



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2010»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

ΒΕΡΑ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2012

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2010»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΒΕΡΑ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Βέρα Ευφροσύνη, 2012

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ευημερία της κοινωνίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από την ποσότητα όσο και από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και από το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες αυτές είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό σε κόστος που τόσο η κοινωνία γενικά όσο και τα άτομα προσωπικά είναι σε θέση να επωμισθούν, χωρίς παράλληλα να τίθεται σε κίνδυνο η δυνατότητά τους να απολαύσουν όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες, από τα οποία εξαρτάται η συνολική τους ευημερία (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με την ιστορία, η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στη χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Ριζικές αλλαγές στον τομέα της υγείας, που έχουν ήδη εξαγγελθεί από τη δεκαετία του '80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό, εν πολλοίς και λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους (Λαδά, 1978).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η γήρανση του πληθυσμού, η πρόοδος της τεχνολογίας και η μεταστροφή του νοσολογικού φάσματος από τα λοιμώδη νοσήματα στα χρόνια, δημιούργησαν έντονα προβλήματα στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, τα οποία στις μέρες μας έχουν οξυνθεί εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Για τους λόγους αυτούς καλούμαστε να επαναξιολογήσουμε το σύστημα υγείας και να καταβάλλουμε έντονες προσπάθειες για να εξορθολογίσουμε τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Θεοδώρου, 2001).

Οι προσπάθειες αυτές συνεχίζουν να περιλαμβάνουν τη στόχευση των βασικών αρχών για την υγεία, που είναι η αρχή της αποδοτικότητας (η οποία αναφέρεται στη διερεύνηση της οικονομικής σχέσης μεταξύ εισροών και εκροών), η αρχή της αποτελεσματικότητας (η οποία αναφέρεται στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων) και η αρχή της ισοτιμίας-κοινωνικής δικαιοσύνης (η οποία αναφέρεται σε

ηθικά κριτήρια ή αξιώματα για την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας) (Jacobs, 2006).

Η εφαρμογή των παραπάνω αρχών συνεπάγεται την επίτευξη ενός επιθυμητού επιπέδου κοινωνικής ευημερίας.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας των οργανισμών υγείας και το βασικό μέσο για έλεγχο και ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων, ενώ σχετίζεται άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση της υπάρχουσας ζήτησης και την παραγωγικότητα της υγειονομικής μονάδας.

Παρακάτω θα αναπτύξουμε τα συστήματα υγείας γενικά και θα επικεντρωθούμε στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα και στη συνέχεια θα αναπτύξουμε τις βασικές αρχές των συστημάτων υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Με τη σύσταση του ελληνικού κράτους επικράτησε μία ασαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών. Παράλληλα, ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Ήταν αδύνατη η υλοποίηση υγειονομικών προγραμμάτων λόγω απουσίας εκπαιδευμένου προσωπικού (Μαστρογιάννης, 1960).

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται με τα καθήκοντα της υγειονομικής αστυνομίας και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας. Ήταν υπεύθυνη να ρυθμίσει την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, την ίδρυση υγειονομικών μονάδων και την καταπολέμηση λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά ιδρύεται ο θεσμός του νομίατρου, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού (Θεοδώρου, 2001).

Το 1837, ιδρύεται η Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών και τον επόμενο χρόνο η μαιευτική σχολή (Λαδά, 1978).

Από το 1861 και μετά, άρχισαν να ιδρύονται τα πρώτα ταμεία (ΝΑΤ, Μεταλλωρύχων, Δημοσίων Υπαλλήλων) (Λαδά, 1978).

Το 1864, με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου Κέρκυρας» (Λαδά, 1978).

Το 1875, ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μία σειρά νοσηλευτικών σχολών (Λαδά, 1978).

Το 1914, συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία. Παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας (Λαδά, 1978).

Το 1922, ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με το νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για τη σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζομένου (Λαδά, 1978).

Το 1929, η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τη συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες (Λαδά, 1978).

Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας.

Το 1934, ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298) για την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Όμως, η λειτουργία του ξεκίνησε τρία χρόνια αργότερα (1937) λόγω οικονομικών προβλημάτων (ΦΕΚ 346 Β) και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζομένους (Μαστρογιάννης, 1960).

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με το νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Τότε λειτουργούσαν 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα λειτουργούσαν 117 νοσοκομεία με 16.000 κλίνες. Όσον αφορά την ιδιωτική περίθαλψη εκείνη την περίοδο, διέθετε 209 κλινικές με 2.300 κλίνες (Λαδά, 1978).

Με το νόμο 2769/1941, δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για τις ανάγκες του Β' Παγκοσμίου πολέμου. (Αλεξιάδης, 1999)

Όπως φαίνεται, οι χρονολογίες- ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικά γεγονότα όπως ο Παγκόσμιος πόλεμος, η Μικρασιατική καταστροφή και η οικονομική κρίση του 1929.

Στη δεκαετία του 1950, υπήρχαν ελλείψεις σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις. Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες ήταν 8.676 νοσοκόμες και μαίες για να καλυφθούν όλες οι θέσεις εργασίας. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούνταν πρακτικές μαίες, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή (Μαστρογιάννης, 1960).

Με το νόμο 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και τη νοσηρότητα. Όμως αυτός ο νόμος εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα επόμενα χρόνια ιδρύθηκαν αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνέχισαν να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας (Αλεξιάδης, 1999).

Τη δεκαετία του 1960, επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους. Τότε, το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8% (Κυριόπουλος, 1990).

Το 1961, ιδρύεται ο οργανισμός γεωργικών ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό (Λαδά, 1978).

Στις δεκαετίες 1960 και 1970 σημειώνεται ραγδαία ανάπτυξη στην ελληνική οικονομία και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, η δικτατορία εκείνης της περιόδου εμπόδισε τη

διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου (Κυριόπουλος, 1995).

Οι σημαντικότερες προτάσεις που διατυπώθηκαν για την αναδιοργάνωση του συστήματος ήταν οι εξής:

- Σχέδιο Πάτρα (1968) : πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών ιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου (Αναπλιώτη, 1987).
- Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών (Αναπλιώτη, 1987).
- Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας (Αναπλιώτη, 1987).

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα ήταν σημαντικά και έπρεπε να δοθούν λύσεις που θα περιόριζαν την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία (Κυριόπουλος, 1990).

Έτσι, με το νόμο 1278/82 συστάθηκε το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) και με το νόμο 1316/83 συστάθηκε ο εθνικός οργανισμός φαρμάκων (ΕΟΦ).

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), που αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα (ΦΕΚ 143 Α). Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές που στηρίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικό αγαθό, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και την κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Επίσης, δίνεται

έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγεία (με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (τοπικά μικρού ή μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα (Αλεξιάδης, 1999).

Το 1985 ψηφίζεται ένας συμπληρωματικός νόμος του Ε.Σ.Υ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο τα θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. (ΦΕΚ 217 Α)

Αν και ο νόμος 1397/1983 θεωρείται πολύ σημαντική προσπάθεια στην ανάπτυξη της χώρας, υπάρχουν κάποιες ελλείψεις. Αυτές είναι: α) αδυναμία να αφομοιώσει και να αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών και τα κριτικά συμπεράσματα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας β) μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα λάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους. γ) ιατροκεντρικός χαρακτήρας περισσότερων ρυθμίσεων (Αναπλιώτη, 1987).

Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης, δίνει τη δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής (ΦΕΚ 123). Με το νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια. Παράλληλα, θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του γενικού διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημόσιων φορέων (Θεοδώρου, 2001).

Με το Ν. 2194/1994 για την αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 34).

Με το Ν. 2889/2,3,2001 ιδρύθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας που αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας (ΦΕΚ 37).

Το 2003 γίνονται κάποιες τροποποιήσεις του νόμου και το 2004 η νέα κυβέρνηση ανακοίνωσε τη πρόθεση της να καταργήσει το θεσμό των περιφερειακών συστημάτων υγείας και πρόνοιας με τη δικαιολογία ότι δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

Τα περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Κάθε περιφέρεια έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η διοικητική περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2004)

1.2 Πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών υγείας

Όπως φαίνεται από την πορεία του χρόνου κανένα δεν είναι το ιδανικό σύστημα υγείας. Δηλαδή κανένα δεν ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες ενός πληθυσμού είτε στη πρωτοβάθμια είτε στη δευτεροβάθμια είτε στη τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κάθε χώρα έχει αναπτύξει το κατάλληλο σύστημα σύμφωνα με τα κοινωνικά, οικονομικά, υγειονομικά, ιστορικά και γεωφυσικά χαρακτηριστικά της.

