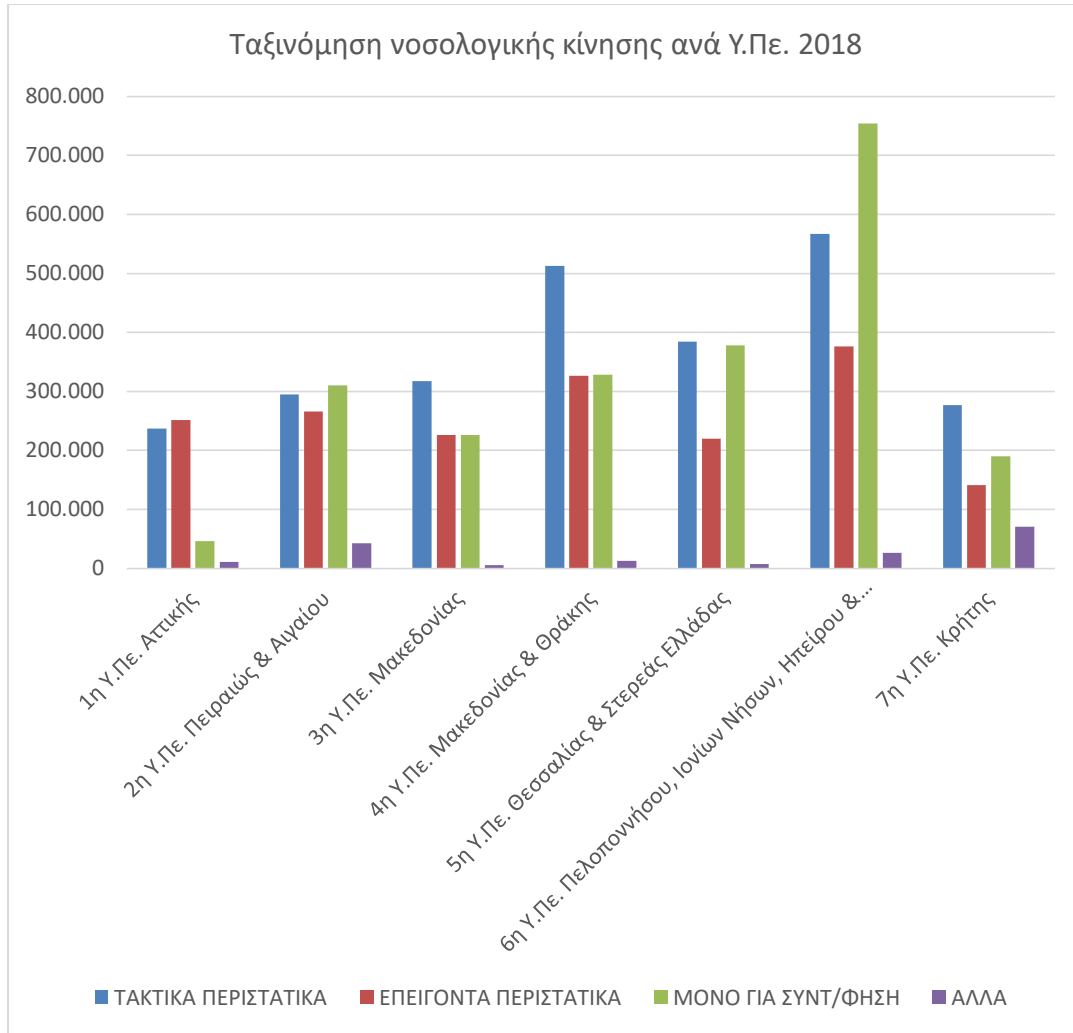
Γράφημα 7 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2017.

Μελετώντας τον Πίνακα 11 και την απεικόνισή του στο Γράφημα 7 παρατηρείται ότι κατά το έτος 2017:

- Η νοσολογική κίνηση για τακτικούς λόγους παρουσιάζει τα υψηλότερα νούμερα στην 3^η & 4^η Υ.Πε. (Μακεδονίας & Μακεδονίας και Θράκης αντίστοιχα), σε σχέση με τους άλλους λόγους νοσολογικής κίνησης στις υπόλοιπες Υ.Πε.
- Τα επείγοντα περιστατικά εμφανίζουν την υψηλότερη τιμή στην 1^η Υ.Πε. Αττικής, γεγονός που αιτιολογείται λόγω του μεγαλύτερου αριθμού πληθυσμού.
- Αξιοσημείωτη διαφορά συγκριτικά παρουσιάζει η προσέλευση του πληθυσμού μόνο για συνταγογράφηση στην 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, την μεγαλύτερη σε γεωγραφική και διαμερισματική κάλυψη Υ.Πε. στον ελλαδικό χώρο.

Πίνακας 12 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2018.

	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
1η Υ.Πε. Αττικής	236.488	251.654	46.405	11.101
2η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου	294.572	265.810	309.723	42.288
3η Υ.Πε. Μακεδονίας	316.958	226.512	225.935	5.070
4η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης	513.061	326.780	328.437	12.432
5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	384.728	220.026	378.086	6.816
6η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας	566.623	376.143	754.141	25.808
7η Υ.Πε. Κρήτης	276.421	141.228	189.995	70.908



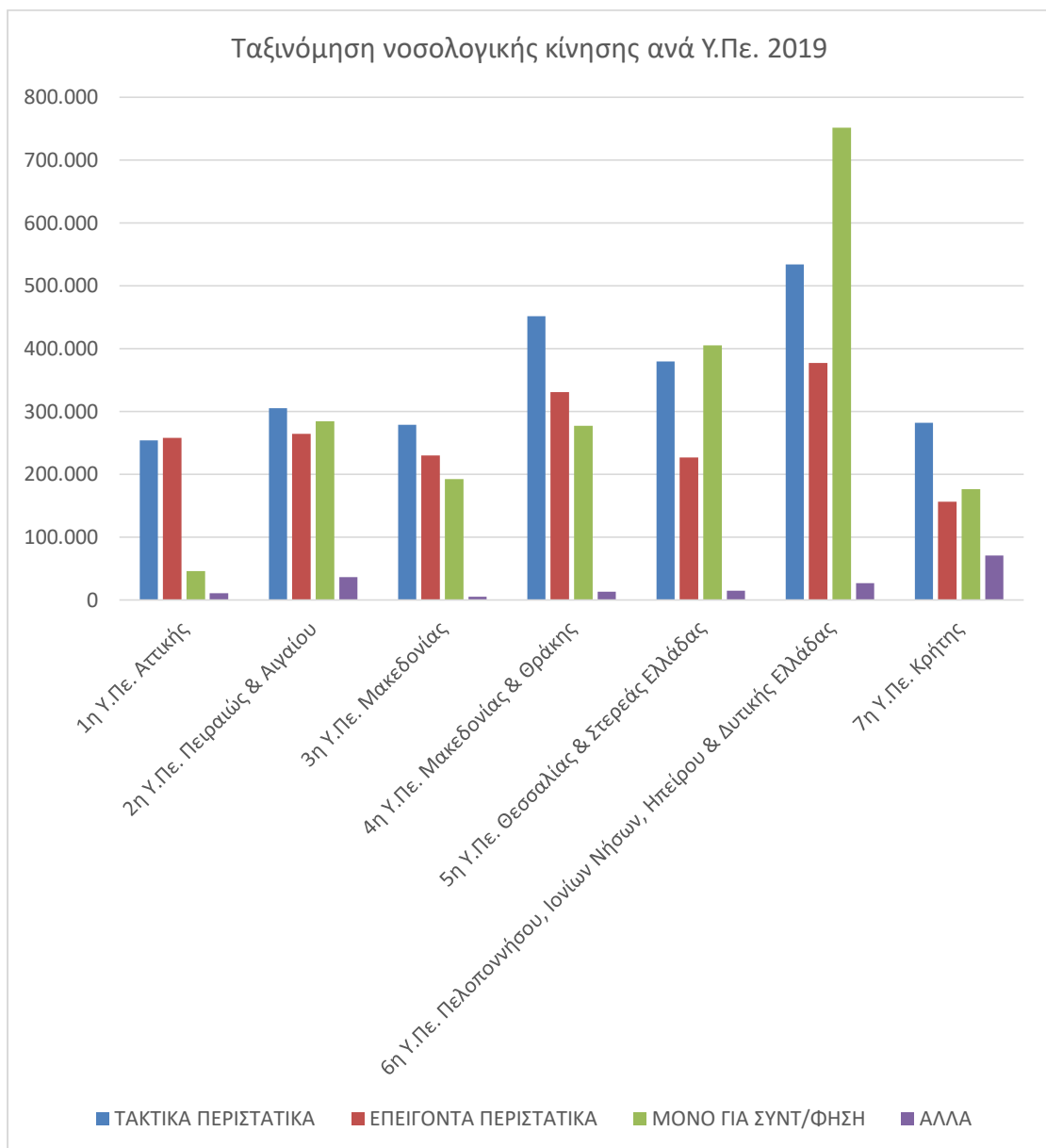
Γράφημα 8 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2018.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 12 και την απεικόνισή του στο Γράφημα 8 συμπεραίνεται ότι κατά το έτος 2018:

- Η νοσολογική κίνηση για τακτικούς λόγους συνεχίζει και κατά το έτος 2018 να παρουσιάζει τα υψηλότερα νούμερα στην 3^η & 4^η Υ.Πε. (Μακεδονίας & Μακεδονίας και Θράκης αντίστοιχα), καθώς και στην 7^η Υ.Πε. σε σχέση με τους άλλους λόγους νοσολογικής κίνησης στις υπόλοιπες Υ.Πε.
- Τα επείγοντα περιστατικά εμφανίζουν την υψηλότερη τιμή στην 1^η Υ.Πε. Αττικής και την χαμηλότερη στην 5^η Υ.Πε. συγκριτικά με τους άλλους λόγους επισκεψιμότητας.
- Συνεχίζει αξιοσημείωτη διαφορά να παρουσιάζει η προσέλευση του πληθυσμού μόνο για συνταγογράφηση στην 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας και το έτος 2018, ενώ την χαμηλότερη τιμή την συναντάμε στην 1^η Υ.Πε. Αττικής.

Πίνακας 13 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2019.

	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
1η Υ.Πε. Αττικής	254.214	258.199	45.600	10.731
2η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου	305.278	264.034	284.048	36.236
3η Υ.Πε. Μακεδονίας	278.530	229.996	192.637	4.985
4η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης	451.407	330.496	276.965	13.527
5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	379.582	226.778	405.167	14.907
6η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας	534.086	376.790	751.749	26.671
7η Υ.Πε. Κρήτης	282.279	156.420	176.451	70.808



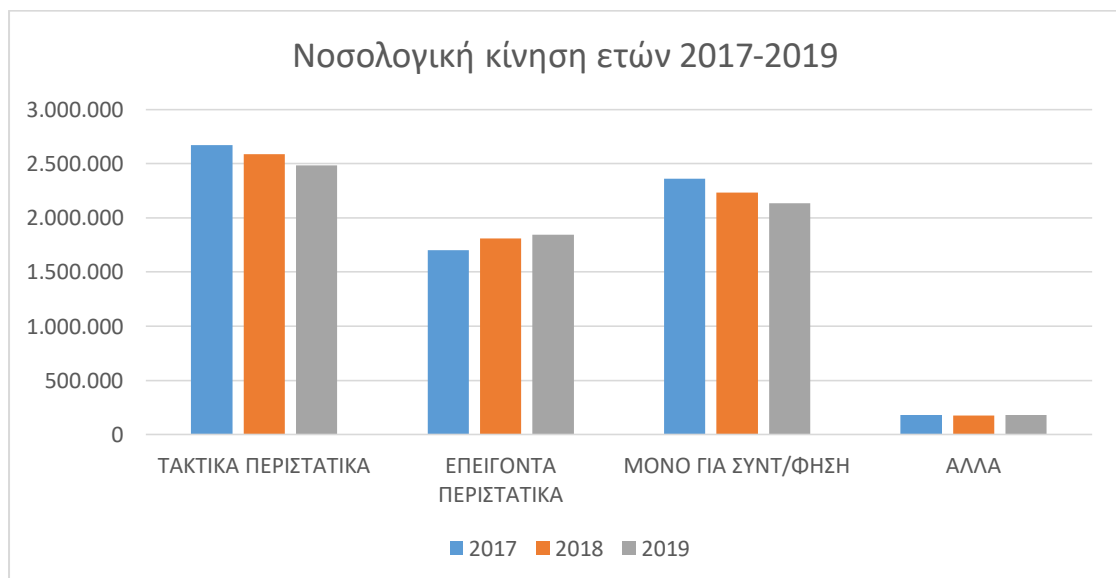
Γράφημα 9 Νοσολογική κίνηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2019.

Κατά το τελευταίο έτος της μελέτης μας το 2019 (Πίνακας 13, Γράφημα 9 συμπεραίνεται ότι:

- Η νοσολογική κίνηση για τακτικούς λόγους παρουσιάζει τα υψηλότερα νούμερα στην 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης όπως και στην 7^η Υ.Πε. σε σχέση με τους άλλους λόγους νοσολογικής κίνησης στις υπόλοιπες Υ.Πε.
- Τα επείγοντα περιστατικά εμφανίζουν πτωτική τάση συγκριτικά με τους άλλους λόγους επισκεψιμότητας στην 1^η Υ.Πε. Αττικής, σχετικά με τα δύο προηγούμενα χρόνια.
- Συνεχίζει αξιοσημείωτη διαφορά να παρουσιάζει η προσέλευση του πληθυσμού μόνο για συνταγογράφηση στην 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας και το έτος 2019, ενώ την χαμηλότερη τιμή την συναντάμε στην 1^η Υ.Πε. Αττικής.

Πίνακας 14 Νοσολογική κίνηση ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

ΕΤΗ/ΣΥΝΟΛΟ Υ.Πε.	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ	ΣΥΝΟΛΟ
2017	2.673.325	1.702.824	2.359.709	178.535	6.914.393
2018	2.588.881	1.808.153	2.232.722	174.423	6.804.179
2019	2.485.376	1.842.713	2.132.617	177.865	6.638.571



Γράφημα 10 Νοσολογική κίνηση ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Επί συνόλου Υ.Πε. την τριετία 2017-2019 συμπεραίνεται ότι η Νοσολογική κίνηση για τακτικά περιστατικά σταδιακά μειώνεται, τα επείγοντα περιστατικά αυξάνονται με σταθερό ρυθμό και η επισκεψιμότητα μόνο για συνταγογράφηση εμφανίζει σταδιακή μείωση.

4.6 Δείκτες Αποδοτικότητας

Η υγεία είναι ο κυρίαρχος στόχος των μονάδων υγείας ως ποιότητα του παραγόμενου και προσφερόμενου προϊόντος από αυτές. Κάθε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προσπάθειά της να παράγει και να διαθέσει ποιοτικό προϊόν, θα πρέπει να υπόκειται συνεχώς στην διαδικασία της ποιοτικής ανάλυσης του παραγόμενου προϊόντος, αλλά και των συντελεστών παραγωγής που συμμετέχουν σε αυτή την παραγωγική διαδικασία.

Στο συγκεκριμένο σημείο θα γίνει προσπάθεια αξιολόγησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας) επί συνόλου Υ.Πε. και οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν ομαδοποιούνται στις εξής κατηγορίες:

1. Δείκτες εισροών
 - Δείκτες Ανθρωπίνων Πόρων
 - Δείκτες Υλικών Πόρων
2. Δείκτες εκροών
 - Δείκτης Νοσολογικής Κίνησης ανά Απασχολούμενο
3. Δείκτες επάρκειας
 - Δείκτης Προσωπικού ανά κλίνη
 - Δείκτης μεταξύ ειδικοτήτων
4. Δείκτες χρησιμότητας
 - Δείκτης Νοσολογικής Κίνησης ανά πληθυσμό

Στον ακόλουθο πίνακα απεικονίζονται όλα τα στοιχεία που αφορούν τα Κέντρα Υγείας, τα οποία θα συντελέσουν στην εύρεση των Δεικτών Αποδοτικότητας για τη χρονική περίοδο 2017-2019.