Έτσι υπάρχουν διάφορα οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, που έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών (Abel-Smith, 1957).

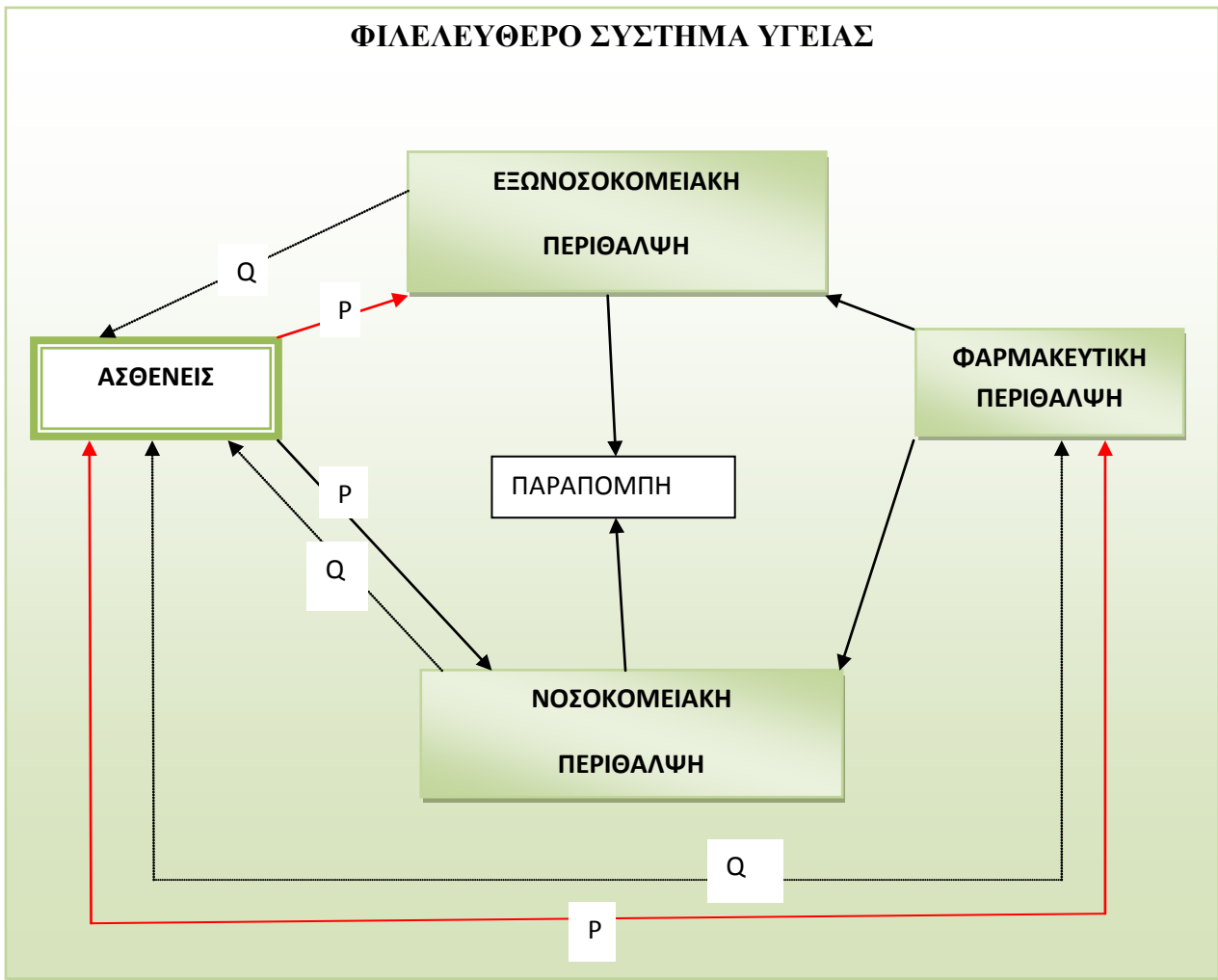
Στη συνέχεια, αναλύονται τρία πρότυπα (μοντέλα) οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών υγείας.

1.2.1 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire. Οι βασικές αρχές ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών υγείας βασίζονται ολοκληρωτικά στην ελευθερία οικονομικής επιλογής των καταναλωτών και των παραγωγών υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες ζητούν υπηρεσίες υγείας, τις οποίες προσφέρουν οι παραγωγοί. Αυτή η οικονομική συναλλαγή διενεργείται στο χώρο της αγοράς, όπου συναντώνται οι καταναλωτές και οι παραγωγοί. Οι βασικές αρχές του φιλελεύθερου συστήματος, στις οποίες δεν υπεισέρχεται το κράτος, είναι η ατομική ιδιοκτησία και η οικονομική ελευθερία. Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται σε απλοποιημένη μορφή η οικονομική λειτουργία του φιλελεύθερου συστήματος υγείας ως προς την αγορά της εξωνοσοκομειακής, νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης. Σύμφωνα με την Εικόνα 1, οι χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας είναι διατεθειμένοι να καταβάλλουν την τιμή της αγοράς P προκειμένου να αγοράσουν Q ποσότητες από τα αγαθά (φαρμακευτικά) και τις υπηρεσίες υγείας (εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη). Στο φιλελεύθερο σύστημα η τιμή P των αγαθών και υπηρεσιών διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση των δυνάμεων της προσφοράς και της ζήτησης για υπηρεσίες νοσοκομειακής, εξωνοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης. Σε κάθε σύστημα αγοράς διαμορφώνεται η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Όσοι έχουν τη

δυνατότητα να καταβάλλουν την τιμή P , μόνο αυτοί θα έχουν προσπέλαση προς τις υπηρεσίες υγείας (Θεοδώρου, 1996).

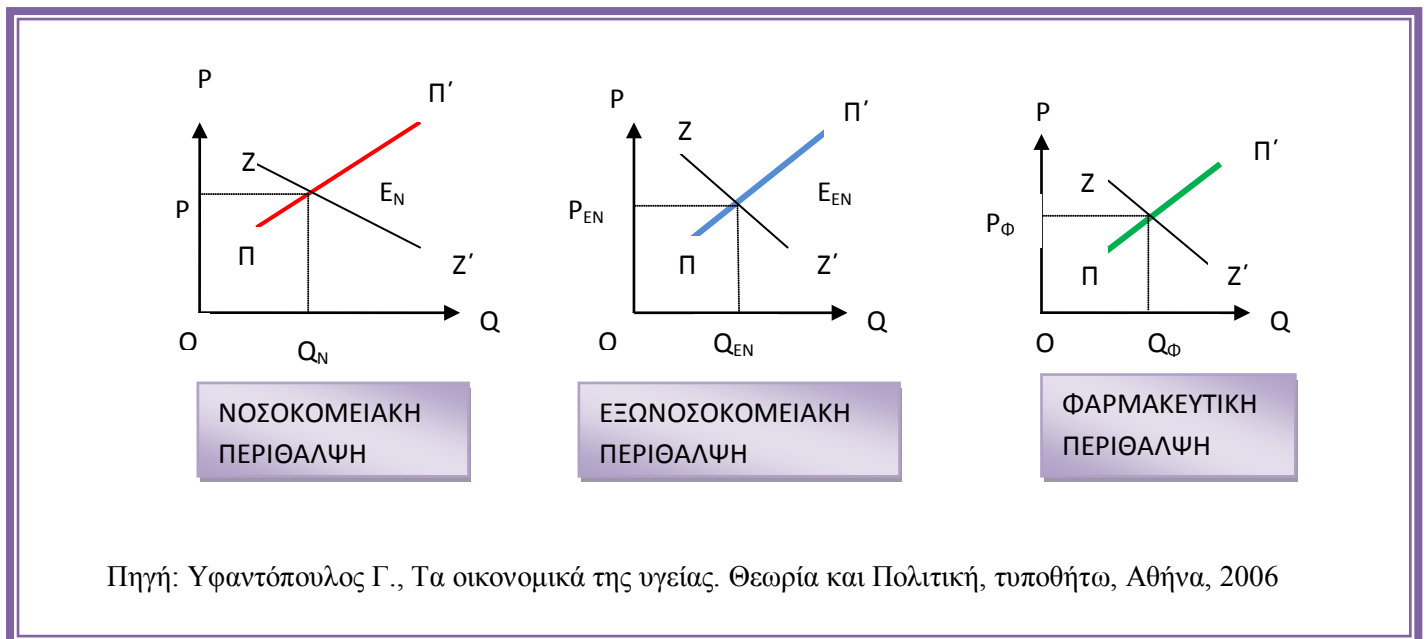
Εικόνα 1: Φιλελεύθερο σύστημα υγείας.



Πηγή: Υφαντόπουλος Γ., Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική, τυποθήτω, Αθήνα, 2006

Η ταυτόχρονη λειτουργία των τριών αγορών για τη νοσοκομειακή, την εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη παρουσιάζεται στην Εικόνα 2.

Εικόνα 2: Ισορροπία στην αγορά νοσοκομειακής, εξωνοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης.



Βασικός εκπρόσωπος του συστήματος είναι οι ΗΠΑ. Σύμφωνα με τον πατέρα της οικονομικής σκέψης, Adam Smith, ένας άορατος μηχανισμός, που τον αποκαλεί «το άορατο χέρι», ρυθμίζει το πλαίσιο λειτουργίας της ελεύθερης αγοράς, δηλαδή το ζήτημα της παραγωγής και της διανομής του παραγόμενου προϊόντος στο κοινωνικό σύνολο. (Abel-Smith,1957)

Συνοπτικά, τα βασικά χαρακτηριστικά του Φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι:

- Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται μέσα από τη λειτουργία του συστήματος των τιμών των υπηρεσιών υγείας, με κριτήριο τη ζήτηση που διαμορφώνουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος,2006).
- Το φιλελεύθερο πρότυπο βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο (Υφαντόπουλος,2006).
- Χαρακτηρίζεται από υγειονομική ανισότητα (Υφαντόπουλος,2006).
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ενδιαφερόμενων πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς (Θεοδώρου, 1996).
- Η χρηματοδότηση διαφοροποιείται ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τους κινδύνους που διατρέχει ο ασφαλισμένος (Θεοδώρου, 1996).

1.2.2 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης – Πρότυπο Bismark

Ο Γερμανός Καγκελάριος Bismark , το έτος 1880, θέσπισε το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismark. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα Ταμεία Υγείας. Υπεύθυνος για τις υπηρεσίες υγείας είναι σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων. Τους πυλώνες του συστήματος αποτελούν τα Ασφαλιστικά Ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Maynard, 1975).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος των εισφορών διαφέρει από Ταμείο σε Ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

Συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα:

- η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης (Υφαντόπουλος, 2006).
- η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού (Θεοδώρου, 2001).
- η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου, 2001).
- η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2006).
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες (Maynard, 1975).
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος (Υφαντόπουλος, 2006).
- Έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Maynard, 1975).

1.2.3 Εθνικό Σύστημα Υγείας- Πρότυπο Beveridge

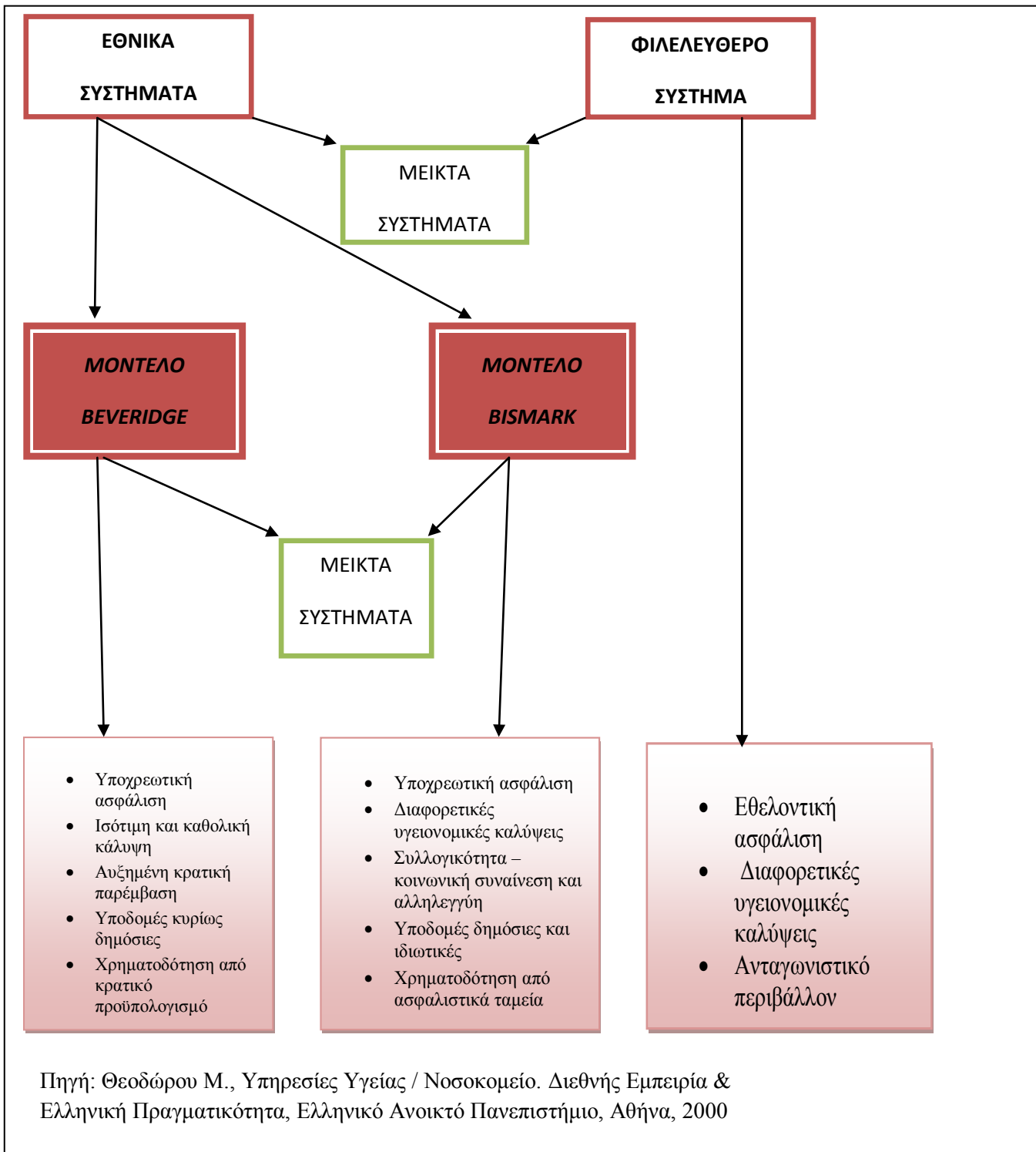
Το εθνικό σύστημα υγείας (σύστημα τύπου Beveridge) έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας. Βασική φιλοσοφική ιδέα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι προμηθευτές ανήκουν κυρίως στον δημόσιο τομέα και οι χρηματικοί πόροι συλλέγονται κυρίως μέσω των γενικών φόρων. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της συλλογής των χρηματικών πόρων και της κατανομής των χρημάτων, τα δημόσια έσοδα δίνονται με πολιτική απόφαση στο υπουργείο υγείας. Οι χώρες που ακολουθούν αυτό το σύστημα είναι: το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Δανία, η Φιλανδία και η Ισπανία (Θεοδώρου, 2001).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία (Υφαντόπουλος, 2006).
- η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού (Θεοδώρου, 2001).
- γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο (Θεοδώρου, 2001).
- κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές (Υφαντόπουλος, 2006).

Στη συνέχεια στην Εικόνα 3 παρουσιάζονται συνοπτικά τα συστήματα υγείας και τα χαρακτηριστικά του καθενός.

Εικόνα 3: Μοντέλα συστημάτων υγείας και τα χαρακτηριστικά τους.



1.2.4 Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας

Η συγκριτική ανάλυση των τριών συστημάτων υγείας (φιλελεύθερου, συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και εθνικού συστήματος υγείας) αναδεικνύει ότι τα εν λόγω συστήματα έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ειδικότερα :

ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος υγείας είναι η περιορισμένη εμπλοκή του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου, 2001). Τα κυριότερα μειονεκτήματα αυτού του συστήματος υγείας είναι η εμφάνιση υγειονομικών ανισοτήτων αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή και η εστίαση στην θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση και όχι στην πρόληψη (Λιαρόπουλος, 2007).

ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το κύριο πλεονέκτημα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό από το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Έχει καταφέρει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το μειονέκτημα αυτού του συστήματος υγείας είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων ασφαρίζει μόνο τους επαγγελματίες και ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του (Λιαρόπουλος, 2007).