Πίνακας 15 Στοιχεία Νοσολογικής κίνησης και προσωπικού ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ			
ΕΤΗ	2017	2018	2019
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	2.215	2.318	2.747
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	1.776	1.797	1.831
ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	1.800	1.967	1.878
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	5.791	6.082	6.456
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	10.816.286		
ΚΛΙΝΕΣ	903	901	893
ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ	6.914.393	6.804.179	6.638.571

Πηγή: Ιδία έρευνα

1. Δείκτες Εισροών

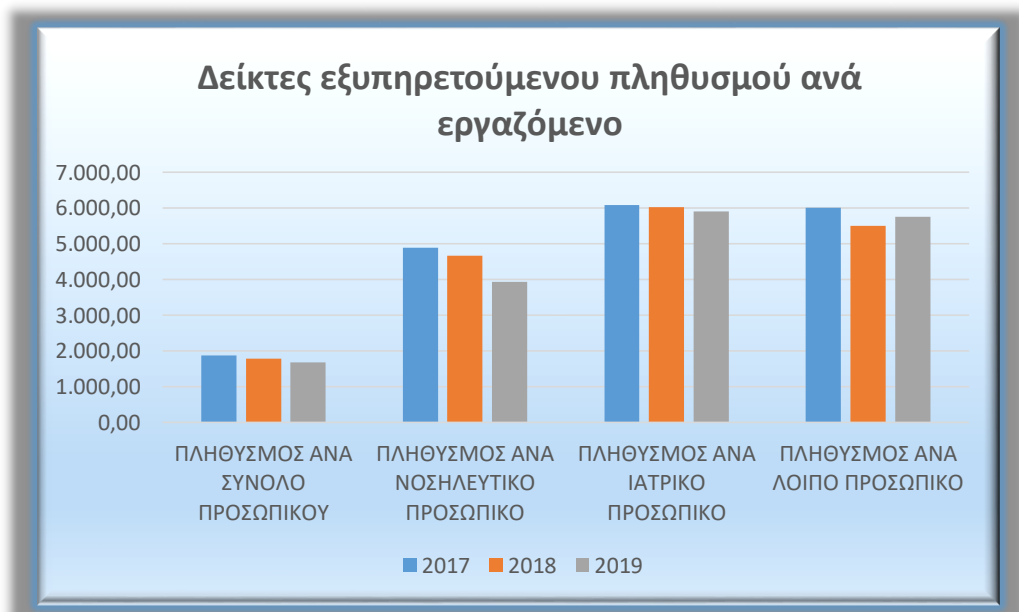
Α. Δείκτες Ανθρωπίνων Πόρων

Τα αποτελέσματα των δεικτών απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 16 Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑ ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1.867,78	1.778,41	1.675,39
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	4.883,20	4.666,21	3.937,49
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	6.090,25	6.019,08	5.907,31
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	6.009,05	5.498,87	5.759,47

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 11 Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

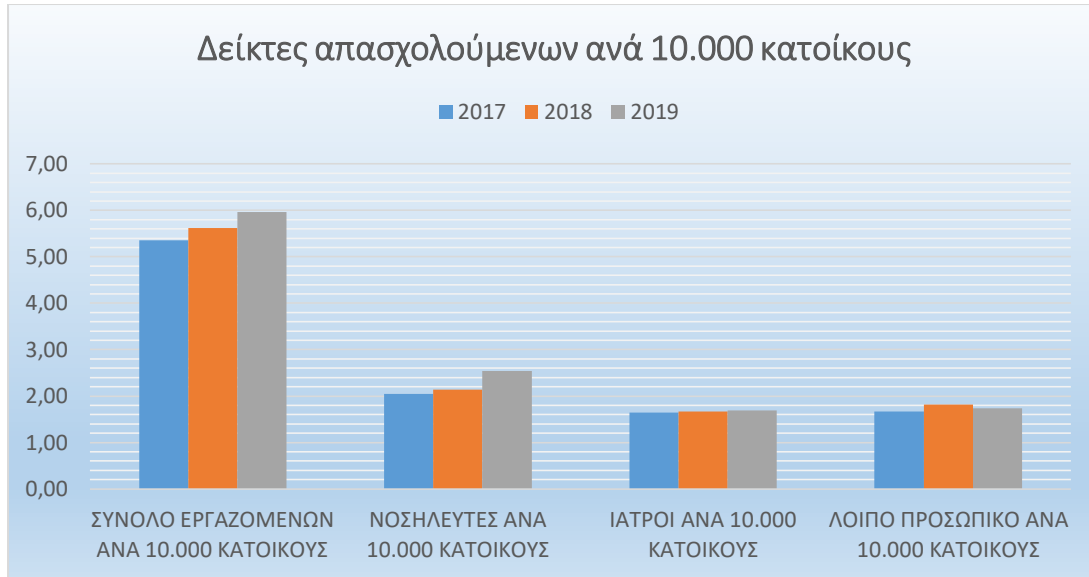
Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι:

- Ο αριθμός του πληθυσμού για κάθε απασχολούμενο κατά τα έτη 2017-2019 μειώνεται, γεγονός που δείχνει ότι αυξήθηκαν οι εργαζόμενοι.
- Ο δείκτης πληθυσμού ανά νοσηλευτή μειώνεται από το 2017-2019, διότι αυξάνεται ο αριθμός των νοσηλευτών.
- Ο δείκτης πληθυσμού ανά ιατρό μειώνεται καθ’ όλη την διάρκεια της τριετίας 2017-2019. Συνεπάγεται ότι σημειώνεται αύξηση του ιατρικού προσωπικού.
- Ο δείκτης πληθυσμού ανά λοιπό προσωπικό το 2017 είναι 6.009,05, το 2018 μειώνεται σημαντικά στο 5.498,87, ενώ το 2019 σημειώνεται μια μικρή αύξηση του δείκτη στους 5.759,47 κατοίκους ανά λοιπό προσωπικό. Βασικός λόγος της αυξομείωσης του δείκτη είναι η αντίστοιχη αυξομείωση του λοιπού προσωπικού.

Πίνακας 17 Δείκτες απασχολούμενων ανά 10.000 κατοίκους ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	5,35	5,62	5,97
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	2,05	2,14	2,54
ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	1,64	1,66	1,69
ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	1,66	1,82	1,74

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 12 Δείκτες εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανά εργαζόμενο ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι:

- Ο δείκτης των εργαζομένων ανά 10.000 κατοίκους αυξάνεται σταθερά κατά την διάρκεια της τριετίας. Ο αριθμός των απασχολούμενων που εξυπηρετούν 10.000 πολίτες είναι από 5 και πάνω.
- Το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού που αντιστοιχούν σε 10.000 κατοίκους επίσης αυξάνεται συνεχώς.
- Ο δείκτης των ιατρών ανά 10.000 κατοίκους παραμένει σχετικά σταθερός και δεν εμφανίζει αξιόλογη μεταβολή.
- Ο δείκτης του λοιπού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους ενώ σημειώνει σημαντική αύξηση το 2018, το 2019 μειώνεται κατά 0,08 μονάδες. Η διακύμανση του δείκτη οφείλεται στο ότι το Λοιπό προσωπικό αυξομειώνεται κατά την διάρκεια της τριετίας 2017-2019.

Β. Δείκτες Υλικών Πόρων

Πίνακας 18 Δείκτες Υλικών Πόρων ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	0,83	0,83	0,83
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑ ΑΡΙΘΜΟ ΚΛΙΝΩΝ	11.978,17	12.004,76	12.112,30

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 13 Δείκτες Υλικών Πόρων ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Από τον ανωτέρω πίνακα συμπεραίνεται ότι:

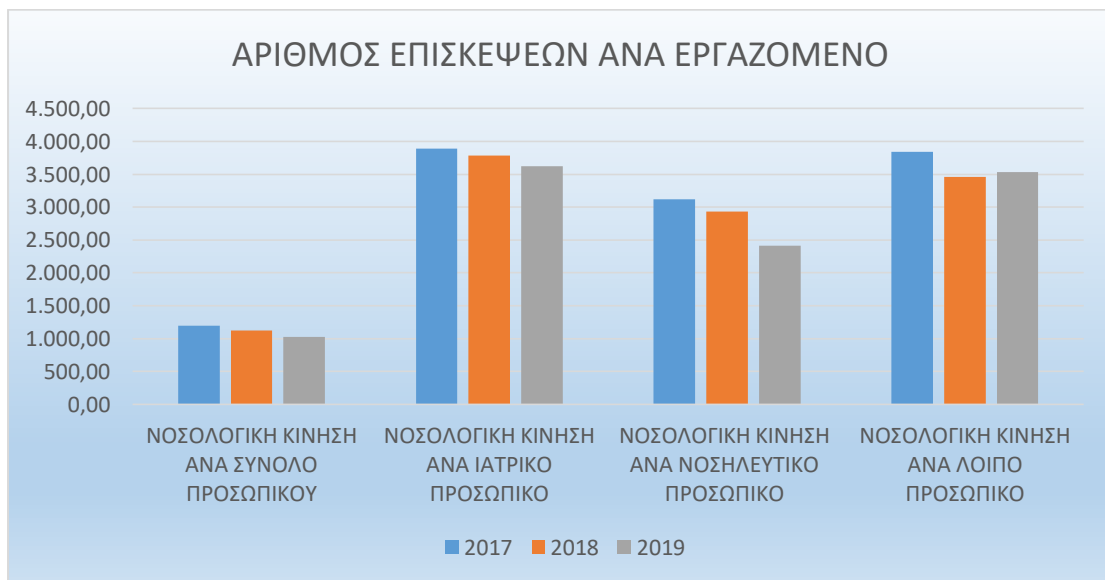
- Η αναλογία των κλινών ανά 10.000 κατοίκους είναι σταθερή κατά την ελεγχόμενη περίοδο.
- Ο πληθυσμός ανά αριθμό κλινών εμφανίζει μη ουσιώδη μεταβολή, ως φυσικό επακόλουθο διότι είναι αντιστρόφως ανάλογος από τον προηγούμενο.

2. Δείκτες Εκροών

Πίνακας 19 Δείκτες Νοσολογικής κίνησης ανά προσωπικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1.193,99	1.118,74	1.028,28
ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	3.893,24	3.786,41	3.625,65
ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	3.121,62	2.935,37	2.416,66
ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	3.841,33	3.459,17	3.534,92

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 14 Δείκτες Νοσολογικής κίνησης ανά προσωπικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι:

- Ο αριθμός Νοσολογικής Κίνησης ανά σύνολο Προσωπικού παρουσιάζει μείωση καθ' όλη την διάρκεια της τριετίας καθώς αυξάνεται το συνολικό προσωπικό.

- Οι δείκτες Νοσολογικής Κίνησης ανά ιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό μειώνονται, φυσικό επακόλουθο της συνεχής αύξησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ενώ ο δείκτης Νοσολογικής Κίνησης ανά λοιπό προσωπικό ενώ κατά τα έτη 2017 – 2018 σημειώνει μείωση, το 2019 αυξάνεται λόγω μη κάλυψης θέσεων λοιπού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας.

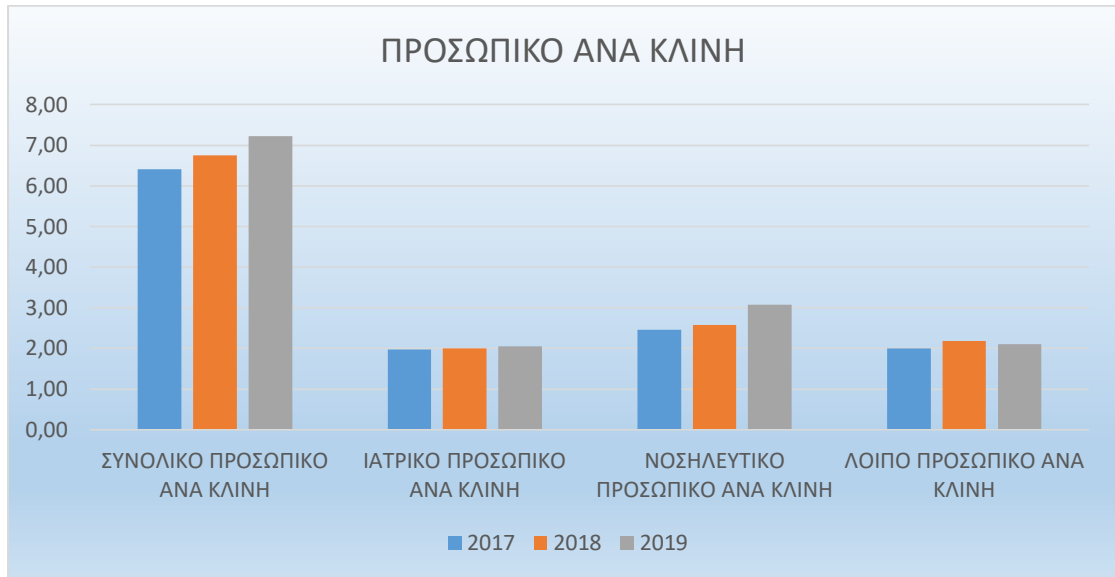
3. Δείκτες Επάρκειας

A. Δείκτες Προσωπικού ανά Κλίνη

Πίνακας 20 Δείκτες Προσωπικού ανά κλίνη ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	6,41	6,75	7,23
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	1,97	1,99	2,05
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	2,45	2,57	3,08
ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ	1,99	2,18	2,10

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ίδια έρευνα

Γράφημα 15 Δείκτες Προσωπικού ανά κλίνη ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι:

- Ο δείκτης του συνόλου του προσωπικού ανά κλίνη παρουσιάζει αυξητική πορεία λόγω αύξησης του προσωπικού των Κέντρων Υγείας κατά την διάρκεια 2017-2019.
- Οι ιατροί ανά κλίνη είναι σε σχετικά σταθερή πορεία, σχεδόν δύο ιατροί ανά κλίνη.
- Ο δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη έχει αυξητική ρυθμό, λόγω πρόσληψης υπαλλήλων και αντιστοιχεί σε δύο ανά κλίνη, φτάνοντας το 2019 τους τρεις νοσηλευτές ανά κλίνη.
- Ο δείκτης λοιπού προσωπικού ανά κλίνη το έτος 2018 παρουσίασε αυξητική πορεία ενώ το 2019 μειώθηκε, λόγω αντίστοιχης αυξομείωσης του αριθμού προσωπικού, ενώ οι κλίνες παρέμεναν σχετικά σταθερές.

Γ. Δείκτες μεταξύ Ειδικοτήτων.

Πίνακας 21 Δείκτες Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	1,25	1,29	1,50

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 16 Δείκτες Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά Ιατρικό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι:

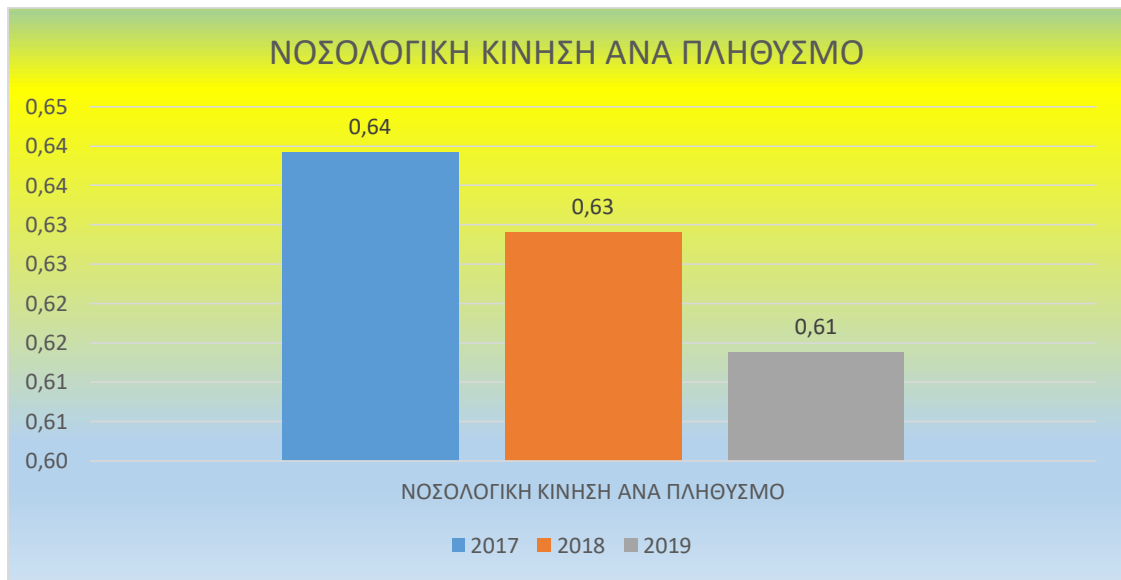
- Υπάρχει αύξηση των νοσηλευτών και των ιατρών και έτσι ο δείκτης έχει ανοδική πορεία το 2018, το 2019 σημειώνει πιο αλματώδη αύξηση λόγω της μεγαλύτερης αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού (από 2.318 το 2018 σε 2.747 το 2019). Κατά προσέγγιση ένας νοσηλευτής στηρίζει το ιατρικό έργο ενός ιατρού.