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το εθνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge και παρουσιάζει ορισμένα βασικά μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα. Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι η ενίσχυση του ατομικού δικαιώματος για κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου, 1996). Εκτός όμως της διασφάλισης καθολικής και ισότιμης κάλυψης ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής

τους, υπάρχουν και άλλα πλεονεκτήματα από την ανάπτυξη του εθνικού συστήματος υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

Τα άλλα πλεονεκτήματα που επιφέρει η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων (Δερβένης, 1995).
- η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του (Δερβένης, 1995).
- ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα (Θεοδώρου, 2001).
- ότι δεν υπάρχει διαστρέβλωση στην άσκηση ιατρικής και η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλή, αφού ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος (Οικονόμου, 2012).
- ότι αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση (Οικονόμου, 2012).

Τα μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η ανάπτυξη γραφειοκρατίας επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος (Οικονόμου, 2012).
- η υπόθαλψη της επαγγελματικής χαλαρότητας των ιατρών (Δερβένης, 1995).
- η εμφάνιση λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις (Οικονόμου, 2012).
- η περιορισμένη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής (Θεοδώρου, 2001).
- η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ (Θεοδώρου, 2001).

1.2.5 Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου, 2001). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν : η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα (Λιαρόπουλος,2007) . Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο (Αναστασιάδης, 2004).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ στην Ελλάδα είναι:

- μεικτό σύστημα (Οικονόμου, 2012).
- η χρηματοδότηση γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση (Οικονόμου, 2012).
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα (Οικονόμου, 2012).

- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠΕ) (Λιαρόπουλος, 2005).
- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας (Λιαρόπουλος, 2005).
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία (Λιαρόπουλος, 2005).
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία (Αναστασιάδης, 2004).
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών (Αναστασιάδης, 2004).

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα είναι :

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας (Λιαρόπουλος, 2006).
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού (Λιαρόπουλος, 2006).
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (Θεοδώρου, 2001).
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος (Θεοδώρου, 2001).
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας (Αναστασιάδης, 2012).

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- υψηλές δαπάνες υγείας (Αναστασιάδης, 2012).
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Αναστασιάδης, 2012).
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς (Λιαρόπουλος, 2006).
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού (Λιαρόπουλος, 2006).
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών (Λιαρόπουλος, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Με τον όρο προσφορά υπηρεσιών υγείας εννοούμε την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας, δηλαδή ιατρούς, νοσηλευτές κλπ. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: η επάρκεια των ανθρώπινων πόρων, η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, το επιδημιολογικό πρότυπο και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Τριχόπουλος, 2001).

2.1.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος (Κυριόπουλος, 1995).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Καλύπτει κυρίως:

- την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της ασθένειας, καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση (Κυριακόπουλος, 2000).
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα (Κυριακόπουλος, 2000).
- Την αγωγή υγείας (Κυριακόπουλος, 2000).
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη (Κομματάς, 2008).
- Την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής (Κομματάς, 2008).
- Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, όπως

υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών
κα (Κομματάς, 2008).

2.1.2 Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Με τον όρο δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ορίζεται το σύνολο των
διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των
οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία του ασθενούς εντός του νοσοκομείου χωρίς
όμως να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευσή του σε αυτό. Το νοσοκομείο είναι η
λειτουργική μονάδα της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Γείτονα, 2001).

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών είναι: μεγάλα νοσοκομεία του ΕΣΥ με
δυναμικότητα >400 κλινών (Πανεπιστημιακά Γενικά ή Περιφερειακά Γενικά),
μεσαία και νομαρχιακά νοσοκομεία του ΕΣΥ με δυναμικότητα <400 κλινών,
ειδικά νοσοκομεία του ΕΣΥ όπως ψυχιατρικά, οφθαλμολογικά και
δερματολογικά, στρατιωτικά νοσοκομεία, νοσοκομεία ασφαλιστικών φορέων
(κυρίως ΙΚΑ) και ιδιωτικά νοσοκομεία.

2.1.3 Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Στη τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ανήκουν οι εξειδικευμένες υπηρεσίες
διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Αυτές
αποσκοπούν: Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών
περιστατικών, στη προαγωγή της ιατρικής έρευνας, στη δια βίου εκπαίδευση των
επαγγελματιών υγείας, στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε πρωτοβάθμιο
και δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Οι τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας
απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό
εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των
ειδιοτήτων και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας (Καλογεροπούλου,
2007).

2.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία

2.2.1 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε έναν ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής γι' αυτή την υπηρεσία. Αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως η γενική αξιολόγηση της τελειότητας ή της ανωτερότητας μιας οντότητας, και ότι αυτή η κρίση ή αξιολόγηση σχετίζεται με την ικανοποίηση (Dedeke, 2003).

Η ποιότητα υπηρεσιών έχει διάφορες διαστάσεις και βάσει αυτών αναπτύσσονται τα σχετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Το σημαντικότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL, το οποίο μετράει την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, τη διασφάλιση, την ενσυναίσθηση και απτά χαρακτηριστικά (Parasuraman, 1986).

Σύμφωνα με τον Donabedian υπάρχουν τρεις διαστάσεις στην παροχή φροντίδας:

- το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine) : αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή (Λιαρόπουλος, 2007).
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine): αναφέρεται στην ανθρώπινη/ ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία (Λιαρόπουλος, 2007) .
- Η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities): αναφέρεται στο χώρο και το περιβάλλον (Λιαρόπουλος, 2007).

Η υψηλής ποιότητας περίθαλψη στον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα σε μια νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού από το προσωπικό- ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό (WHO, 1993).
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την καλύτερη και περισσότερο αξιόπιστη παροχή φροντίδας υγείας (WHO, 1993) .
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς είτε αυτές αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη, είτε στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, είτε στις χειρουργικές επεμβάσεις (WHO, 1993) .
- Ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη υγεία, φροντίδα υγείας και περίθαλψης (WHO, 1993) .
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, αγωγής και προαγωγής υγείας (WHO, 1993).

2.2.2 Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας

Η διοίκηση ολικής ποιότητας (Total Quality Management) στοχεύει να επιτύχει:

- Αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή (Lekidou, 2007).
- Συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Lekidou, 2007).
- Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος λειτουργίας (Μάρκοβιτς, 2011).
- Αύξηση της ικανότητας του νοσοκομείου για καινοτομίες και ευελιξία (Μάρκοβιτς, 2011).
- Συμπίεση του χρόνου ικανοποίησης των αιτημάτων ασθενών και περίθαλψης (Μάρκοβιτς, 2011).
- Βελτίωση της αξιοποίησης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου (Αλεξιάδης, 1999).
- Αύξηση του βαθμού αξιοποίησης νέας τεχνολογίας (Αλεξιάδης, 1999).

Στο πλαίσιο εφαρμογής της διοίκησης ολικής ποιότητας εφαρμόζεται και η μεθοδολογία Six Sigma, που στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση των οργανισμών, τόσο στην παραγωγική διαδικασία, όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Η συγκεκριμένη μέθοδος στοχεύει στην μείωση έως και ελαχιστοποίηση των ελαττωματικών κομματιών ή προϊόντων που παράγονται από μια παραγωγική διαδικασία και η στατιστική τους απόκλιση δεν ξεπερνά τις έξι τυπικές αποκλίσεις από τη μέση τιμή ελαττωματικών του δείγματος που μετράται. Η παραπάνω μέθοδος επεκτάθηκε και στην παροχή υπηρεσιών, μετρώντας προβληματικές διαδικασίες στην παροχή μιας δεδομένης υπηρεσίας στον πελάτη (Jenicke, 2008). Αυτό σημαίνει ότι η εφαρμογή της μπορεί να είναι εφικτή και αποτελεσματική σε ένα υγειονομικό ίδρυμα, καθώς έχει πρακτικότητα και αξιοποιεί τις γνώσεις της στατιστικής κάνοντας μετρήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες, οπότε μπορούν να διαμορφωθούν αντικειμενικά κριτήρια που θα οδηγούν στην εφαρμογή ολοκληρωμένων λύσεων σχετικά με τη διαχείριση της ποιότητας υπηρεσιών στην υγεία (Μάρκοβιτς, 2011).

Σύμφωνα με τον διεθνή οργανισμό τυποποίησης (ISO) υπάρχουν οκτώ αρχές για τη διαχείριση ποιότητας:

- Εστίαση στον ασθενή: παροχή υγειονομικών υπηρεσιών που στοχεύουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδα υγείας και περίθαλψης στους ασθενείς (Παπανικολάου, 2007).
- Ηγεσία: εμφάνιση στρατηγικής και οραματικής ηγεσίας (Παπανικολάου, 2007).
- Συμμετοχή του προσωπικού: ενθάρρυνση του προσωπικού να συμμετέχει στις πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).
- Διεργασιακή προσέγγιση: συνεργασία και αλληλοκάλυψη μεταξύ λειτουργικών τμημάτων του νοσοκομείου (Παπανικολάου, 2007).
- Συστημική προσέγγιση: αντιμετώπιση των λειτουργιών και εργασιακών αντικειμένων ως υποσυστήματα που εμφανίζουν

εξάρτηση μεταξύ τους για την αρμονική λειτουργία του συνολικού συστήματος που είναι το νοσοκομείο (Παπανικολάου, 2007).

- Συνεχής βελτίωση: αξιολογήσεις των πρωτοβουλιών ποιότητας για να υπάρχει συνεχής βελτίωση και διόρθωση των λαθών και προβλημάτων από την εφαρμογή των ποιοτικών προγραμμάτων (Παπανικολάου, 2007).
- Αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα: συστηματική και ορθολογική καταγραφή μετρήσεων και δεδομένων, έτσι ώστε οι αποφάσεις για τις πρωτοβουλίες να βασίζονται σε μετρήσιμα και αξιολογήσιμα μεγέθη (Παπανικολάου, 2007).
- Σχέσεις αλληλοφύλειας με τους προμηθευτές: ανάπτυξη σχέσεων και δεσμών με τους προμηθευτές του νοσοκομείου, έτσι ώστε να υπάρχει αμοιβαίο όφελος από την συνεργασία και την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και πληροφοριών (Παπανικολάου, 2007).

2.2.3 Η επίδραση των εργαζομένων στο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Donabedian η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους:

- **Τη δομή (structure)**: τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορία, την κατάρτισή τους, την οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων και τη διαδικασία επιλογής προσωπικού (Donabedian, 1988).
- **Τη διαδικασία (process)**: όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη καθώς και τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη, τις ενέργειες του ιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τη μία ή την άλλη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους (Donabedian, 1988).
- **Την έκβαση (outcome)**: τα αποτελέσματα, τη μεταβολή στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή και την οφειλόμενη στην ιατρική παρέμβαση ή σε άλλη προηγηθείσα υπηρεσία φροντίδας (Donabedian, 1988).

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, η επίδραση των εργαζομένων στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας μπορεί να καλύπτει και τις τρεις. Συγκεκριμένα, στη δομή, η οργάνωση και ο καταμερισμός του ανθρώπινου δυναμικού και οι πολιτικές που εφαρμόζονται από τη διοίκηση μπορούν να έχουν άμεση σχέση με τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας. Η ύπαρξη πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και μεθόδων διοίκησης και επιλογής, είναι συστατικά στοιχεία των μέτρων και κριτηρίων για την πιστοποίηση κατά ISO 9000 (Λιαρόπουλος, 2007).

Όσον αφορά στη διαδικασία, η ύπαρξη τυποποιημένων διαδικασιών και εγχειριδίων που αφορούν τόσο στην ιατρική όσο και στη νοσηλευτική εργασία, είναι βασικά στοιχεία ποιοτικής βελτίωσης και μέτρησης και αξιολόγησης προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας (Donabedian, 1988).

Οπότε η παρέμβαση του ανθρώπινου παράγοντα είναι καθοριστική, καθώς ο εργαζόμενος καλείται να υλοποιήσει τις σχεδιασμένες διαδικασίες, σύμφωνα με τα οριζόμενα πρότυπα ποιότητας.

Τέλος, σχετικά με την έκβαση, οι μετρήσεις αποτελεσμάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και επιπέδου υγείας και ευεξίας των πολιτών, μπορεί να αφορούν οργανισμούς και θεσμούς που καλούνται να διαμορφώσουν πρότυπα για συγκριτικές επιδόσεις με σκοπό τη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών, όμως οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που υλοποιούν τα προγράμματα και τις πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας. Η συμβολή τους είναι καίρια όχι μόνο γιατί είναι υποχρεωμένοι να εκτελέσουν τις διαταγές της διοίκησης του νοσοκομείου, αλλά και γιατί η διοίκηση οφείλει να τους εμπλέξει στις διοικητικές διεργασίες ζητώντας τη συμμετοχή τους (Λιαρόπουλος, 2007).

Στην Ελλάδα η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη, αν και έχουν γίνει προσπάθειες για οργανωμένη υλοποίηση πρακτικών, ειδικά, μέσα από τις απαιτήσεις χρηματοδότησης που ορίζει το Ε.Σ.Π.Α. είναι ενδεικτικό ότι μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 οι αναφορές για ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων στην υγεία ήταν περιστασιακές και σε πρωτοβουλιακό επίπεδο από τους επαγγελματίες υγείας και όχι από τις διοικήσεις των νοσοκομείων ή κεντρικά από το αρμόδιο υπουργείο. Συγκεκριμένα, μέχρι τις αρχές του 21^{ου} αιώνα, στην Ελλάδα το 91,7% των

νοσοκομείων δήλωνε ότι δεν είχε θέσει την ποιότητα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών ως διακριτό και μετρήσιμο στόχο ή ως χωριστά χρηματοδοτούμενο σκοπό. Επίσης, μόνο το 16,6% των διοικήσεων των νοσοκομείων εφαρμόζει εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας και το 41,7% αρκείται μόνο σε εμπειρικές προσεγγίσεις και μετρήσεις (Τούντας, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το κράτος δεν έχει μόνο την ευθύνη παροχής υπηρεσιών αλλά έχει κυρίως την ευθύνη της δημιουργίας ενός κοινωνικά δίκαιου, αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας. οι αρχές αυτές προϋποθέτουν οργάνωση, ορθολογικό προγραμματισμό, προσδιορισμό και εκτίμηση των κοινωνικών αναγκών, σαφή γνώση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας των πόρων υγείας που δεν παρέχονται, αλλά κατανέμονται βάσει των κοινωνικών αναγκών. Το κοινωνικό κράτος υφίσταται για να εξασφαλίσει ένα καλύτερο δικαίωμα για «υγεία», «πρόνοια», «εκπαίδευση», και να επιτύχει την κατάλληλη αναδιανομή των ευκαιριών και των πόρων στο σύστημα υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

Στη συνέχεια αναλύονται οι τρεις βασικές αρχές στις οποίες όλα τα συστήματα υγείας καλούνται να λειτουργούν βάσει αυτών.

3.1.1 Η αρχή της ισοτιμίας και κοινωνικής δικαιοσύνης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ισοτιμία στην υγεία σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους. Σύμφωνα με έναν περισσότερο περιεκτικό ορισμό, η ισοτιμία είναι η δυνατότητα για ισότιμη πρόσβαση (equality of access) και χρήση υπηρεσιών υγείας και ίδια ποιότητα φροντίδας των ασθενών, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων (Κυριόπουλος, 1999).

Η έννοια της ισοτιμίας για πολλούς ερευνητές πρέπει να επεκτείνεται και σε άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία (π.χ. συνθήκες διαβίωσης). Έτσι, πραγματικό τεκμήριο ισοτιμίας αποτελεί η μη ύπαρξη σημαντικών διαφορών στους δείκτες υγείας (π.χ. βρεφικής θνησιμότητας) μεταξύ των διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού (Cumpner, 1991).

Η ένταξη της ισοτιμίας στα βασικά κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει την παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Η

άποψη αυτή αναπτύχθηκε από τη σχολή της ισοτιμίας (egalitarianism). Σύμφωνα με τη σχολή αυτή, η παραγωγή και η κατανομή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Η ισοτιμία συνδέεται λοιπόν με την έννοια της αποδοτικότητας διανομής, που επιδιώκει τη δίκαιη κατανομή των πόρων (Long, 1985).

Στον αντίποδα βρίσκεται η φιλελεύθερη άποψη (libertarianism), που θεωρεί ότι η κατανομή αυτή πρέπει να γίνεται όπως σε όλα τα καταναλωτικά αγαθά, δηλαδή με βάση τη λειτουργία της αγοράς (Πολύζος, 1999).