4. Δείκτες Χρησιμότητας

Πίνακας 22 Δείκτες Νοσολογική κίνηση ανά Πληθυσμό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

	2017	2018	2019
ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ	0,64	0,63	0,61

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 17 Δείκτες Νοσολογική κίνηση ανά Πληθυσμό ετών 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε.

Παρατηρείται ότι:

- Υπάρχει πτωτική πορεία στον δείκτη Νοσολογικής κίνησης ανά πληθυσμό κατά την τριετία 2017 – 2019, η οποία οφείλεται στην μείωση των εισερχόμενων ασθενών για επίσκεψη στα Κέντρα Υγείας.

4.7 Περιφερειακοί Δείκτες

Για την ταξινόμηση και σύγκριση των Υ.Πε. κρίθηκε αναγκαίος ο υπολογισμός των Περιφερειακών Δεικτών.

Στον ακόλουθο πίνακα απεικονίζονται όλα τα στοιχεία, Ιατρικό, Νοσηλευτικό Προσωπικό και Λοιπό Προσωπικό (Προσφορά – Εισροές) και Νοσολογική Κίνηση (Ζήτηση – Εκροές) που αφορούν τα Κέντρα Υγείας ανά Υ.Πε., τα οποία θα συντελέσουν στην εύρεση των Περιφερειακών Δεικτών του έτους 2019.

Πίνακας 23 Στοιχεία υπολογισμού Περιφερειακών Δεικτών έτους 2019 ανά Υ.Πε.

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Σύνολο Προσωπικού	Νοσολογική κίνηση
1 ^η Υ.Πε. (Αττικής)	831	401	526	1758	568.744
2 ^η Υ.Πε. (Πειραιώς και Αιγαίου)	762	666	737	2165	889.596
3 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας)	517	503	412	1432	706.148
4 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας και Θράκης)	576	753	574	1903	1.072.395
5 ^η Υ.Πε. (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)	474	611	578	1663	1.026.434
6 ^η Υ.Πε. (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)	742	1016	746	2504	1.689.296
7 ^η Υ.Πε. (Κρήτης)	265	201	227	693	685.958

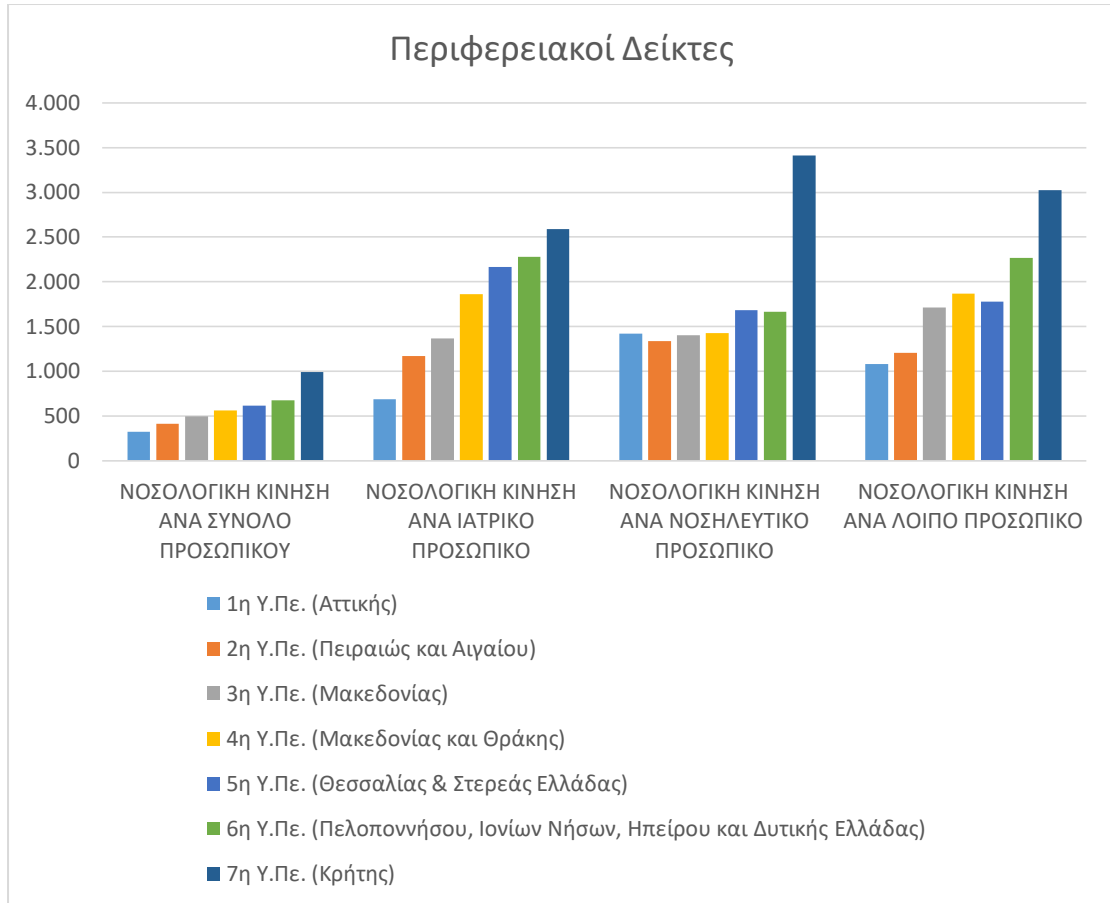
Πηγή: Ιδία έρευνα

Τα αποτελέσματα των δεικτών απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 24 Δείκτες Νοσολογικής Κίνησης ανά εργαζόμενο έτους 2019 ανά Υ.Πε.

Υγειονομικές Περιφέρειες	ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
1 ^η Υ.Πε. (Αττικής)	324	684	1.418	1.081
2 ^η Υ.Πε. (Πειραιώς και Αιγαίου)	411	1.167	1.336	1.207
3 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας)	493	1.366	1.404	1.714
4 ^η Υ.Πε. (Μακεδονίας και Θράκης)	564	1.862	1.424	1.868
5 ^η Υ.Πε. (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)	617	2.165	1.680	1.776
6 ^η Υ.Πε. (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)	675	2.277	1.663	2.264
7 ^η Υ.Πε. (Κρήτης)	990	2.589	3.413	3.022

Πηγή: Ιδία έρευνα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Γράφημα 18 Δείκτες Νοσολογικής Κίνησης ανά εργαζόμενο έτους 2019 ανά Υ.Πε.

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι:

- Και στις τέσσερις κατηγορίες Δεικτών η 7^η Υ.Πε. Κρήτης έχει τα υψηλότερα ποσά, ένας εργαζόμενος εξυπηρετεί 990 επισκέψεις, 2.589 επισκέψεις ανά ιατρό, 3.413 επισκέψεις ανά νοσηλεύτη και 3.022 εξυπηρέτηση πολιτών ανά λοιπό προσωπικό.
- Η 1^η Υ.Πε. Αττικής παρουσιάζει τα μικρότερα νούμερα σχέσης προσωπικού ανά επισκεψιμότητα (ένας εργαζόμενος ανά 324 επισκέψεις), το ίδιο ισχύει για το ιατρικό προσωπικό (ένας ιατρός ανά 684 επισκέψεις) και στο λοιπό προσωπικό (1.081 πολίτες ανά λοιπό προσωπικό).
- Σχετικά με το Δείκτη Νοσολογική Κίνηση ανά σύνολο Προσωπικού τις ακραίες τιμές κατέχουν η 7^η Υ.Πε. Κρήτης και η 1^η Υ.Πε. Αττικής όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ενώ οι υπόλοιπες Υ.Πε. παρουσιάζουν μια κλιμακωτή ανοδική πορεία σύμφωνα με τον αύξοντα αριθμό τους (η 2^η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου 411 επισκέψεις ανά προσωπικό, η 3^η Υ.Πε. Μακεδονίας 493 επισκέψεις ανά προσωπικό, η 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης 564 επισκέψεις ανά προσωπικό,

η 5^η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας 617 επισκέψεις ανά προσωπικό και η 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας 675 επισκέψεις ανά προσωπικό).

- Σχετικά με το Δείκτη Νοσολογική Κίνηση ανά Ιατρικό Προσωπικό τις ακραίες τιμές κατέχουν ξανά η 7^η Υ.Πε. Κρήτης και η 1^η Υ.Πε. Αττικής όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ενώ οι υπόλοιπες Υ.Πε. παρουσιάζουν επίσης μια κλιμακωτή ανοδική πορεία σύμφωνα με τον αύξοντα αριθμό τους (η 2^η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου 1.167 επισκέψεις ανά ιατρό, η 3^η Υ.Πε. Μακεδονίας 1.366 επισκέψεις ανά ιατρό, η 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης 1.862 επισκέψεις ανά ιατρό, η 5^η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας 2.165 επισκέψεις ανά ιατρό και η 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας 2.277 επισκέψεις ανά ιατρό).
- Όσον αφορά το Δείκτη Νοσολογική Κίνηση ανά Νοσηλευτικό Προσωπικό ξεχωρίζοντας την 7^η Υ.Πε. Κρήτης με 3.413 επισκέψεις ανά νοσηλεύτη, οι υπόλοιπες Υ.Πε. κυμαίνονται στα ίδια σχετικά επίπεδα από 1.336 (2^η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου) έως 1.680 (5^η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας) επισκέψεις ανά νοσηλεύτη.
- Τέλος ο Δείκτης Νοσολογική Κίνηση ανά Λοιπό Προσωπικό ταξινομεί τις Υ.Πε. ως εξής: 7^η Υ.Πε. Κρήτης με 3.022 εξυπηρετήσεις πολιτών ανά λοιπό προσωπικό, 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας με 2.264 εξυπηρετήσεις πολιτών ανά λοιπό προσωπικό, 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης με 1.868 εξυπηρετήσεις ανά προσωπικό, 5^η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας με 1.776 εξυπηρετήσεις ανά προσωπικό, 3^η Υ.Πε. Μακεδονίας με 1.714 εξυπηρετήσεις ανά προσωπικό, 2^η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου με 1.207 εξυπηρετήσεις ανά προσωπικό και η 1^η Υ.Πε. Αττικής με 1.081 εξυπηρετήσεις ανά προσωπικό.

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ. Συμπεράσματα

5.1 Ανασκόπηση Μελέτης

Η οικονομική κρίση του 2010 και η διαρκής υποβάθμιση των προοπτικών ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας κατέστησε αναγκαίο το δανεισμό από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, προκειμένου να αποφευχθεί η χρεωκοπία. Από την πλευρά της η Ελλάδα υποχρεώθηκε να εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις, με σκοπό την βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας της και τον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021).

Κατέστη η ανάγκη εξορθολογισμού των δαπανών υγείας και βελτίωσης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΕΣΥ επιτακτική. Οι ν.3918/2011, ν.4238/2014 και ν.4486/2017 αποτέλεσαν σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις με σκοπό την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Με τον ν.3918/2011, τα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ) συγχωνεύτηκαν και αντικαταστάθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος λειτουργεί ως αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με τον ν.4238/2014, συστήνεται το ΠΕΔΥ, ενώ όλες οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ και του ΠΕΔΥ (τα Κέντρα Υγείας μαζί με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους) εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών. Σημειώνεται ότι έως τότε τα Κέντρα Υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους, αποτελούσαν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, γεγονός που υποβάθμισε τον ρόλο τους ως μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ενίσχυσε ακόμη περισσότερο τον νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του ΕΣΥ (Μητροσύλη, 1999). Τελευταία νομοθετική μεταρρύθμιση με επίκεντρο την ΠΦΥ αποτελεί ο ν.4486/2017, σύμφωνα με τον οποίο οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ (πρώην ΙΚΑ) μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας. Επιπρόσθετα, συστήνονται οι ΤΟΜΥ, με σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας και υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής, πρόληψης και προαγωγής της υγείας και την διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας υγείας του εγγεγραμμένου πληθυσμού που απευθύνονται.

Με βάση τα ανωτέρω σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ταξινόμηση των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε πανελλαδική κλίμακα. Αρχικά, επιχειρήθηκε η μελέτη της μέτρησης των Κέντρων Υγείας και στη συνέχεια η ανάλυση των αποτελεσμάτων προσφοράς και ζήτησης παροχής ΠΦΥ μέσα από την

χρήση Δεικτών και ο προσδιορισμός των αιτιών των ελλειμμάτων παροχής. Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία (2019) για την τριετία 2017-2019.

5.2 Συμπεράσματα

Ως αιτίες των ελλείψεων των μονάδων ΠΦΥ, που υπολογίστηκαν στην παρούσα μελέτη, πιθανόν να αποτελούν τα ακόλουθα σημεία που έχουν επισημάνει αρκετοί ερευνητές:

- Οι διαχρονικές ελλείψεις με εξειδικευμένο προσωπικό (Simou, et al., 2015; Πετρέλης & Δομάγερ, 2016) και βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό στην ΠΦΥ (Οικονομίδου, et al., 2010), (Lionis, et al., 2009).
- Η έλλειψη οικονομικών κινήτρων προκειμένου να στελεχωθούν οι δομές ΠΦΥ με το απαραίτητο επιστημονικό προσωπικό (Lionis, et al., 2019).
- Τα υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας των πολιτών, και τα μεγάλα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών από το δημόσιο σύστημα της ΠΦΥ (Economou, et al., 2015), (Tountas, et al., 2011), με αποτέλεσμα την προσφυγή τους για ικανοποίηση των αναγκών τους σε ιδιώτες ιατρούς (Lionis, et al., 2019), (Tountas, et al., 2005).
- Η έλλειψη μηχανισμών υποχρεωτικής παραπομπής από τους γενικούς ιατρούς των παραπάνω δομών στις δημόσιες δευτεροβάθμιες δομές υγείας (Economou, et al., 2017; ΟΟΣΑ, 2017).
- Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τα ΤΕΠ και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Lionis, et al., 2009; Economou, et al., 2015; Μητροσύλη, 1999), χωρίς προαπαιτούμενη παραπομπή από δομές της ΠΦΥ (ΟΟΣΑ, 2017).
- Η ένταξη των δομών ΠΦΥ στις ΔΥΠε που συνέβαλε στην ενίσχυση του συγκεντρωτικού χαρακτήρα του ΕΣΥ. Η λήψη αποφάσεων από μακρινά κέντρα ενδεχομένως να σχετίζεται με βραδύτερη επίλυση των προβλημάτων, σε σχέση με το προηγούμενο καθεστώς (Economou, et al., 2015).

Η ευρεία εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής της υγείας, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων επικοινωνίας του υπάρχοντος ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η ενίσχυση των παραπάνω δομών με εξειδικευμένο προσωπικό και βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό και η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών και

των ομάδων πληθυσμού με χρόνια νοσήματα και υψηλή νοσηρότητα από αυτό, θα πρέπει να απασχολήσουν τους λήπτες απόφασης κατά την χάραξη στρατηγικής για την ανάπτυξη των παραπάνω δομών (Lionis et al., 2009; Simou, et al., 2015; Δομάγερ & Λιονής, 2020).

Πιο συγκεκριμένα ως συμπεράσματα των αποτελεσμάτων και κρίσης της παρούσας μελέτης συνεπάγονται τα εξής:

- Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατά την τριετία 2017-2019 επί συνόλου Υ.Πε. παρουσιάζει ανοδική πορεία, ενώ το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων (διοικητικό, καθαριότητας, πλήρωμα ασθενοφόρου κ.α.) μειώνεται (γράφημα 3), γεγονός που συνεπάγεται περιορισμό στην ορθή παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Κατά την ταξινόμηση των Κ.Υ. ανά Υ.Πε. (γράφημα 4) η 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας κατέχει την 1^η θέση αιτιολογημένου λόγω κάλυψης του μεγαλύτερου αριθμού Νομών της Ελλάδας.
- Σύμφωνα με την κατανομή των Εργαζομένων ανά Υ.Πε. (γράφημα 5) και σε συνδυασμό με το γράφημα 4, η 1^η Υ.Πε. Αττικής είναι πλήρως επανδρωμένη με ιατρικό προσωπικό, συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό των άλλων Υ.Πε. και ειδικά με την 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, η οποία καθίσταται στην 1^η θέση όσον αφορά τον αριθμό των Κ.Υ. (γράφημα 4) προσεγγίζοντας την ιδανική σχέση αναλογίας ιατρών προς νοσηλευτών (1/2), 742 ιατρικό προσωπικό και 1.016 νοσηλευτικό προσωπικό. Επομένως στην 1^η Υ.Πε. υφίσταται αναγκαία η πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού.
- Στην κατανομή των Κ.Υ. ανά Διοικητική Περιφέρεια (πίνακας 10) η Περιφέρεια Ηπείρου, η οποία ανήκει στην 6^η Υ.Πε., επανδρωμένη με 16 Κ.Υ. και μόνιμο πληθυσμό 336.856 κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης 0,47% συγκριτικά με τις άλλες Διοικητικές Περιφέρειες. Το μικρότερο ποσοστό εντοπίζεται στην Περιφέρεια Αττικής, αναμενόμενο όπως έχει προαναφερθεί λόγω ύπαρξης επανδρωμένων Νοσοκομείων στην πρωτεύουσα.
- Στη Ζήτηση (Εκροές) η Νοσολογική Κίνηση μόνο για συνταγογράφηση παρουσιάζει υψηλότερη τιμή στην 6^η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας που καλύπτει περιοχές ημιαστικού και

αγροτικού τύπου, ενώ στις υπόλοιπες Υ.Πε. η Νοσολογική Κίνηση παρουσιάζει υψηλότερες τιμές μόνο για Τακτικά Περιστατικά.

- Μελετώντας τους Δείκτες Αποδοτικότητας επί συνόλου Υ.Πε. συμπεραίνεται ότι στους Δείκτες Εισροών εμφανίζεται αύξηση όσων αφορά το προσωπικό λόγω πρόσληψης, ειδικά Νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ στους Δείκτες σχετικά με την Ζήτηση (Εκροές) εμφανίζεται πτωτική πορεία λόγω μείωσης εισερχόμενων ασθενών για επίσκεψη στα Κ.Υ.
- Κατόπιν εξέτασης των Περιφερειακών Δεικτών διαπιστώνεται ότι στην 7^η Υ.Πε. Κρήτης το προσωπικό αδυνατεί να ανταπεξέλθει στον υψηλό αριθμό επισκεψιμότητας ασθενών παρουσιάζοντας τις μέγιστες τιμές επισκέψεων ανά εργαζόμενο στα Κ.Υ., συγκριτικά με τις υπόλοιπες Υ.Πε. (Γράφημα 19). Οι υπόλοιπες Υ.Πε. εμφανίζουν μια κλιμακωτή ανοδική πορεία σύμφωνα με τον αύξοντα αριθμό τους.
- Η έλλειψη Κ.Υ. στην 1^η Υ.Πε. Αττικής αιτιολογείται από το γεγονός του μεγάλου δικτύου ιδιωτών ιατρών συμβεβλημένων με ασφαλιστικά ταμεία, στους οποίους προσφεύγουν οι πολίτες μετά από έλλειψη ειδικοτήτων ιατρών στην Π.Φ.Υ.

Από την άλλη πλευρά, ένας παράγοντας μη ύπαρξης οργανογράμματος στα περισσότερα Κέντρα Υγείας καθιστά σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στην ορθή παροχή Υγείας. Ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού εργάζεται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και αρκετό ιατρικό προσωπικό σε επικουρικές θέσεις. Με αποτέλεσμα να μένουν κενές αρκετές θέσεις για σημαντικό χρονικό διάστημα μέχρι να καλυφθούν οι πάγιες ανάγκες από νέο προσωπικό. Σημαντικό ρόλο καθορίζει και το γεγονός των μετακινήσεων υπαλλήλων ή ιατρών από Κ.Υ. μιας περιφερειακής περιοχής σε ένα άλλο Κ.Υ. αστικού τύπου, με σοβαρό αντίκτυπο στην υποστελέχωση όλων των περιφερειακών Κ.Υ. και στην έλλειψη των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό καθαριότητας, οι οποίες καλύπτονται εν μέρει με συμβάσεις – εργολαβίες συνεργείων καθαρισμού, έχουν σαν αποτέλεσμα την αδυναμία ορθής παροχής υγιεινής και ασφάλειας στις Μονάδες Υγείας.

Η μελέτη της εργασίας είχε περιορισμούς, λόγω έλλειψης στοιχείων Κλινών και Μόνιμου Πληθυσμού ανά Υγειονομική Περιφέρεια, δεν καθίσταται εφικτό να εξαχθούν άλλου είδους Δείκτες ως προς τους Περιφερειακούς, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από πηγές αφορούσαν μόνο Διοικητικές Περιφέρειες.

5.3 Συμπεράσματα Δεικτών Αποδοτικότητας

i. Δείκτες Εισροών

- Ο πληθυσμός που αναλογεί σε κάθε υπάλληλο των Κέντρων Υγείας το 2019 είναι 1.675 άτομα. Κατά προσέγγιση 1.700 άτομα εξυπηρετεί κάθε εργαζόμενος την τριετία 2017-2019 με μικρές παρεκκλίσεις, οι οποίες οφείλονται στην σταδιακή αύξηση των εργαζομένων. Συγκεκριμένα κάθε νοσηλευτής εξυπηρετεί 3.937 κατοίκους το 2019, ενώ κατά μέσο όρο όλη την τριετία ο αριθμός του εξυπηρετούμενου πληθυσμού από κάθε νοσηλευτή είναι 4.495 άτομα το έτος. Κάθε ιατρός το 2019 εξυπηρετεί 5.907 άτομα, ενώ όλη την τριετία κατά μέσο όρο 6.005 άτομα το έτος. Κάθε λοιπό προσωπικό το 2019 εξυπηρετεί 5.759 άτομα, ενώ κατά μέσο όρο όλη την τριετία εξυπηρετεί 5.755 άτομα. Αυτό σημαίνει ότι με 10.000 κατοίκους και την εξυπηρέτησή τους ασχολούνται λιγότεροι εργαζόμενοι με συνέπεια να μην απολαμβάνουν τις αρτιότερες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.
- Το έτος 2019 οι εργαζόμενοι που αντιστοιχούν σε 10.000 κατοίκους είναι περίπου έξι. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές είναι τρεις το 2019 ενώ τα έτη 2017 & 2018 είναι δυο νοσηλευτές που εξυπηρετούν 10.000 πολίτες. Οι ιατροί δεν μπορούν να αγγίζουν τους δυο ανά 10.000 κατοίκους όπως και το λοιπό προσωπικό.
- Ο αριθμός των κλινών που αναλογούν σε 10.000 κατοίκους είναι περίπου μία κλίνη, γεγονός που είναι και αναμενόμενο διότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας δεν παρέχει νοσηλεία σε σχέση με τα Νοσοκομεία. Ο αριθμός των ατόμων που αναλογούν σε κάθε κλίνη είναι κατά προσέγγιση στα 12.000 άτομα την τριετία.

ii. Δείκτες Εκροών

Ο αριθμός επισκεψιμότητας ανά σύνολο του προσωπικού το 2019 είναι 1.028, ενώ κατά μέσο όρο την τριετία 1.113 πολίτες. Για το ιατρικό προσωπικό αναλογούν 3.625 επισκέψεις σε κάθε ιατρό ενώ κατά μέσο όρο τη τριετία 3.768 επισκέψεις. Για το νοσηλευτικό προσωπικό 2.416 επισκέψεις για κάθε νοσηλευτή το 2019, ενώ 2.824 κατά μέσο όρο την τριετία και για το λοιπό προσωπικό 3.534 εξυπηρετήσεις πολιτών το 2019, ενώ για όλη την περίοδο 2017-2019 είναι 3.611.

iii. Δείκτες Επάρκειας

- Το σύνολο του προσωπικού ανά κλίνη είναι κατά προσέγγιση επτά άτομα για όλη την διάρκεια της τριετίας παραμένει σταθερό. Συγκεκριμένα αντιστοιχούν δυο ιατροί όλη την τριετία, τρεις νοσηλευτές το 2019 και δυο λοιπό προσωπικό ανά κλίνη.
- Οι νοσηλευτές που βοηθούν το ιατρικό έργο είναι 1,5 νοσηλευτής ανά ιατρό. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτή η σχέση αντανακλά ίσως από κάθε άλλο δείκτη την ποιότητα των νοσηλευτικών φροντίδων. Η πλέον παραδεκτή σχέση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι δυο νοσηλευτές ανά ιατρό.
- Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει επικρατήσει ότι η ιδανική αναλογία κλινών ανά ιατρό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι δυο κλίνες ανά ιατρό. Ο δείκτης δεν έχει πλησιάσει την γενικά παραδεκτή σχέση, είναι κατά πολύ μικρότερος με την μεγαλύτερη αναλογία 0,16 το 2017.

iv. Δείκτες Χρησιμότητας

Ο δείκτης ιατρικών επισκέψεων (νοσολογική κίνηση) ανά πληθυσμό παρουσιάζει μείωση προσέλευσης των πολιτών την εξεταζόμενη τριετία, γεγονός που δείχνει ότι έχει αλλάξει ο Νοσολογικός χάρτης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, λόγω υποστελέχωσης των Κ.Υ. από ειδικότητες ιατρών. Έτσι οι ασθενείς προσφεύγουν στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Νοσηλευτικές Μονάδες) ή σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με το ΕΟΠΥΥ.

5.4 Προτάσεις βελτίωσης & Μελετών

Λόγω του ότι όλες οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αστικού τύπου βρίσκονται μέσα στα όρια των πόλεων είναι πιο προσβάσιμες στους πολίτες από ότι τα Νοσοκομεία, τα οποία έχουν ιδρυθεί εκτός ορίων πόλεων. Οι ασθενείς μπορούν να απευθύνονται στα Κ.Υ. τα οποία θα αποτελούν φίλτρο που θα καθορίζει αν κρίνεται αναγκαία η παραπομπή των πολιτών σε Νοσηλευτική Μονάδα.

Η ενίσχυση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συνδέεται με βελτίωση της ισότητας στην υγεία και στην πρόσβαση, βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων και της ευεξίας του πληθυσμού, μείωση κόστους υγείας και του κοινωνικού κόστους και τέλος, αύξηση της παραγωγικότητας του πληθυσμού (World Health Organization, 2018). Ωστόσο, οι αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες των πολιτών σε συνδυασμό με τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους για την κάλυψη

τους, καθιστούν επιβεβλημένη την κατά το δυνατόν αποδοτικότερη διαχείρισή τους. Η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αξιολόγησης της αποδοτικότητας των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δύναται να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για τους λήπτες απόφασης κατά την χάραξη πολιτικής στην υγεία.

Στην Ελλάδα, από συστάσεως του ΕΣΥ, επιχειρήθηκε η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τα Κέντρα Υγείας να αποτελούν τις βασικές μονάδες παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο, ο νοσοκομειοκεντρικός και ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας, σε συνδυασμό με την έλλειψη ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, αποτέλεσαν τους κυριότερους παράγοντες αποτυχίας της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ έως το 2009 (Lionis, et al., 2009; Μητροσύλη, 1999; Σουλιώτης, 2020).

Το έλλειμα προσφοράς στην παρούσα μελέτη πιθανόν να σχετίζεται με την υποστελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό (Simou, et al., 2015; Πετρέλης & Δομάγερ, 2016) και ειδικότερα γενικούς ιατρούς λόγω έλλειψης οικονομικών κινήτρων (Lionis, et al., 2019), την έλλειψη βασικού διαγνωστικού εξοπλισμού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Lionis, et al., 2009; Οικονομίδου, et al., 2010) και επομένως τον περιορισμό του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών στον πληθυσμό ευθύνης τους. Τα παραπάνω προκαλούν ένα ντόμινο αρνητικών επιπτώσεων, όπως υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας των πολιτών και μεγάλα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών από το δημόσιο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Economou, et al., 2015), με αποτέλεσμα την προσφυγή τους για ικανοποίηση των αναγκών τους σε ιδιώτες ιατρούς (Tountas, et al., 2005; Tountas, et al., 2011; Lionis, et al., 2019) και την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας από 29,3% το 2009 σε 34,8% το 2017, επίπεδα σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (20,1% για το 2009 και 20,6% για το 2017 αντίστοιχα) (Μιλτιάδης & Μπογιατζίδης, 2021).

Μία άλλη σημαντική παράμετρος που σχετίζεται με τα παραπάνω είναι ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τα ΤΕΠ και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Lionis, et al., 2009; Economou, et al., 2015; Μητροσύλη, 1999), χωρίς προαπαιτούμενη παραπομπή από δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Economou, et al., 2017; ΟΟΣΑ, 2017), αν και από το 2011 που συστάθηκε ο ΕΟΠΥΥ, επιχειρήθηκε η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από περιστατικά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα οποία μπορούν να διαχειριστούν οι δημόσιες δομές της (Economou, et al., 2015).

Τέλος, η ένταξη των παραπάνω δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών, είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση του συγκεντρωτικού χαρακτήρα του ΕΣΥ. Οι αποφάσεις λαμβάνονται από μακρινά κέντρα, χωρίς να υπάρχει άμεση γνώση των αναγκών τους κι ενδεχομένως τα προβλήματα να επιλύονται με βραδύτερο ρυθμό σε σχέση με το προηγούμενο καθεστώς (Economou, et al., 2015).

Η ευρεία εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής της υγείας, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων επικοινωνίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την εφαρμογή παρεμβάσεων αλλαγής της συμπεριφοράς των ασθενών, έτσι ώστε να ενισχύεται ο κοινωνικός ρόλος της ομάδας υγείας και η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών και των ομάδων πληθυσμού με χρόνια νοσήματα και υψηλή νοσηρότητα, θα πρέπει να απασχολήσουν τους λήπτες απόφασης κατά την χάραξη στρατηγικής για την ανάπτυξη των παραπάνω δομών (Δομάγερ & Λιονής, 2020).

Τέλος, η βελτίωση της διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα με σκοπό την αμεσότερη κι αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των πολιτών αποτελεί κορυφαίο ζήτημα. Η προσπάθεια που γίνεται τη τελευταία δεκαετία για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες μέσω εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας, αν και αξιόλογη, παρουσιάζει προβλήματα, κυρίως λόγω αδυναμίας επίτευξης διαλειτουργικότητας. Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα προς αυτή τη κατεύθυνση, καθώς η καταγραφή των δεδομένων γίνεται σε πραγματικό χρόνο κι οδηγεί σε ταχύτερη μεταβίβαση των πληροφοριών του ασθενούς, βελτιώνοντας τη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των δομών Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και συμβάλλοντας στην λειτουργία ενός αποτελεσματικού μηχανισμού υποχρεωτικών παραπομπών (Δομάγερ & Λιονής, 2020; ΟΟΣΑ, 2019).

Τα ανωτέρω αποτελούν προτάσεις με σκοπό την βελτίωση των μονάδων που αξιολογήθηκαν.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδης, Δ., 2003. *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001*. Θεσσαλονίκη: Δημοπούλου, σ. 11-65.

Αλετράς, Β. (2002). Αποδοτική διαχείριση νοσοκομείου. Στο Β. Αλετράς, Μ. Ματσαγγάνης, & Δ. Νιάκας (Επιμ.), *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας* (Τόμ. Α). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Γιανασμίδης, Α., & Τσιαούση, Μ. (2012). *Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), σσ. 106-115.

Δομάγερ, Φ., & Λιονής, Χ. (2020). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο Π. Σαράφης, & Π. Μπαμίδης (Επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα και Πολιτικές* (σσ. 381-408). Νικοσία: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.

Ζηλίδης, Χ., 1988. *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Αθήνα: Α.Τ.Ε., σ. 16-33.