Η ισοτιμία έχει δύο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη. Η οριζόντια επιτυγχάνεται με την ισότιμη κατανομή των πόρων και υπηρεσιών (π.χ. ίδιες αναλογίες ιατρών ανά 1000 κατοίκους), καθώς και με την ισότιμη πρόσβαση (π.χ. ίδιες αποστάσεις από πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας) και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Τελικός στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με τη σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό ή πληθυσμιακό επίπεδο. Η κάθε ισοτιμία αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του πληθυσμού με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζει, γεγονός που οδηγεί σε διαφορετική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες. Ακόμα, η κάθετη ισότητα προβλέπει προοδευτική χρηματοδότηση βασισμένη στην οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη (Πολύζος, 1999).

Σε όλες τις χώρες, ανάλογα με την ιστορική και την πολιτική συγκυρία, παρατηρείται ότι η ισοτιμία στην πρόσβαση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με παρεμβάσεις μικρότερες ή μεγαλύτερες από τη μεριά του κράτους. Οι παρεμβάσεις είναι πολλές και διαφορετικές, εξαρτώνται από τη μορφή των συστημάτων υγείας, το βαθμό άσκησης της κοινωνικής πολιτικής και από τη δομή του πολιτικο-οικονομικού συστήματος, αλλά έχουν συχνά κοινό παρονομαστή τον έλεγχο της πλευράς της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας/ ωφελιμότητας του κοινωνικού συνόλου (Γείτονα, 2000).

Η κατανομή των πόρων, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και την απόδοση της μέγιστης χρησιμότητας στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί θεμελιώδη

στόχο των συστημάτων υγείας, αλλά δεν μπορεί πάντα να διασφαλίσει ότι η ολική χρησιμότητα κατανέμεται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας. Αυτό οφείλεται στο ότι δεν επιτυγχάνεται η κάθετη ισοτιμία στην πρόσβαση και στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι στα συστήματα υγείας όπου επικρατούν οι μηχανισμοί αγοράς υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος της χρησιμότητας να κατανέμεται στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Maynard, 1982).

Στο πλαίσιο αναζήτησης τεχνικών και μεθόδων για τη δίκαιη κατανομή των πόρων στο κοινωνικό σύνολο χρησιμοποιούνται, πλέον, σύγχρονες μεθοδολογίες μέτρησης των ανισοτήτων στην υγεία, όπως αυτή που εφαρμόστηκε στο πρόγραμμα Equity της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόκειται για μια κοινή μεθοδολογία για όλες τις συμμετέχουσες χώρες για τη μέτρηση και τη σύγκριση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (Γείτονα, 2000).

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία μπορούν να προσδιοριστούν ως οι διαφορές στην επίπτωση ή τον επιπολασμό προβλημάτων υγείας μεταξύ μεμονωμένων ή ομάδων ανθρώπων διαφορετικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Τούντας, 1996). Οι ανισότητες αυτές στην υγεία αποτελούν μια μείζονα πρόκληση για την πολιτική υγείας. Επομένως, η μέτρηση και η επιτήρηση των μεταβολών στις ανισότητες αυτές είναι απαραίτητη για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της πολιτικής υγείας. Πυρήνας κάθε συστήματος μέτρησης θα πρέπει να είναι οι τακτικές μελέτες υγείας με συνεντεύξεις και τα μητρώα θνησιμότητας. Οι διάφορες πτυχές της υγείας, όπως αυτή αυτοαξιολογείται από τον πληθυσμό στις συνεντεύξεις και πρέπει να μετρώνται με κατάλληλους δείκτες νοσηρότητας. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση πρέπει επίσης να αξιολογείται με κατάλληλους δείκτες (Kunst, 1995). Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι η ουσιαστική αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία προϋποθέτει, πέρα από τις υγειονομικές, και ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές παρεμβάσεις (π.χ. καλύτερη εκπαίδευση, καταπολέμηση της ανεργίας).

Μια άλλη ανισότητα που παρατηρείται σε πολλά συστήματα υγείας είναι ότι οι ομάδες πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό από το ακαθάριστο εισόδημά τους για την υγεία τους, σε σχέση με τις ομάδες με τα υψηλά εισοδήματα, παρά το γεγονός ότι απολαμβάνουν λιγότερες παροχές υγείας. το μίγμα λοιπόν, των πηγών χρηματοδότησης επιδρά σε σημαντικό βαθμό στο κριτήριο της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας και με βάση αυτό γίνεται η διάκριση των συστημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε προοδευτικά και μη προοδευτικά (Wagstaff, 1999).

3.1.2 Αποτελεσματικότητα

Ως αποτελεσματικότητα ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός ενός συστήματος υγείας (Long, 1985).

Επειδή όμως οι στόχοι άπτονται πολλών πεδίων (π.χ. ποιότητας, ισότητας, προσβασιμότητας), συνήθως ο όρος αναφέρεται στην κλινική αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο βαθμό επίτευξης των στόχων των σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού και στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων (Arah, 2003).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας βασίζεται στις ίδιες αρχές στις οποίες βασίζεται η αξιολόγηση των θεραπευτικών μέτρων. Σε αντίθεση όμως προς την τελευταία, η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας γίνεται σε μεγαλύτερη κλίμακα και αφορά σε ένα σύστημα προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών και οργανωτικών μέτρων. Η καλύτερη μέθοδος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας είναι μέσω της χρήσης μετρήσεων τελικών αποτελεσμάτων υγείας (π.χ. θνητότητας, θνησιμότητας, ποιότητας ζωής), μέθοδος που συχνά δεν είναι εφαρμόσιμη. Γι' αυτό η αποτελεσματικότητα συχνά αποτιμάται έμμεσα, μετρώντας την αποτελεσματικότητα επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, ή με βάση την ποιότητα και την ποσότητα ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. χειρουργικές

πράξεις), στο βαθμό που αυτές αποτελούν μέτρο των τελικών αποτελεσμάτων στην υγεία (Τριχόπουλος, 2002).

Από μία έρευνα του Fuchs που έγινε στις ΗΠΑ προέκυψε ότι το 10% των θεραπειών ίσως βλάπτουν τους ασθενείς ή επιδεινώνουν την υγεία τους. Ένα 10% των θεραπειών δεν επιφέρουν κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα στην υγεία των ανθρώπων. Τελικά, μόνο το 80% των θεραπειών βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων και επιτυγχάνουν επιμήκυνση και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ο Fuchs, στην ίδια μελέτη, επισημαίνει ότι το πρόβλημα δεν είναι πως ορισμένες από τις θεραπείες που υιοθετούνται δεν είναι κλινικά αποδοτικές, αλλά το ότι δεν γνωρίζουμε ποιες θεραπείες ανήκουν στο 10% των κλινικά αναποτελεσματικών και ποιες στο 80% των κλινικά αποτελεσματικών (Υφαντόπουλος, 2006).

3.1.3 Αποδοτικότητα

Ορίζεται ως η ορθολογική κατανομή και διαχείριση των περιορισμένων πόρων για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας εννοείται ο βαθμός αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την παραγωγή εκροών, που μπορεί να αρχίζουν με ενδιάμεσα προϊόντα-εκροές (ασθενείς που νοσηλεύτηκαν, ημέρες νοσηλείας, επισκέψεις σε ιατρεία, αριθμός διαγνωστικών κατηγοριών ασθενειών κλπ) και να φθάνουν στο τελικό αποτέλεσμα, που είναι η υγεία των πολιτών. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη, όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος-εκροής παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στη καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος-εκροής (McGuire, 1992).

Εκφράζεται από τη σχέση εκροών προς τις εισροές, όπου οι εκροές αναφέρονται στις ενδιάμεσες (π.χ. αριθμός εξιτηρίων ενός νοσοκομείου) ή σπανιότερα, στις τελικές εκροές (πχ βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από τη νοσηλεία), και οι εισροές αναφέρονται στους πόρους (υλικούς, ανθρώπινους, χρηματικούς) που καταναλώνονται. Οι υπηρεσίες υγείας οργανώνουν και εκτελούν ένα συνδυασμό από διαφορετικές ιατρικές πράξεις και προγράμματα

υγείας για να πετύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού εξαρτάται τόσο από την επιλογή ενός κατάλληλου συνδυασμού επιμέρους αποδοτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, όσο και από την ικανότητα των υπηρεσιών να μετατρέπουν ικανοποιητικά τις εισροές σε ενδιάμεσες εκροές κατά την εκτέλεσή τους (Οικονόμου, 2007).