Κυριόπουλος, Γ. (2009). *Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας. Κοινωνική ευθύνη*.

Λαδά - Χαντζοπούλου, Α., 1987. *Η δημόσια υγεία - Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα*. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα, σ. 12-31.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Στο Λ. Λιαρόπουλος (Επιμ.), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας* (Τόμ. Α, σσ. 103-112). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Μαστρογιάννης, Ι., 1960. *Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 - 1960*. Αθήνα, σ. 85-88.

Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος Θ., (2000). *Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα*. Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής. Τεύχος 5ο, σελ. 119-148.

Μητροσύλη, Μ. (1999). Νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα. Στο Μ. Θεοδώρου, & Μ. Μητροσύλη (Επιμ.), *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας (διοικητικές και νομικές διαστάσεις)* (Τόμ. Γ, σσ. 101-183). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μιλτιάδης, Χ., & Μπογιατζίδης, Π. (2021). *Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009-2017*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(1), σσ. 108-116.

Μπουρσανίδης, Χ., 1991. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Σημειώσεις, σ. 10-45.

Μωραΐτης, Ε., Κουρή - Ζαραφωνίτη, Τ., Μερκούρης, Μ., 1986. *Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Αθήνα: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σ. 85-94.

Οικονόμου, Ν. (2012). *Μέτρηση αποδοτικότητας των ελληνικών Κέντρων Υγείας-Περιφερειακών Ιατρείων: Η περίπτωση της περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων* (Διδακτορική Διατριβή). Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2017). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ*. Βρυξέλες: ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας.

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2019). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ*. Βρυξέλες: ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας.

Πάτρας, Α., 1969. *Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, σ. 11 - 28.

Πετρέλης, Μ., & Δομάγερ, Φ. (2016). *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης*. Το βήμα του Ασκληπιού, 15(4), σσ. 365-378.

Ποτήρης, Α., & Σαράφης, Π. (2014). *Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα - Προτάσεις βελτίωσης*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(3), σσ. 116-121.

Ρομπόλης, Σ., Χλέτσος, Μ., 1995. *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρατηρητής, σ. 44.

Σκουτέλης, Γ., 1990. *Κοινωνικές ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και κρίση*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, σ. 75-83

Σουλιώτης Κ. (2000). *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης, Κ. (2020). *Μεταρρυθμίσεις υγείας στην Ελλάδα*. Στο Π. Σαράφης, & Π. Μπαμίδης (Επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα και Πολιτικές* (σσ. 351-362). Νικοσία: Broken Hill Publishers LTD.

Τούντας, Ε, 2003. *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σ. 116-121.

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.

Τσιότρας Γ., Μποχώρης Γ., Σκορδή, Α., 1998. *Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα*. Αθήνα: Συνέδριο «Η ποιότητα στο χώρο της υγείας», σ. 8-14.

Υφαντόπουλος, Γ. (2006). *Θεσμικές μεταρρυθμίσεις και οικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα*. Στο Γ. Υφαντόπουλος (Επιμ.), *Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική* (2η εκδ., σσ. 175-235). Αθήνα: τυπ. - Γεώργιος Δαρδάνος.

Φλώκου, Α. (2017). *Εφαρμογή μη παραμετρικών μεθόδων για την εκτίμηση και ανάλυση της αποδοτικότητας υπηρεσιών υγείας. Η περίπτωση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας* (Διδακτορική Διατριβή). Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

ΕΛΣΤΑΤ. (2011). *Ελληνική Στατιστική Αρχή, Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011*. Ανάκτηση 25 Φεβρουαρίου, 2022, από: <https://www.statistics.gr/el/2011-census-pop-hous>

ΕΛΣΤΑΤ. (2019). *Δελτίου Τύπου: Απογραφή κέντρων υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: έτος 2019*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανάκτηση 25 Φεβρουαρίου, 2022, από: <https://www.statistics.gr/documents/20181/b44866e3-2003-dd46-52df-69e8ba53859a>

Υπουργείο Υγείας, Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (Bi-Health). (2019). *Νοσολογική Κίνηση Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας_2019*. Ανάκτηση 02 Ιανουαρίου, 2022, από <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinhshs>

Eurostat. (2016). *Urban Europe. Statistics on cities, towns and suburbs*. Luxembourg: European Union. Ανάκτηση 10 Ιανουαρίου, 2022 από: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7596823/KS-01-16-691-EN-N.pdf/0abf140c-ccc7-4a7f-b236-682effcde10f?t=1472645220000>

FAO. (2018). *Guidelines on defining rural areas and compiling indicators for development policy*. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Ανάκτηση 05 Ιανουαρίου, 2022, από: <http://www.fao.org/3/ca6392en/ca6392en.pdf>

Primary Care Collaborative. (2016). *Shared Principles of Primary Care*. Ανάκτηση 01 Φεβρουαρίου, 2022, από: <https://www.pcpcc.org/about/shared-principles>

WHO (1978) *Declaration of Alma-Ata* Ανάκτηση 17 Φεβρουαρίου, 2022, από http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

WHO. (2016). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable*. Geneva: World Health Organization. Ανάκτηση 01 Φεβρουαρίου, 2022, από <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1#page=1>

WHO. (2018). *Building the economic case for primary health care: a scoping review*. Geneva: World Health Organization. Ανάκτηση 01 Φεβρουαρίου, 2022, από: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326293/WHO-HIS-SDS-2018.60-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO, & UNICEF. (2018α). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable developments goals*. Geneva:

Technical Series on Primary Health Care. Ανάκτηση 5 Ιανουαρίου, 2022, από:
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

WHO. (2019). Primary health care. Ανάκτηση 5 Ιανουαρίου, 2022, από:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

NOMIKA KEIMENA

Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), 1976. *Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976 - 1980*. Αθήνα: Υγεία, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, σ. 37-71.

Νόμος 1397/1983, άρθρα 14-20. Εθνικό σύστημα υγείας, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 114/Α’/7-10-1983)

Νόμος 3918/2011, άρθρα 17, 18. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 31/Α’/2-3-2011)

Νόμος 4238/2014, άρθρα 1, 2 και 6. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 38/Α’/17-2-2014)

Νόμος 4486/2017, άρθρα 1-7, 15, 21-23. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 115/Α’/7-8-2017)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005. *Σχέδιο νόμου για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας*. Αθήνα: Ενημερωτικό Δελτίο, σ. 4.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel - Smith, B., 1976. *Value for money in health services*. London: Heinemann. p. 24-36.

Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Mossialos, E. (1994). *Report on the Greek health services*. Athens: Pharmetrica SA.

Benzeval, M. and Judge, K. (1994). The determinants of hospital utilization: implications for resource allocation in England. *Health Economics*, 3(2), pp.105-116.

Butler, J., Vaile. M., 1984. *Health and health services. An Introduction to Health Care in Britain*. London: Routledge & Kegan Paul, p. 66-88.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. Στο A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson, A. Sagan, M. Karanikolos, E. Richardson, H. Kluge (Επιμ.), *Economic crisis, health systems and health in Europe: Impact and implications for*

policy (Vol. 41, pp. 103-142). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Ανάκτηση 5 Ιανουαρίου, 2022, από: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174010/9789289050340-eng.pdf?sequence=3>

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1-192. Ανάκτηση 5 Ιανουαρίου, 2022, από: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf>

Evans, R., 1981. *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry*. In: van der Gaag J. & Perlman M. (eds.) *Health, Economics, and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland, p.89-96.

Grimsmo, A. and Siem, H. (1984). Factors affecting primary health care utilization. *Family practice*, 1(3), pp.155-161.

Harrison, J., Nutley, S., 1993. *Whither Health Service Management? In the Managerial Issues in the Reformed NHS*. England: Malek M.et al, John Wiley & Son Ltd., p. 45-59.

Isroliwala, S. Wainwright, C. Sehdey, K. (2004), *A local view of factors influencing patient choice*, Healthcare Management Research Group: Cranfield University.

Katz. D., Kahn R., 1966. *The social psychology of organization*. New York: J. Willey & Sons Inc., New York. p. 24-29.

Kluge, H., Kelley, E., Swaminathan, S., Yanamoto, N., Fisseha, S., Theodorakis , P., Mossialos, E. (2018). After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. *The Lancet*, 392(10160), pp. 2147-2152.

Lako, C. J. Rosenau, P. (2008). *Demand-Driven Care and Hospital Choice*. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice. *Health Care Anal.*

Levy, E., 1975. *L' Economic du Systeme de Sanie*. Paris: Dunod. p. 23-33.

Lionis, C., Symvoulakis, E., Markaki, A., Vardavas, C., Papadaki, M., Daniilidou, N., Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 9(3).

Lionis, C., Symvoulakis , E., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., Tziraki, C. (2019). Integrated people-centred Primary Health Care in Greece: unraveling Ariadne's thread. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e113).

Luft, Harold S., John C. Hershey, and Joan Morrell. Factors affecting the use of physician services in a rural community. *American Journal of Public Health* 66, no. 9 (1976): 865-871.

Mooney, G., 1984. *Equity in health care: Confronting the confusion*. Aberdeen: Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper No. 11/82, p. 1-25.

Mooney, G., 1986. *Economics. Medicine and Health Care*. Sussex: Wheatsheaf Books Ltd, p. 4-45.

Nikolentzos, A., & Mays, N. (2016). Explaining the Persistent Dominance of the Greek Medical Profession Across Successive Health Care System Reforms from 1983 to the Present. *Health Systems & Reform*, 2(2), pp. 135-146.

Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D., Patri, F., Karaklidis, D., Moustakas, P., Merkouris, M. (2010). Rural primary care in Greece: working under limited resources. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), pp. 333-337.

Saaed, B.K.S. (1998). *Factors affecting patients' choice of hospitals*, *Annals of Saudi Medicine*, 5 (18), 420-424.

Simou, E., Karamagioli E, E., & Roumeliotou, A. (2015). Reinventing Primary Health Care in Greece of Austerity: the Role of Health-care Workers. *Primary Health Care Research & Development*, 16, pp. 5-13.

Souliotis K, Kyriopoulos J. 2003. *The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues*. *Appl Health Econ Health Policy*.2(3): 129-34.

Starfield, B. (1992). *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press.

Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2005). The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74(2), pp. 167-180.

Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Souliotis, K., Niakas, D. (2011). Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: the Hellas health I study. *Health services management research*, 24(1), pp. 8-18.

UNICEF, & WHO. (1978). *International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization

Van der Heyden, J.H.A., Demarest, S., Tafforeau, J. and Van Oyen, H. (2003). Socio-economic differences in the utilization of health services in Belgium. *Health policy*, 65(2), pp.153-165.

Wedig, Gerard J. (1988). Health status and the demand for health: results on price elasticities. *Journal of health economics* 7, no. 2: 151-163.

West, P., 1981. *Theoretical and practical equity in the national health service in England*. Soc. Sei. Med. 15 (3): 117-122.

Wubker, A. Sauerland D. Wubker A. (2008). *Does better information about hospital quality affect patients' choice?* Empirical findings from Germany, Munich Personal RePEc Archive (10479).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 25 Συγκεντρωτικά στοιχεία νοσολογικής κίνησης Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2017. (moh.gov.gr/articles/bihealth).

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
1η Υ.Πε. Αττικής		217.011	231.910	45.855	15.178
1	Κ.Υ. ΒΥΡΩΝΑ	26.511	38.780	7.125	2.345
2	Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ	20.449	22.661	5.704	0
3	Κ.Υ. ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ	18.439	16.904	0	0
4	Κ.Υ. ΚΟΡΩΠΙΟΥ	31.790	18.640	12.251	2.865
5	Κ.Υ. ΛΑΥΡΙΟΥ	13.577	21.364		
6	Κ.Υ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	28.287	35.322	8.180	5.985
7	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	13.269	26.723	3.502	3.166
8	Κ.Υ. ΡΑΦΗΝΑΣ	42.992	19.681	994	279
9	Κ.Υ. ΣΠΑΤΩΝ	21.697	31.835	8.099	538

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
2η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου		272.648	245.322	337.351	44.259
1	Κ.Υ. ΑΙΓΙΝΑΣ	13.668	9.890	9.434	2.364
2	Κ.Υ. ΑΝΔΡΟΥ	10.018	2.857	1.477	0
3	Κ.Υ. ΑΝΤΙΣΣΑΣ	4.283	2.440	4.283	0
4	Κ.Υ. ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	25.186	6.370	65.522	5.798
5	Κ.Υ. ΒΑΡΗΣ	11.808	6.965	10.530	534
6	Κ.Υ. ΓΑΛΑΤΑ	10.053	6.446	13.577	483
7	Κ.Υ. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	14.128	16.093	6.359	0
8	Κ.Υ. ΕΜΠΩΝΑ	4.195	2.613	5.016	266
9	Κ.Υ. ΕΥΔΗΛΟΥ	4.380	1.971	3.124	0
10	Κ.Υ. ΙΟΥ	14.560	7.479	7.766	0
11	Κ.Υ. ΚΑΛΛΟΝΗΣ	16.735	14.061	18.885	10.848
12	Κ.Υ. ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΟΥ	14.953	16.727	15.614	0
13	Κ.Υ. ΚΑΡΠΑΘΟΥ	9.503	1.945	10.935	38
14	Κ.Υ. ΜΕΓΑΡΩΝ	4.476	31.694	3.499	0
15	Κ.Υ. ΜΗΛΟΥ	11.911	6.024	16.690	40
16	Κ.Υ. ΜΥΚΟΝΟΥ	8.324	16.469	5.639	52
17	Κ.Υ. ΠΑΡΟΥ	7.291	12.326	52.767	0
18	Κ.Υ. ΠΑΤΜΟΥ	5.344	3.038	5.461	5.787
19	Κ.Υ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	24.134	12.355	9.700	1.351
20	Κ.Υ. ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	1.206	11.615	17.010	4.772
21	Κ.Υ. ΠΟΛΥΧΝΙΤΟΥ	29.912	18.447	23.548	0
22	Κ.Υ. ΠΥΡΓΙΟΥ	5.761	3.975	4.890	27
23	Κ.Υ. ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	12.141	22.902	16.106	11.899
24	Κ.Υ. ΤΗΝΟΥ	4.392	6.367	6.304	0
25	Κ.Υ. ΧΩΡΑΣ ΑΜΟΡΓΟΥ	4.286	4.253	3.215	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	3η Υ.Πε. Μακεδονίας	319.291	200.801	224.166	2.085
1	Κ.Υ. ΑΙΓΙΝΙΟΥ	6.842	8.785	8.379	1.223
2	Κ.Υ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	22.531	13.783	12.207	0
3	Κ.Υ. ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	12.123	5.830	9.154	0
4	Κ.Υ. ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	13.328	6.599	14.402	0
5	Κ.Υ. ΑΡΙΔΑΙΑΣ	24.423	14.464	5.656	
6	Κ.Υ. ΑΡΝΙΣΣΑΣ	5.420	12.206	8.322	0
7	Κ.Υ. ΔΕΣΚΑΤΗΣ	11.533	3.729	15.429	
8	Κ.Υ. ΔΙΑΒΑΤΩΝ	22.225	30.262	38.552	224
9	Κ.Υ. ΕΥΟΣΜΟΥ (ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ)	67.078	23.827	20.896	0
10	Κ.Υ. ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	12.870	11.258	15.284	0
11	Κ.Υ. ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	28.453	9.240	17.168	0
12	Κ.Υ. ΛΑΓΚΑΔΑ	22.368	16.106	8.527	0
13	Κ.Υ. ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	9.252	11.849	6.409	0
14	Κ.Υ. ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	14.833	12.318	14.527	0
15	Κ.Υ. ΣΕΡΒΙΩΝ	12.727	6.033	8.714	
16	Κ.Υ. ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	10.867	3.642	4.878	0
17	Κ.Υ. ΣΚΥΔΡΑΣ	10.674	6.611	9.020	638
18	Κ.Υ. ΤΣΟΤΥΛΙΟΥ	11.744	4.259	6.642	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΆΛΛΑ
	4η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης	565.756	312.169	392.956	13.828
1	Κ.Υ. ΑΒΔΗΡΩΝ	14.923	6.732	7.633	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ	20.888	10.189	26.342	0
3	Κ.Υ. ΑΓ. ΟΡΟΥΣ	6.329	1.952	2.185	
4	Κ.Υ. ΔΙΚΑΙΩΝ	7.000	2.905	10.774	6
5	Κ.Υ. ΔΡΟΣΑΤΟΥ	10.341	3.562	6.857	415
6	Κ.Υ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	17.675	4.218	4.712	928
7	Κ.Υ. ΕΧΙΝΟΥ	18.966	7.816	47.349	0
8	Κ.Υ. ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	10.284	6.786	4.611	0
9	Κ.Υ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	21.207	10.499	11.655	0
10	Κ.Υ. ΘΕΡΜΗΣ	35.539	11.044	12.007	316
11	Κ.Υ. ΙΑΣΜΟΥ	4.865	10.349	9.003	0
12	Κ.Υ. Κ. ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	4.983	4.199	9.603	0
13	Κ.Υ. ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	17.439	13.942	4.203	845
14	Κ.Υ. ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	14.974	3.530	7.195	621
15	Κ.Υ. Ν. ΖΙΧΝΗΣ	18.772	5.826	7.564	0
16	Κ.Υ. Ν. ΜΑΔΥΤΟΥ	22.430	11.276	14.689	0
17	Κ.Υ. Ν. ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	21.616	18.054	0	1.681
18	Κ.Υ. Ν. ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	27.100	19.987	11.815	0
19	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΕΙΑΣ	23.189	20.243	16.037	104
20	Κ.Υ. ΝΙΓΡΙΤΑΣ	28.820	11.521	10.986	0
21	Κ.Υ. ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	41.213	12.462	32.194	0
22	Κ.Υ. ΠΑΛΑΙΟΧΩΡΙΟΥ	14.192	5.334	5.788	0
23	Κ.Υ. ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	2.308	3.441	6.472	0
24	Κ.Υ. ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	10.317	10.045	6.748	2.259
25	Κ.Υ. ΠΡΙΝΟΥ	14.939	11.739	5.085	0
26	Κ.Υ. ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	11.485	4.172	21.073	149
27	Κ.Υ. ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	13.237	9.356	11.064	0
28	Κ.Υ. ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	11.276	5.295	4.881	0
29	Κ.Υ. ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	5.138	4.304	3.998	328
30	Κ.Υ. ΣΑΠΠΩΝ	13.449	8.471	10.310	267
31	Κ.Υ. ΣΙΔΗΡΟΚΑΣΤΡΟΥ	10.387	8.667	9.716	30
32	Κ.Υ. ΣΟΥΦΛΙΟΥ	11.103	7.690	5.321	93
33	Κ.Υ. ΣΟΧΟΥ	6.302	7.052	1.964	2.224
34	Κ.Υ. ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	6.367	3.923	9.126	271
35	Κ.Υ. ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	11.590	4.473	10.348	0
36	Κ.Υ. ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	35.113	21.115	23.648	3.291

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	423.624	226.576	385.563	6.462
1	Κ.Υ. ΨΑΧΝΩΝ	17.115	19.260	26.110	0
2	Κ.Υ. ΑΓΙΑΣ	17.437	9.781	10.009	0
3	Κ.Υ. ΑΛΙΑΡΤΟΥ	3.059	9.915	5.556	248
4	Κ.Υ. ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	26.673	7.766	18.705	980
5	Κ.Υ. ΑΛΜΥΡΟΥ	14.700	6.357	8.624	1.062
6	Κ.Υ. ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ	18.386	3.146	19.801	0
7	Κ.Υ. ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	7.240	4.056	8.997	0
8	Κ.Υ. ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ	11.398	8.697	9.429	0
9	Κ.Υ. ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	5.455	5.652	8.223	0
10	Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ	17.010	5.827	10.496	106
11	Κ.Υ. ΔΙΣΤΟΜΟΥ	11.461	4.379	8.108	0
12	Κ.Υ. ΔΟΜΟΚΟΥ	15.468	5.800	16.193	0
13	Κ.Υ. ΔΥΤ. ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	6.624	1.312	4.529	512
14	Κ.Υ. ΕΛΑΣΣΟΝΑΣ	32.813	12.801	17.175	733
15	Κ.Υ. ΕΡΥΘΡΩΝ	631	579	6.436	43
16	Κ.Υ. ΖΑΓΟΡΑΣ	5.774	3.139	9.974	347
17	Κ.Υ. ΙΣΤΙΑΙΑΣ	22.520	7.413	5.555	0
18	Κ.Υ. ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	12.230	8.533	18.107	0
19	Κ.Υ. ΛΙΔΟΡΙΚΙΟΥ	2.507	2.659	5.868	184
20	Κ.Υ. ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	10.429	3.759	12.902	128
21	Κ.Υ. ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	6.721	5.433	6.252	0
22	Κ.Υ. ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	14.138	8.910	4.062	0
23	Κ.Υ. ΟΙΝΟΦΥΤΩΝ	1.222	2.283	1.986	0
24	Κ.Υ. ΠΑΛΑΜΑ	13.250	6.392	12.686	0
25	Κ.Υ. ΠΥΛΗΣ	11.223	5.254	21.274	0
26	Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ	13.636	4.116	9.824	0
27	Κ.Υ. ΣΚΟΠΕΛΟΥ	8.271	6.848	8.030	0
28	Κ.Υ. ΣΟΦΑΔΩΝ	12.412	0	12.303	2.119
29	Κ.Υ. ΣΤΥΛΙΔΑΣ	15.720	5.458	18.871	0
30	Κ.Υ. ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	12.605	10.355	11.532	0
31	Κ.Υ. ΤΥΡΝΑΒΟΥ	15.426	19.581	12.288	0
32	Κ.Υ. ΦΑΡΚΑΔΟΝΑΣ	18.039	5.029	17.469	0
33	Κ.Υ. ΦΑΡΣΑΛΩΝ	22.031	16.086	18.189	

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΆΛΛΑ
6η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας		602.573	347.439	760.554	34.421
1	Κ.Υ. ΑΓ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ-ΑΓΡΟΥ	17.119	4.455	17.898	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΜΑΡΚΟΥ	11.212	8.264	9.093	0
3	Κ.Υ. ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	1.655	2.081	4.929	626
4	Κ.Υ. ΑΓΝΑΝΤΩΝ	2.429	1.225	6.338	18
5	Κ.Υ. ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	29.707	6.455	36.022	0
6	Κ.Υ. ΑΚΡΑΤΑΣ	6.758	8.094	0	0
7	Κ.Υ. ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	16.842	6.736	11.606	0
8	Κ.Υ. ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	2.837	1.283	6.372	0
9	Κ.Υ. ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	5.426	1.908	4.383	232
10	Κ.Υ. ΑΝΩ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	7.693	6.042	10.501	0
11	Κ.Υ. ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	335	265	942	0
12	Κ.Υ. ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	13.929	16.539	12.628	0
13	Κ.Υ. ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	10.969	3.605	28.055	0
14	Κ.Υ. ΑΣΤΑΚΟΥ	14.670	1.041	5.222	0
15	Κ.Υ. ΑΣΤΡΟΥΣ	10.399	4.375	9.707	0
16	Κ.Υ. ΒΑΡΔΑΣ	5.206	10.698	24.376	1.828
17	Κ.Υ. ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	315	4.708	7.604	0
18	Κ.Υ. ΒΛΑΧΙΩΤΗ	7.130	6.783	12.933	0
19	Κ.Υ. ΒΟΝΙΤΣΑΣ	8.693	3.392	8.399	62
20	Κ.Υ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΙΟΥ	3.142	1.574	4.895	4
21	Κ.Υ. ΒΟΥΤΣΑΡΑ	3.236	2.145	4.976	484
22	Κ.Υ. ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	11.832	4.898	12.207	2.034
23	Κ.Υ. ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	20.289	16.344	15.612	3
24	Κ.Υ. ΓΚΟΥΡΑΣ	807	1.144	4.034	0
25	Κ.Υ. ΓΥΘΕΙΟΥ	14.175	6.502	21.410	0
26	Κ.Υ. ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	9.663	1.641	9.260	325
27	Κ.Υ. ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	6.716	1.139	5.833	0
28	Κ.Υ. ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	874	2.634	3.054	0
29	Κ.Υ. ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	10.396	1.293	11.974	994
30	Κ.Υ. ΖΑΧΑΡΩΣ	0	6.852	26.265	0
31	Κ.Υ. ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	9.605	10.519	7.126	0
32	Κ.Υ. ΘΕΡΜΟΥ	18.341	5.757	7.647	0
33	Κ.Υ. ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	12.652	5.316	14.650	297
34	Κ.Υ. ΙΘΑΚΗΣ	6.927	1.600	6.607	0
35	Κ.Υ. Κ. ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	1.470	979	12.038	0
36	Κ.Υ. ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	8.588	3.238	13.124	850
37	Κ.Υ. ΚΑΣΤΟΡΕΙΟΥ	513	340	3.990	0
38	Κ.Υ. ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	29.119	1.175	14.965	0
39	Κ.Υ. ΚΑΤΟΥΝΑΣ	746	609	5.800	0

40	Κ.Υ. ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	21.012	22.288	16.478	0
41	Κ.Υ. ΚΙΑΤΟΥ	1.174	10.214	15.445	3.821
42	Κ.Υ. ΚΟΝΙΤΣΑΣ	5.041	4.485	8.106	45
43	Κ.Υ. ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	17.156	9.558	23.561	944
44	Κ.Υ. ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	7.275	3.805	9.873	949
45	Κ.Υ. ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	4.596	10.907	10.025	547
46	Κ.Υ. ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	17.869	5.802	8.840	0
47	Κ.Υ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	1.551	1.035	8.471	2.225
48	Κ.Υ. ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	15.975	5.813	18.562	0
49	Κ.Υ. ΜΕΛΙΓΑΛΑ	5.717	5.283	7.752	0
50	Κ.Υ. ΜΕΣΣΗΝΗΣ	30.615	11.419	20.410	2.683
51	Κ.Υ. ΜΕΤΣΟΒΟΥ	12.815	1.393	7.881	0
52	Κ.Υ. ΜΥΤΙΚΑ	819	165	2.723	0
53	Κ.Υ. ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	12.132	14.030	9.796	562
54	Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	9.430	7.231	13.754	22
55	Κ.Υ. ΝΕΜΕΑΣ	3.051	3.898	11.116	0
56	Κ.Υ. ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	5.019	7.400	10.472	0
57	Κ.Υ. ΠΑΞΩΝ	2.815	1.463	7.086	1.053
58	Κ.Υ. ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	10.641	5.484	11.059	481
59	Κ.Υ. ΠΑΡΓΑΣ	5.419	3.147	6.841	209
60	Κ.Υ. ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	7.713	3.121	20.120	1.766
61	Κ.Υ. ΠΥΛΟΥ	5.764	4.608	8.871	0
62	Κ.Υ. ΣΑΜΗΣ	13.949	5.381	23.764	3.587
63	Κ.Υ. ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	4.467	3.316	10.166	2.892
64	Κ.Υ. ΤΡΟΠΑΙΩΝ	1.066	2.858	8.042	14
65	Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	10.225	6.473	10.634	
66	Κ.Υ. ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑΣ	8.536	3.088	10.802	2.221
67	Κ.Υ. ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	16.824	6.162	9.346	9
68	Κ.Υ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	1.492	3.964	8.083	2.634

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2017_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
7η Υ.Πε. Κρήτης		272.422	138.607	213.264	62.302
1	Κ.Υ. ΑΓ. ΦΩΤΕΙΝΗΣ	2.366	2.807	12.662	377
2	Κ.Υ. ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑΣ	62.909	6.425	45.754	0
3	Κ.Υ. ΑΝΩ ΒΙΑΝΟΥ	13.492	4.570	5.792	
4	Κ.Υ. ΑΝΩΓΕΙΩΝ	27.416	3.911	516	0
5	Κ.Υ. ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	19.448	25.368	14.699	9.922
6	Κ.Υ. ΒΑΜΟΥ	23.036	7.381	14.891	2.964
7	Κ.Υ. ΚΑΝΔΑΝΟΥ	10.780	4.070	18.362	9.307
8	Κ.Υ. ΚΑΣΤΕΛΙΟΥ ΠΕΔΙΑΔΟΣ	20.337	11.164	23.764	0
9	Κ.Υ. ΚΙΣΣΑΜΟΥ	3.430	13.561	0	33.787
10	Κ.Υ. ΜΟΙΡΩΝ	24.333	19.773	16.888	5.515
11	Κ.Υ. ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	10.103	13.624	14.290	0
12	Κ.Υ. ΡΕΘΥΜΝΟΥ	8.661	326	2.100	352
13	Κ.Υ. ΣΠΗΛΙΟΥ	15.432	9.889	23.168	0
14	Κ.Υ. ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	15.282	4.502	11.521	0
15	Κ.Υ. ΧΑΡΑΚΑ	15.397	11.236	8.857	78
ΣΥΝΟΛΟ 2017		2.673.325	1.702.824	2.359.709	178.535

Πίνακας 26 Συγκεντρωτικά στοιχεία νοσολογικής κίνησης Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2018. (moh.gov.gr/articles/bihealth).

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
1η Υ.Πε. Αττικής		236.488	251.654	46.405	11.101
1	Κ.Υ. ΒΥΡΩΝΑ	30.068	42.164	6.585	1.723
2	Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ	22.652	16.317	9.709	0
3	Κ.Υ. ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ	14.523	19.983	0	0
4	Κ.Υ. ΚΟΡΩΠΙΟΥ	32.899	17.822	12.939	2.247
5	Κ.Υ. ΛΑΥΡΙΟΥ	24.163	26.265	0	0
6	Κ.Υ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	25.548	31.738	6.537	4.817
7	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	23.283	25.384	2.738	2.213
8	Κ.Υ. ΡΑΦΗΝΑΣ	36.525	25.222	12	101
9	Κ.Υ. ΣΠΑΤΩΝ	26.827	46.759	7.885	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
Α/Α	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	2η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου	294.572	265.810	309.723	42.288
1	Κ.Υ. ΑΙΓΙΝΑΣ	17.113	9.002	8.571	1.012
2	Κ.Υ. ΑΝΔΡΟΥ	11.857	3.504	8.663	0
3	Κ.Υ. ΑΝΤΙΣΣΑΣ	4.927	2.117	4.209	0
4	Κ.Υ. ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	25.199	6.280	56.313	7.044
5	Κ.Υ. ΒΑΡΗΣ	10.129	8.251	9.573	369
6	Κ.Υ. ΓΑΛΑΤΑ	9.065	7.628	14.782	592
7	Κ.Υ. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	15.300	17.761	3.099	0
8	Κ.Υ. ΕΜΠΩΝΑ	4.940	2.474	4.355	144
9	Κ.Υ. ΕΥΔΗΛΟΥ	4.907	2.206	2.617	0
10	Κ.Υ. ΙΟΥ	15.768	7.569	6.909	0
11	Κ.Υ. ΚΑΛΛΟΝΗΣ	18.955	12.536	14.180	2.041
12	Κ.Υ. ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΟΥ	7.899	17.314	18.400	220
13	Κ.Υ. ΚΑΡΠΑΘΟΥ	10.937	1.492	7.661	105
14	Κ.Υ. ΜΕΓΑΡΩΝ	6.598	29.603	3.148	0
15	Κ.Υ. ΜΗΛΟΥ	11.374	7.529	15.101	0
16	Κ.Υ. ΜΥΚΟΝΟΥ	9.055	26.080	10.686	19
17	Κ.Υ. ΠΑΡΟΥ	15.322	11.866	34.553	1.653
18	Κ.Υ. ΠΑΤΜΟΥ	9.858	3.541	6.489	6.525
19	Κ.Υ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	44.633	21.519	19.283	6
20	Κ.Υ. ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	516	14.135	17.974	5.525
21	Κ.Υ. ΠΟΛΥΧΝΙΤΟΥ	16.383	4.904	24.445	70
22	Κ.Υ. ΠΥΡΓΙΟΥ	5.487	5.049	4.833	251
23	Κ.Υ. ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	10.074	32.434	4.000	16.627
24	Κ.Υ. ΤΗΝΟΥ	5.196	8.220	7.201	2
25	Κ.Υ. ΧΩΡΑΣ ΑΜΟΡΓΟΥ	3.080	2.796	2.678	83