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, οι διαθέσιμοι πόροι είναι πάντα ανεπαρκείς συγκριτικά με τις ανθρώπινες ανάγκες. Επειδή όμως η ανεύρεση των πλέον κατάλληλων χρήσεων των πόρων στο χώρο της υγείας δεν είναι εύκολη υπόθεση, κατέστη αναγκαία η ανάπτυξη μιας επιστημονικής μεθοδολογίας αξιολόγησης των διαφορετικών επιλογών διάθεσης πόρων (Σούλης, 1998). Η αναγκαιότητα της αποδοτικής κατανομής των πόρων τεκμηριώνεται και από τη ραγδαία αύξηση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι ανάγκες υγείας πολλαπλασιάζονται διαρκώς, εξαιτίας της αύξησης του μέσου όρου ζωής, της επικράτησης των χρόνιων νοσημάτων, των σύγχρονων απαιτήσεων για ιατρική περίθαλψη κλπ. Το αποτέλεσμα είναι η διερεύνηση των ιατροκοινωνικών παροχών και η αυξανόμενη εισαγωγή και χρήση νέων, εξειδικευμένων προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων και δαπανηρών τεχνολογιών στην καθημερινή ιατρική πρακτική (Οικονόμου, 2007) . Δεδομένης της στενότητας των διαθέσιμων πόρων , κάθε παρέμβαση πρέπει να αποτελεί αντικείμενο οικονομικής αξιολόγησης είτε είναι παλιά είτε νέα. Ακόμη όμως και αν μια παρέμβαση είναι θεωρητικά αποδοτική, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι αποδοτική σε κάθε περίπτωση. Γενικότερα, έχει επισημανθεί η ύπαρξη μεγάλων οργανωτικών και διοικητικών ελλείψεων στις υπηρεσίες υγείας, που οδηγούν σε μείωση των παραγόμενων προϊόντων- εκροών, περιορισμό των αναμενόμενων θετικών αποτελεσμάτων στην υγεία του πληθυσμού και σημαντική απώλεια πόρων. (Σούλης, 1998)

Η αποδοτικότητα αποτελεί βασικό ζητούμενο των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας, σε αντίθεση με το βασικό στόχο των ασκούντων της ιατρικής, την αποτελεσματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της ιατρικής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. (Cochrane, 1972)

Στην Ελλάδα, ιδιαίτερα έντονο είναι το φαινόμενο της ανεξέλεγκτης χρήσης ιατρικών υπηρεσιών λόγω της προκλητής ζήτησης, με αποτέλεσμα η περιττή κατανάλωση διαγνωστικών υπηρεσιών και φαρμάκων σε συνδυασμό με την παραοικονομία να αποτελούν σημαντικά προβλήματα (Γεωργακόπουλος, 2002).

3.2 ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΕΜΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

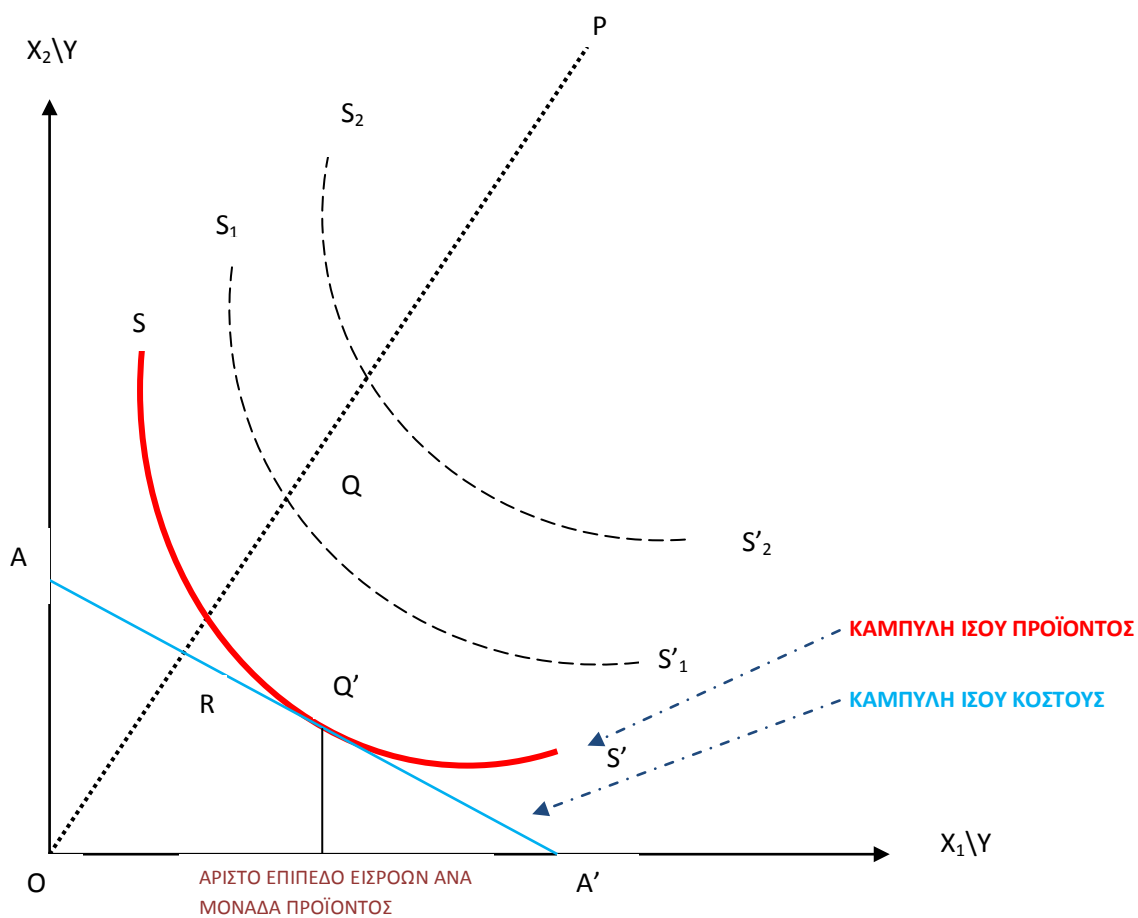
Η αποδοτικότητα διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

➤ Τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency): συνδέεται με την ελάχιστη ποσότητα εισροών σε κάθε παρέμβαση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Δηλαδή, εκφράζει το βαθμό στον οποίο το κάθε εναλλακτικό ιατρικό μέτρο ή πρόγραμμα για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας δίνει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα, χρησιμοποιώντας το ελάχιστο ποσό εισροών (Σούλης, 1998). Η τεχνική αποδοτικότητα ερμηνεύει την απόδοση ενός οργανισμού υγείας συγκρίνοντάς την με τη συνάρτηση παραγωγής ενός υποθετικού βέλτιστου οργανισμού. Δίνει έμφαση στην έννοια της αποδοτικής συνάρτησης παραγωγής (efficient production function), η οποία έχει ρόλο προτύπου και εκφράζει τις δυνατές εκροές ενός τέλει αποδοτικού οργανισμού υγείας με δεδομένο συνδυασμό εισροών. Αναφέρεται, δηλαδή, στις σχέσεις τεχνολογικής φύσης των εισροών (κεφάλαιο, εργασία, ιατρικός εξοπλισμός) και των αποτελεσμάτων υγείας, εκφρασμένα σε όρους ενδιάμεσων εκροών (αριθμός ασθενών, χρόνος αναμονής, ημέρες νοσηλείας, μείωση δεικτών θνητότητας ή αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης) (Shiell, 2002).

➤ Κατανομητική αποδοτικότητα (allocative efficiency): συνδέεται με την επιλογή μιας ομάδας τεχνικά αποδοτικών παρεμβάσεων φροντίδας για την επίτευξη της μεγαλύτερης (καλύτερης) δυνατής βελτίωσης των αποτελεσμάτων υγείας, αντιμετωπίζοντας τις παρεμβάσεις ως εισροές, η επιλογή γίνεται σύμφωνα με τη διάσταση κόστους- αποτελεσματικότητας (cost effectiveness). Στο πλαίσιο παραγωγής, η κατανομητική αποδοτικότητα ουσιαστικά αναφέρεται στην επιλογή των άριστων ποσοτήτων ή αναλογιών εισροών, δεδομένων των τιμών τους και της τεχνολογίας παραγωγής, για την παραγωγή του ανώτερου επιπέδου εκροών (Cunningham, 2001).

Η τεχνική και η κατανομητική αποδοτικότητα μαζί δίνουν την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας, που εστιάζει στην επίτευξη των στόχων, και της τεχνικής και της κατανομητικής αποδοτικότητας (Worthington, 2004). Οι τρεις κατηγορίες μπορούν να παρασταθούν γραφικά με τη βοήθεια καμπυλών ίσου προϊόντος στην Εικόνα 4.