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	3η Υ.Πε. Μακεδονίας	316.958	226.512	225.935	5.070
1	Κ.Υ. ΑΙΓΙΝΙΟΥ	4.200	10.838	6.895	2.226
2	Κ.Υ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	23.587	15.171	7.569	0
3	Κ.Υ. ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	14.017	5.683	8.485	0
4	Κ.Υ. ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	12.065	6.884	13.326	0
5	Κ.Υ. ΑΡΙΔΑΙΑΣ	26.762	12.985	4.988	
6	Κ.Υ. ΑΡΝΙΣΣΑΣ	8.617	6.993	6.949	0
7	Κ.Υ. ΔΕΣΚΑΤΗΣ	10.360	3.651	15.231	
8	Κ.Υ. ΔΙΑΒΑΤΩΝ	14.735	38.778	35.718	2.838
9	Κ.Υ. ΕΥΟΣΜΟΥ (ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ)	54.269	43.086	30.455	6
10	Κ.Υ. ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	13.772	10.521	17.100	0
11	Κ.Υ. ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	25.911	9.041	18.370	
12	Κ.Υ. ΛΑΓΚΑΔΑ	27.165	14.405	8.245	0
13	Κ.Υ. ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	6.223	15.751	6.688	0
14	Κ.Υ. ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	18.901	11.319	13.746	0
15	Κ.Υ. ΣΕΡΒΙΩΝ	12.760	6.109	8.242	0
16	Κ.Υ. ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	18.590	4.636	7.386	0
17	Κ.Υ. ΣΚΥΔΡΑΣ	10.689	7.657	12.229	
18	Κ.Υ. ΤΣΟΤΥΛΙΟΥ	14.335	3.004	4.313	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
Α/Α	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
4η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης		513.061	326.780	328.437	12.432
1	Κ.Υ. ΑΒΔΗΡΩΝ	14.722	7.148	5.802	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ	11.384	11.559	7.581	0
3	Κ.Υ. ΑΓ. ΟΡΟΥΣ	6.531	584	2.317	
4	Κ.Υ. ΔΙΚΑΙΩΝ	7.071	2.679	12.212	32
5	Κ.Υ. ΔΡΟΣΑΤΟΥ	6.950	3.143	3.975	486
6	Κ.Υ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	19.180	4.659	5.144	437
7	Κ.Υ. ΕΧΙΝΟΥ	19.875	6.227	45.865	0
8	Κ.Υ. ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	9.687	7.383	4.912	0
9	Κ.Υ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	19.069	11.434	10.756	0
10	Κ.Υ. ΘΕΡΜΗΣ	34.644	22.700	9.673	0
11	Κ.Υ. ΙΑΣΜΟΥ	5.357	8.849	10.570	0
12	Κ.Υ. Κ. ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	3.746	5.626	7.262	0
13	Κ.Υ. ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	15.726	14.278	3.010	667
14	Κ.Υ. ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	15.255	3.066	6.303	0
15	Κ.Υ. Ν. ΖΙΧΝΗΣ	19.798	5.125	6.806	0
16	Κ.Υ. Ν. ΜΑΔΥΤΟΥ	12.583	11.885	10.933	0
17	Κ.Υ. Ν. ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	31.525	20.996	0	0
18	Κ.Υ. Ν. ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	23.916	21.464	13.667	3.006
19	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΕΙΑΣ	16.186	23.745	16.031	3.594
20	Κ.Υ. ΝΙΓΡΙΤΑΣ	35.435	9.297	8.287	0
21	Κ.Υ. ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	22.726	11.588	25.902	0
22	Κ.Υ. ΠΑΛΛΙΟΧΩΡΙΟΥ	12.965	5.686	5.850	0
23	Κ.Υ. ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	3.055	4.065	5.969	2
24	Κ.Υ. ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	13.134	13.944	5.370	2.498
25	Κ.Υ. ΠΡΙΝΟΥ	7.906	7.566	5.120	0
26	Κ.Υ. ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	11.954	2.438	17.581	284
27	Κ.Υ. ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	11.311	7.433	8.869	0
28	Κ.Υ. ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	10.820	5.345	3.733	0
29	Κ.Υ. ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	5.286	6.293	3.837	0
30	Κ.Υ. ΣΑΠΠΩΝ	18.379	8.133	9.344	0
31	Κ.Υ. ΣΙΔΗΡΟΚΑΣΤΡΟΥ	11.736	6.033	8.664	0
32	Κ.Υ. ΣΟΥΦΛΙΟΥ	9.367	7.865	5.591	88
33	Κ.Υ. ΣΟΧΟΥ	8.238	7.458	3.094	1.088
34	Κ.Υ. ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	3.263	3.802	9.760	250
35	Κ.Υ. ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	13.109	4.484	9.718	0
36	Κ.Υ. ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	21.172	22.800	8.929	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας		384.728	220.026	378.086	6.816
1	Κ.Υ. ΨΑΧΝΩΝ	16.434	16.313	28.384	0
2	Κ.Υ. ΑΓΙΑΣ	19.191	10.990	9.856	0
3	Κ.Υ. ΑΛΙΑΡΤΟΥ	2.419	9.648	4.403	518
4	Κ.Υ. ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	10.266	3.417	22.074	59
5	Κ.Υ. ΑΛΜΥΡΟΥ	11.104	5.233	11.431	2.015
6	Κ.Υ. ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ	13.176	2.060	14.154	0
7	Κ.Υ. ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	6.529	4.053	7.295	55
8	Κ.Υ. ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ	11.542	11.985	12.554	0
9	Κ.Υ. ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	6.574	6.302	4.797	0
10	Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ	16.644	7.078	9.014	98
11	Κ.Υ. ΔΙΣΤΟΜΟΥ	12.846	4.166	6.009	0
12	Κ.Υ. ΔΟΜΟΚΟΥ	13.255	6.092	14.680	0
13	Κ.Υ. ΔΥΤ. ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	2.990	1.080	4.600	297
14	Κ.Υ. ΕΛΑΣΣΟΝΑΣ	35.192	11.256	17.236	1.372
15	Κ.Υ. ΕΡΥΘΡΩΝ	719	752	7.355	91
16	Κ.Υ. ΖΑΓΟΡΑΣ	1.535	3.184	9.599	75
17	Κ.Υ. ΙΣΤΙΑΙΑΣ	18.308	11.464	16.706	549
18	Κ.Υ. ΙΤΕΑΣ	67	55	560	
19	Κ.Υ. ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	15.507	10.022	20.872	0
20	Κ.Υ. ΛΙΔΟΡΙΚΙΟΥ	3.403	2.272	6.368	1.223
21	Κ.Υ. ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	8.832	3.680	10.203	124
22	Κ.Υ. ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	5.790	4.115	7.071	0
23	Κ.Υ. ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	17.017	9.049	3.691	0
24	Κ.Υ. ΠΑΛΑΜΑ	7.911	3.091	7.698	0
25	Κ.Υ. ΠΥΛΗΣ	12.753	5.260	23.034	0
26	Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ	16.962	3.604	12.586	0
27	Κ.Υ. ΣΚΟΠΕΛΟΥ	6.339	4.920	6.577	0
28	Κ.Υ. ΣΟΦΑΔΩΝ	16.113	140	8.193	40
29	Κ.Υ. ΣΤΥΛΙΔΑΣ	16.037	5.418	16.387	300
30	Κ.Υ. ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	12.248	11.496	6.697	0
31	Κ.Υ. ΤΥΡΝΑΒΟΥ	7.509	18.642	11.526	0
32	Κ.Υ. ΦΑΡΚΑΔΟΝΑΣ	16.573	5.312	18.354	0
33	Κ.Υ. ΦΑΡΣΑΛΩΝ	22.943	17.877	18.122	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΠΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΆΛΛΑ
6η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας		566.623	376.143	754.141	25.808
1	Κ.Υ. ΑΓ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ-ΑΓΡΟΥ	16.077	3.656	19.309	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΜΑΡΚΟΥ	8.310	8.380	11.182	0
3	Κ.Υ. ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	1.669	2.289	5.776	551
4	Κ.Υ. ΑΓΝΑΝΤΩΝ	2.401	1.537	5.611	0
5	Κ.Υ. ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	35.074	10.323	44.112	0
6	Κ.Υ. ΑΚΡΑΤΑΣ	5.519	8.162	0	0
7	Κ.Υ. ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	17.413	5.956	11.315	0
8	Κ.Υ. ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	6.877	1.321	5.979	0
9	Κ.Υ. ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	5.776	2.445	4.616	112
10	Κ.Υ. ΑΝΩ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	10.702	3.633	3.702	0
11	Κ.Υ. ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	285	157	941	0
12	Κ.Υ. ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	15.615	17.786	12.082	0
13	Κ.Υ. ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	5.235	3.656	26.409	0
14	Κ.Υ. ΑΣΤΑΚΟΥ	15.127	2.273	10.046	0
15	Κ.Υ. ΑΣΤΡΟΥΣ	9.683	6.188	6.214	0
16	Κ.Υ. ΒΑΡΔΑΣ	6.634	15.269	24.911	7
17	Κ.Υ. ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	4.823	1.252	8.647	0
18	Κ.Υ. ΒΛΑΧΙΩΤΗ	7.889	5.433	12.850	0
19	Κ.Υ. ΒΟΝΙΤΣΑΣ	6.256	0	12.975	0
20	Κ.Υ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΙΟΥ (ΔΡΟΣΟΠΗΓΗΣ)	2.673	1.484	7.604	5
21	Κ.Υ. ΒΟΥΤΣΑΡΑ	1.960	4.702	4.129	0
22	Κ.Υ. ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	12.935	4.664	15.847	1.684
23	Κ.Υ. ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	24.341	16.206	22.776	0
24	Κ.Υ. ΓΚΟΥΡΑΣ	768	1.268	3.468	29
25	Κ.Υ. ΓΥΘΕΙΟΥ	14.776	7.093	24.335	0
26	Κ.Υ. ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	10.090	1.608	7.622	436
27	Κ.Υ. ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	8.236	1.347	4.700	0
28	Κ.Υ. ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	1.182	2.450	3.193	0
29	Κ.Υ. ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	10.747	1.846	12.216	0
30	Κ.Υ. ΖΑΧΑΡΩΣ	0	5.966	31.890	0
31	Κ.Υ. ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	5.552	11.562	3.898	0
32	Κ.Υ. ΘΕΡΜΟΥ	9.011	7.262	13.305	0
33	Κ.Υ. ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	6.094	7.033	10.883	469
34	Κ.Υ. ΙΘΑΚΗΣ	3.916	3.314	4.112	0
35	Κ.Υ. Κ. ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	1.126	703	12.891	0
36	Κ.Υ. ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	3.455	2.350	8.442	2.251
37	Κ.Υ. ΚΑΣΤΟΡΕΙΟΥ	767	286	3.559	0
38	Κ.Υ. ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	25.517	1.270	10.358	0
39	Κ.Υ. ΚΑΤΟΥΝΑΣ	664	493	6.840	0
40	Κ.Υ. ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	21.318	24.449	13.627	0
41	Κ.Υ. ΚΙΑΤΟΥ	1.101	8.204	14.474	5.716

42	Κ.Υ. ΚΟΝΙΤΣΑΣ	7.492	5.144	10.578	0
43	Κ.Υ. ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	18.074	10.229	33.663	0
44	Κ.Υ. ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	5.427	5.012	10.357	0
45	Κ.Υ. ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	3.305	8.823	10.663	448
46	Κ.Υ. ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	15.712	5.836	7.610	0
47	Κ.Υ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	1.408	874	8.716	2.010
48	Κ.Υ. ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	11.965	9.853	13.641	0
49	Κ.Υ. ΜΕΛΙΓΑΛΑ	6.749	5.300	7.307	0
50	Κ.Υ. ΜΕΣΣΗΝΗΣ	24.719	8.748	20.039	2.663
51	Κ.Υ. ΜΕΤΣΟΒΟΥ	10.059	3.088	9.450	15
52	Κ.Υ. ΜΥΤΙΚΑ	885	216	2.657	0
53	Κ.Υ. ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	11.781	12.605	8.319	0
54	Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	9.573	9.570	12.174	
55	Κ.Υ. ΝΕΜΕΑΣ	4.706	3.787	11.178	0
56	Κ.Υ. ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	5.442	8.220	9.055	0
57	Κ.Υ. ΠΑΞΩΝ	3.575	1.889	8.140	
58	Κ.Υ. ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	10.131	8.858	9.536	0
59	Κ.Υ. ΠΑΡΓΑΣ	4.650	4.270	6.391	197
60	Κ.Υ. ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	4.170	5.627	19.034	0
61	Κ.Υ. ΠΥΛΟΥ	5.999	5.353	7.101	0
62	Κ.Υ. ΣΑΜΗΣ	5.630	7.212	7.296	1.397
63	Κ.Υ. ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	9.307	4.162	9.172	305
64	Κ.Υ. ΤΡΟΠΑΙΩΝ	1.169	2.657	6.439	8
65	Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	12.222	9.296	10.053	
66	Κ.Υ. ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑΣ	8.029	4.171	10.816	2.005
67	Κ.Υ. ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	16.850	6.384	9.122	46
68	Κ.Υ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	0	3.683	8.788	5.454

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2018_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
7η Υ.Πε. Κρήτης		276.421	141.228	189.995	70.908
1	Κ.Υ. ΑΓ. ΦΩΤΕΙΝΗΣ	3.075	3.543	4.896	1.280
2	Κ.Υ. ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑΣ	69.195	6.878	55.325	0
3	Κ.Υ. ΑΝΩ ΒΙΑΝΟΥ	13.973	4.261	6.233	15
4	Κ.Υ. ΑΝΩΓΕΙΩΝ	25.984	3.256	0	0
5	Κ.Υ. ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	28.244	31.873	19.361	11.426
6	Κ.Υ. ΒΑΜΟΥ	24.036	8.101	11.605	155
7	Κ.Υ. ΚΑΝΔΑΝΟΥ	1.227	1.004	7.057	13.499
8	Κ.Υ. ΚΑΣΤΕΛΙΟΥ ΠΕΔΙΑΔΟΣ	23.156	10.039	42.653	0
9	Κ.Υ. ΚΙΣΣΑΜΟΥ	4.499	14.596	0	38.140
10	Κ.Υ. ΜΟΙΡΩΝ	23.669	17.908	6.951	6.393
11	Κ.Υ. ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	9.425	12.628	5.410	0
12	Κ.Υ. ΣΠΗΛΙΟΥ	12.939	9.782	10.908	0
13	Κ.Υ. ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	16.500	5.659	11.062	0
14	Κ.Υ. ΧΑΝΙΩΝ (2ο)	5.824	329	21	0
15	Κ.Υ. ΧΑΡΑΚΑ	14.675	11.371	8.513	0
ΣΥΝΟΛΟ 2018		2.588.851	1.808.153	2.232.722	174.423

Πίνακας 27 Συγκεντρωτικά στοιχεία νοσολογικής κίνησης Κέντρων Υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια έτους 2019. (moh.gov.gr/articles/bihealth).

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
1η Υ.Πε. Αττικής		254.214	258.199	45.600	10.731
1	Κ.Υ. ΒΥΡΩΝΑ	35838	37718	11182	0
2	Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ	26890	22949	4928	0
3	Κ.Υ. ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ	9280	15741	0	0
4	Κ.Υ. ΚΟΡΩΠΙΟΥ	21248	18302	15315	1101
5	Κ.Υ. ΛΑΥΡΙΟΥ	34847	23595	0	0
6	Κ.Υ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	27408	33428	6770	5547
7	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	21802	28467	4160	4083
8	Κ.Υ. ΡΑΦΗΝΑΣ	40759	35663	0	0
9	Κ.Υ. ΣΠΑΤΩΝ	36142	42336	3245	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	2η Υ.Πε. Πειραιώς & Αιγαίου	305.278	264.034	284.048	36.236
1	Κ.Υ. ΑΙΓΙΝΑΣ	19716	13978	1010	410
2	Κ.Υ. ΑΝΔΡΟΥ	12722	3268	11487	0
3	Κ.Υ. ΑΝΤΙΣΣΑΣ	5074	2305	4388	0
4	Κ.Υ. ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	23168	6976	49382	7895
5	Κ.Υ. ΒΑΡΗΣ	12468	9446	8593	928
6	Κ.Υ. ΓΑΛΑΤΑ	10864	6321	10001	522
7	Κ.Υ. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	10823	19086	1667	0
8	Κ.Υ. ΕΜΠΩΝΑ	4191	2845	4003	49
9	Κ.Υ. ΕΥΔΗΛΟΥ	2830	2983	2792	0
10	Κ.Υ. ΙΟΥ	12216	5788	8565	0
11	Κ.Υ. ΚΑΛΛΟΝΗΣ	13569	17707	7653	0
12	Κ.Υ. ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΟΥ	12191	17781	18044	881
13	Κ.Υ. ΚΑΡΠΑΘΟΥ	8658	1807	6521	81
14	Κ.Υ. ΜΕΓΑΡΩΝ	5444	23890	2257	0
15	Κ.Υ. ΜΗΛΟΥ	11902	5910	15336	0
16	Κ.Υ. ΜΥΚΟΝΟΥ	11064	18067	11049	0
17	Κ.Υ. ΠΑΡΟΥ	31659	13983	35046	10302
18	Κ.Υ. ΠΑΤΜΟΥ	12711	4451	7081	4756
19	Κ.Υ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	45520	25231	22705	0
20	Κ.Υ. ΠΛΩΜΑΡΙΟΥ	414	12016	12057	5463
21	Κ.Υ. ΠΟΛΥΧΝΙΤΟΥ	14062	6323	20531	0
22	Κ.Υ. ΠΥΡΓΙΟΥ	5529	5052	3963	915
23	Κ.Υ. ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	8755	26991	9967	4010
24	Κ.Υ. ΤΗΝΟΥ	6095	8745	7341	0
25	Κ.Υ. ΧΩΡΑΣ ΑΜΟΡΓΟΥ	3633	3084	2609	24

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	3η Υ.Πε. Μακεδονίας	278.530	229.996	192.637	4.985
1	Κ.Υ. ΑΙΓΙΝΙΟΥ	3362	10222	7095	2516
2	Κ.Υ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	21195	15062	5053	0
3	Κ.Υ. ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	11748	6416	10111	0
4	Κ.Υ. ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	15028	5983	12413	0
5	Κ.Υ. ΑΡΙΔΑΙΑΣ	24398	12184	3693	
6	Κ.Υ. ΑΡΝΙΣΣΑΣ	7153	6571	5823	0
7	Κ.Υ. ΔΕΣΚΑΤΗΣ	10880	3977	17639	
8	Κ.Υ. ΔΙΑΒΑΤΩΝ	11756	35974	16779	2469
9	Κ.Υ. ΕΥΟΣΜΟΥ (ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ)	46653	54156	18723	0
10	Κ.Υ. ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	11170	10898	17382	0
11	Κ.Υ. ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	22324	8751	15518	
12	Κ.Υ. ΛΑΓΚΑΔΑ	22782	13163	7410	0
13	Κ.Υ. ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	5852	15298	5699	0
14	Κ.Υ. ΠΥΡΓΟΥ (ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ)	17090	11576	15856	0
15	Κ.Υ. ΣΕΡΒΙΩΝ	11980	5767	7508	0
16	Κ.Υ. ΣΙΑΤΙΣΤΑΣ	11361	4441	7286	0
17	Κ.Υ. ΣΚΥΔΡΑΣ	10662	6377	12966	0
18	Κ.Υ. ΤΣΟΤΥΛΙΟΥ	13136	3180	5683	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	4η Υ.Πε. Μακεδονίας & Θράκης	451.407	330.496	276.965	13.527
1	Κ.Υ. ΑΒΔΗΡΩΝ	13706	8685	5525	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ	9006	13904	5522	0
3	Κ.Υ. ΑΓ. ΟΡΟΥΣ	5684	486	1976	
4	Κ.Υ. ΔΙΚΑΙΩΝ	7455	2952	10860	34
5	Κ.Υ. ΔΡΟΣΑΤΟΥ	6190	2465	2961	1103
6	Κ.Υ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗΣ	11238	7101	4980	907
7	Κ.Υ. ΕΧΙΝΟΥ	8933	5219	7136	0
8	Κ.Υ. ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ	9682	7458	3474	0
9	Κ.Υ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ	16334	11961	9295	0
10	Κ.Υ. ΘΕΡΜΗΣ	31895	27061	14098	0
11	Κ.Υ. ΙΑΣΜΟΥ	5009	7299	10982	0
12	Κ.Υ. Κ. ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	3797	5289	8226	0
13	Κ.Υ. ΚΑΣΣΑΝΔΡΕΙΑΣ	13291	13254	2549	680
14	Κ.Υ. ΜΑΥΡΟΘΑΛΑΣΣΑΣ	8103	5076	4133	0
15	Κ.Υ. Ν. ΖΙΧΝΗΣ	14384	7677	6809	0
16	Κ.Υ. Ν. ΜΑΔΥΤΟΥ	9973	11425	7524	0
17	Κ.Υ. Ν. ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ	28060	23529	0	0
18	Κ.Υ. Ν. ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	20130	25285	12822	0
19	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΕΙΑΣ	27997	19169	17460	1000
20	Κ.Υ. ΝΙΓΡΙΤΑΣ	38365	3988	10080	0
21	Κ.Υ. ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	22369	12922	22360	0
22	Κ.Υ. ΠΑΛΑΙΟΧΩΡΙΟΥ	11707	5962	8938	0
23	Κ.Υ. ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	5216	1911	4692	195
24	Κ.Υ. ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ	11125	14883	4556	2228
25	Κ.Υ. ΠΡΙΝΟΥ	11886	8844	7807	0
26	Κ.Υ. ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ	9071	5239	10103	503
27	Κ.Υ. ΡΟΔΟΛΙΒΟΥΣ	10142	7396	10079	2313
28	Κ.Υ. ΡΟΔΟΠΟΛΗΣ	10497	7497	4842	0
29	Κ.Υ. ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ	341	6693	4957	0
30	Κ.Υ. ΣΑΠΠΩΝ	13585	696	9379	220
31	Κ.Υ. ΣΙΔΗΡΟΚΑΣΤΡΟΥ	13980	8331	8948	0
32	Κ.Υ. ΣΟΥΦΛΙΟΥ	9737	7042	5759	70
33	Κ.Υ. ΣΟΧΟΥ	9370	4956	5413	983
34	Κ.Υ. ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	3624	2893	7688	120
35	Κ.Υ. ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ	4220	4063	6949	3168
36	Κ.Υ. ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗΣ	15305	21885	8083	3

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
	5η Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	379.582	226.778	405.167	14.907
1	Κ.Υ. ΨΑΧΝΩΝ	16578	13271	31422	0
2	Κ.Υ. ΑΓΙΑΣ	18654	10722	9126	0
3	Κ.Υ. ΑΛΙΑΡΤΟΥ	3761	8195	4070	262
4	Κ.Υ. ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	12038	13155	23925	0
5	Κ.Υ. ΑΛΜΥΡΟΥ	9849	5992	11251	2695
6	Κ.Υ. ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ	14654	1378	27045	0
7	Κ.Υ. ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ	6470	4589	6723	2293
8	Κ.Υ. ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ	9882	11019	12495	0
9	Κ.Υ. ΒΕΛΕΣΤΙΝΟΥ	6862	5169	5559	85
10	Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ	13466	7021	7057	108
11	Κ.Υ. ΔΙΣΤΟΜΟΥ	11734	4945	5069	0
12	Κ.Υ. ΔΟΜΟΚΟΥ	10624	6258	15197	0
13	Κ.Υ. ΔΥΤ. ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ	3917	1013	4173	255
14	Κ.Υ. ΕΛΑΣΣΟΝΑΣ	34903	12019	16201	4720
15	Κ.Υ. ΕΡΥΘΡΩΝ	798	738	7373	81
16	Κ.Υ. ΖΑΓΟΡΑΣ	1685	3137	8364	45
17	Κ.Υ. ΙΣΤΙΑΙΑΣ	15350	11810	16272	2001
18	Κ.Υ. ΙΤΕΑΣ	251	82	668	
19	Κ.Υ. ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	13470	10389	17303	0
20	Κ.Υ. ΛΙΔΟΡΙΚΙΟΥ	4207	2227	6086	1334
21	Κ.Υ. ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	8147	3664	8344	11
22	Κ.Υ. ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ	8192	5411	8601	0
23	Κ.Υ. ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	12662	6792	3536	0
24	Κ.Υ. ΠΑΛΑΜΑ	13440	3330	9046	0
25	Κ.Υ. ΠΥΛΗΣ	11932	5917	23400	0
26	Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ	18751	3337	18286	0
27	Κ.Υ. ΣΚΟΠΕΛΟΥ	5168	6994	4168	10
28	Κ.Υ. ΣΟΦΑΔΩΝ	16021	1270	15891	981
29	Κ.Υ. ΣΤΥΛΙΔΑΣ	25197	5668	24776	26
30	Κ.Υ. ΣΧΗΜΑΤΑΡΙΟΥ	10171	12882	7819	0
31	Κ.Υ. ΤΥΡΝΑΒΟΥ	7594	15816	10954	0
32	Κ.Υ. ΦΑΡΚΑΔΟΝΑΣ	11123	4994	17420	0
33	Κ.Υ. ΦΑΡΣΑΛΩΝ	22031	17574	17547	0

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΆΛΛΑ
6η Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας		534.086	376.790	751.749	26.671
1	Κ.Υ. ΑΓ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ-ΑΓΡΟΥ	16018	4234	20550	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΜΑΡΚΟΥ	7396	7251	8702	0
3	Κ.Υ. ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	1953	2496	6540	1033
4	Κ.Υ. ΑΓΝΑΝΤΩΝ	1944	1417	5411	0
5	Κ.Υ. ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ	26868	9339	36929	167
6	Κ.Υ. ΑΚΡΑΤΑΣ	5109	7804	7	35
7	Κ.Υ. ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ	17585	6243	11295	0
8	Κ.Υ. ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ	7023	1493	5563	0
9	Κ.Υ. ΑΝΩ ΚΑΛΕΝΤΙΝΗΣ	4676	1678	4967	228
10	Κ.Υ. ΑΝΩ ΛΕΥΚΙΜΜΗΣ	12738	5209	1911	0
11	Κ.Υ. ΑΝΩ ΧΩΡΑΣ	262	216	959	0
12	Κ.Υ. ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	13174	19412	11930	0
13	Κ.Υ. ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ	4462	4039	21896	0
14	Κ.Υ. ΑΣΤΑΚΟΥ	12472	2764	9490	0
15	Κ.Υ. ΑΣΤΡΟΥΣ	9431	7078	5863	0
16	Κ.Υ. ΒΑΡΔΑΣ	6764	13626	24005	0
17	Κ.Υ. ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	4998	1108	8959	220
18	Κ.Υ. ΒΛΑΧΙΩΤΗ	5746	4167	12466	0
19	Κ.Υ. ΒΟΝΙΤΣΑΣ	9013	0	13242	218
20	Κ.Υ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΙΟΥ (ΔΡΟΣΟΠΗΓΗΣ)	1357	1462	7248	0
21	Κ.Υ. ΒΟΥΤΣΑΡΑ	1880	5614	4717	
22	Κ.Υ. ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΩΝ	14870	5769	18324	2382
23	Κ.Υ. ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ	26042	14395	25249	0
24	Κ.Υ. ΓΚΟΥΡΑΣ	943	1197	2624	0
25	Κ.Υ. ΓΥΘΕΙΟΥ	12777	4277	21046	0
26	Κ.Υ. ΔΕΛΒΙΝΑΚΙΟΥ	8991	1676	6992	789
27	Κ.Υ. ΔΕΡΒΙΖΙΑΝΩΝ	8080	1040	4239	0
28	Κ.Υ. ΔΗΜΗΤΣΑΝΑΣ	1083	2140	2310	0
29	Κ.Υ. ΕΡΥΜΑΝΘΕΙΑΣ	11265	1838	14362	0
30	Κ.Υ. ΖΑΧΑΡΩΣ	0	5928	33740	0
31	Κ.Υ. ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	6175	13893	3012	0
32	Κ.Υ. ΘΕΡΜΟΥ	8736	6855	13712	0
33	Κ.Υ. ΘΕΣΠΡΩΤΙΚΟΥ	5303	9254	8981	418
34	Κ.Υ. ΙΘΑΚΗΣ	4053	3379	3913	
35	Κ.Υ. Κ. ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΣ	872	680	12849	0
36	Κ.Υ. ΚΑΝΑΛΑΚΙΟΥ	3941	2658	7843	2418
37	Κ.Υ. ΚΑΣΤΟΡΕΙΟΥ	509	419	4075	1
38	Κ.Υ. ΚΑΤΑΣΤΑΡΙΟΥ	16924	1320	9900	0
39	Κ.Υ. ΚΑΤΟΥΝΑΣ	553	485	7634	0

40	Κ.Υ. ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ	20132	24553	12084	0
41	Κ.Υ. ΚΙΑΤΟΥ	613	8495	13086	6042
42	Κ.Υ. ΚΟΝΙΤΣΑΣ	6742	6047	11998	0
43	Κ.Υ. ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	18612	11626	33515	0
44	Κ.Υ. ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ	4341	6763	9687	0
45	Κ.Υ. ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ	4399	4396	11984	0
46	Κ.Υ. ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ	16292	5878	7686	0
47	Κ.Υ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΟΥ	1164	857	8231	2159
48	Κ.Υ. ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ	9214	9496	29144	497
49	Κ.Υ. ΜΕΛΙΓΑΛΑ	5116	5454	5464	0
50	Κ.Υ. ΜΕΣΣΗΝΗΣ	22562	4371	18703	3083
51	Κ.Υ. ΜΕΤΣΟΒΟΥ	10342	3341	9630	28
52	Κ.Υ. ΜΥΤΙΚΑ	784	252	2251	0
53	Κ.Υ. ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ	11019	13748	8494	31
54	Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	10539	10250	12110	
55	Κ.Υ. ΝΕΜΕΑΣ	4035	4357	11343	0
56	Κ.Υ. ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	4171	9263	7764	0
57	Κ.Υ. ΠΑΞΩΝ	3159	2022	8846	
58	Κ.Υ. ΠΑΡΑΜΥΘΙΑΣ	8604	8434	7404	0
59	Κ.Υ. ΠΑΡΓΑΣ	3888	4143	5389	55
60	Κ.Υ. ΠΡΑΜΑΝΤΩΝ	4322	5799	19684	0
61	Κ.Υ. ΠΥΛΟΥ	5641	4704	5098	0
62	Κ.Υ. ΣΑΜΗΣ	8190	7801	9883	2376
63	Κ.Υ. ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ	10849	4901	10129	0
64	Κ.Υ. ΤΡΟΠΑΙΩΝ	927	2568	9387	2
65	Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ	12381	10999	13233	
66	Κ.Υ. ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑΣ	7278	2649	10858	2070
67	Κ.Υ. ΧΑΛΑΝΔΡΙΤΣΑΣ	16784	7331	8589	0
68	Κ.Υ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΩΝ	0	2439	6620	2419

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2019_BI-Forms					
A/A	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ	ΑΛΛΑ
7η Υ.Πε. Κρήτης		282.279	156.420	176.451	70.808
1	Κ.Υ. ΑΓ. ΒΑΡΒΑΡΑΣ	64353	17373	43684	0
2	Κ.Υ. ΑΓ. ΦΩΤΕΙΝΗΣ	4800	5176	5889	1556
3	Κ.Υ. ΑΝΩ ΒΙΑΝΟΥ	16876	3926	8256	
4	Κ.Υ. ΑΝΩΓΕΙΩΝ	30909	3689	0	6
5	Κ.Υ. ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ	27330	32148	16592	10439
6	Κ.Υ. ΒΑΜΟΥ	20582	8936	11455	0
7	Κ.Υ. ΚΑΝΔΑΝΟΥ	261	1144	11413	15851
8	Κ.Υ. ΚΑΣΤΕΛΙΟΥ ΠΕΔΙΑΔΟΣ	21531	8317	31078	0
9	Κ.Υ. ΚΙΣΣΑΜΟΥ	4837	16699	364	37835
10	Κ.Υ. ΜΟΙΡΩΝ	22689	18694	5515	5121
11	Κ.Υ. ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	8870	13835	6118	0
12	Κ.Υ. ΣΠΗΛΙΟΥ	11369	9072	10001	0
13	Κ.Υ. ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ	22131	6013	14669	0
14	Κ.Υ. ΧΑΝΙΩΝ (2ο)	11359	1382	2993	0
15	Κ.Υ. ΧΑΡΑΚΑ	14382	10016	8424	0
ΣΥΝΟΛΟ 2019		2.485.376	1.842.713	2.132.617	177.865