Εικόνα 4:Χάρτης καμπυλών ίσου προϊόντος



Πηγή: Worthington Ac. Frontier efficiency measurement in health care: A review of empirical techniques and selected applications. Med Care Res Rev 2004

Η καμπύλη ίσου προϊόντος SS' αναπαριστά όλους τους δυνατούς συνδυασμούς των εισροών για την παραγωγή δεδομένων μονάδων εκροής και επιτρέπει τη μέτρηση της τεχνικής αποδοτικότητας από το λόγο OQ/OP . Το σημείο τομής της ακτίνας OP με την καμπύλη ίσου προϊόντος στο σημείο Q είναι σημείο ισορροπίας και προσδιορίζει την ικανότητα ενός οργανισμού υγείας να μεγιστοποιεί την παραγωγή του με δεδομένες εισροές. Η καμπύλη ίσου κόστους AA' παριστά όλους τους δυνατούς συνδυασμούς των εισροών που μπορεί να αποκτήσει ο οργανισμός με ένα σταθερό ποσό χρηματικών μονάδων και επιτρέπει τη μέτρηση της κατανεμητικής αποδοτικότητας από το λόγο OP/OQ (Worthington, 2004).

Όπως προκύπτει από την Εικόνα 4, η αποδοτικότητα ορίζεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους. Αρχικά, ως η παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών με τους ελάχιστους πόρους (τεχνική αποδοτικότητα). Επίσης, ως η παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών με δεδομένους πόρους, κτηριακό, και μηχανολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό και υλικά (κατανεμητική αποδοτικότητα). Τέλος, ως το ελάχιστο κόστος για την παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών υγείας (οικονομική αποδοτικότητα).

Έτσι η αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου προσδιορίζεται βραχυχρόνια από το βαθμό αξιοποίησης της εργασίας και μακροχρόνια από μια σειρά παραγόντων, όπως το μέγεθος του οργανισμού, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και τον κρατικό παρεμβατισμό, την κτηριακή και την τεχνολογική υποδομή, τη μέθοδο πληρωμής και το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης, την τοποθεσία και το νοσολογικό φάσμα (Madorran, 2004).

3.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

3.3.1 Ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας (simple ratio analysis)

Η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας περιορίζεται στη σύγκριση δύο μεταβλητών, μιας που μετράει την ποσότητα μιας εισροής και μιας που μετράει την ποσότητα μιας εκροής. Μπορεί να υπολογιστεί μια σειρά τέτοιων λόγων, ανάλογα με το επιδιωκόμενο εύρος της μελέτης και τη διαθεσιμότητα των δεδομένων. Η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται στην παραδοσιακή λογιστική και εκτιμά παραμέτρους αποδοτικότητας των διαφόρων λειτουργιών (παραγωγής, χρηματοοικονομικής) του οργανισμού σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η εκτίμηση των δεικτών επιτρέπει την ανάλυση της περιουσιακής δομής του οργανισμού, της βιωσιμότητας και της δυναμικότητάς του καθώς και τον προσδιορισμό της οικονομικής του θέσης σε σχέση με άλλους οργανισμούς του κλάδου. Η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας χρησιμοποιείται είτε όταν τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επιτρέπουν την εφαρμογή περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, είτε ως πρόδρομος τέτοιων εφαρμογών (Οικονόμου, 2007). Υπάρχουν όμως και περιορισμοί στους οποίους υπόκειται η μέθοδος. Κάθε δείκτης περιλαμβάνει μια εκροή και μία εισροή και συνεπώς δεν εκτιμά την αποδοτικότητα οργανισμών με πολλές εισροές και εκροές. Ακόμα, δίνει μία μονομερή περιγραφή της αποδοτικής παραγωγικής διαδικασίας και των σχέσεων ανάμεσα στις εισροές και εκροές, οπότε έχει μικρή αξία για τη συνολική μέτρηση της αποδοτικότητας. Επίσης, δεν αξιολογεί τις διαφορές που εμφανίζουν οι επιμέρους δείκτες μεταξύ τους. Επιπλέον, είναι ευαίσθητη στις λογιστικές πρακτικές και την πολιτική που ακολουθεί ο οργανισμός, οπότε εάν ένας οργανισμός χαρακτηριστεί αποδοτικός ή μη εξαρτάται από τους δείκτες που χρησιμοποιούνται. Τέλος, επηρεάζεται από τον πληθωρισμό και αναφέρεται στη δραστηριότητα του οργανισμού κατά την προηγούμενη χρήση (Καλογεροπούλου, 2011).

Στον πίνακα 1 αναφέρονται συνοπτικά οι χρήσεις και οι περιορισμοί της μεθόδου.

Πίνακας 1: Χρήσεις και περιορισμοί ανάλυσης απλού λόγου παραγωγικότητας.

Χρήσεις	Περιορισμοί
Ανάλυση περιουσιακής δομής οργανισμού	Περιορισμός εφαρμογής σε οργανισμούς με πολλές εισροές και εκροές
Ανίχνευση βιωσιμότητας και συνθηκών λειτουργίας	Έχει μικρή αξία για τη συνολική εκτίμηση της αποδοτικότητας ενός οργανισμού
Προσδιορισμός οικονομικής θέσης σε σχέση με τους ανταγωνιστές	Δεν αξιολογεί τη σπουδαιότητα της διακύμανσης των δεικτών
Ανάλυση κύκλων δραστηριότητας	Είναι ευαίσθητη στις λογιστικές πρακτικές και δεν αντικατοπτρίζει μελλοντικές επιδόσεις

(Καλογεροπούλου, 2011)

3.3.2 Ανάλυση κόστους μονάδας (unit cost analysis)

Η ανάλυση κόστους μονάδας υπολογίζει τα κόστη μονάδας, που είναι τα κόστη των εισροών προς μια μεταβλητή εκροών. Πρώτα υπολογίζεται το κόστος της κάθε εισροής ξεχωριστά με βάση την τιμή της και στη συνέχεια αθροίζονται τα κόστη για να σχηματιστεί ο αριθμητής του κλάσματος. Πολλοί τέτοιοι δείκτες, που ο καθένας αφορά σε μια διαφορετική εκροή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αποτυπώσουν την όλη διαδικασία παραγωγής (Οικονόμου, 2007).

Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

↳ **Παραμετρικές μέθοδοι (ανάλυση στοχαστικών συνόρων- stochastic frontier analysis –SFA)**: είναι γνωστές και ως οικονομετρικές ή στατιστικές μέθοδοι. Χρησιμοποιούν μια παραμετρική συνάρτηση προσαρμοσμένη στα δεδομένα, τέτοια ώστε καμιά μονάδα υπό μελέτη να μη βρίσκεται έξω από αυτή. Κάθε απόκλιση από τη συνάρτηση αυτή, δηλαδή από το σύννορο μέγιστης δυνατής παραγωγής, θεωρείται ότι αποτελείται από δύο συστατικά: ένα που αντιπροσωπεύει την τυχαία μεταβλητότητα και ένα άλλο που αντιπροσωπεύει την έλλειψη αποδοτικότητας. Οι παραμετρικές μέθοδοι εκτιμούν την αποδοτικότητα σύμφωνα με τη διάσταση μεταξύ πραγματικών μεγεθών και εκτιμήσεων. Συγκρίνουν τις πραγματικές εκροές ή το κόστος όμοιων διαδικασιών για δύο ή περισσότερους οργανισμούς και ελέγχουν την επίδραση των εξωγενών παραγόντων στην αποδοτικότητα του οργανισμού. Δηλαδή, επιχειρούν να προσδιορίσουν την απόλυτη αποδοτικότητα των οργανισμών σε σχέση με κάποιο συγκριτικό σημείο αναφοράς (benchmark) που έχει οριστεί εξωτερικά ως πρότυπο (Athanassopoulos, 1995).

↳ **Μη παραμετρικές μέθοδοι (μέθοδος βέλτιστων προτύπων- Data Envelopment Analysis-DEA)**: Η DEA αναπτύχθηκε από τους Charnes et al το 1978 και αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως μια από τις πλέον δημοφιλείς τεχνικές μέτρησης της αποδοτικότητας μονάδων που λειτουργούν στα πλαίσια ενός συστήματος (Charnes, 1978). Εκτιμά την αποδοτικότητα σύμφωνα με τη διάσταση μεταξύ του οργανισμού και της καλύτερης μονάδας στον κλάδο όπου δραστηριοποιείται. Δηλαδή, είναι μια μεθοδολογία αξιολόγησης που εντοπίζει τον άριστο συνδυασμό εισροών και εκροών. Πρόκειται για μια μέθοδο γραμμικού προγραμματισμού που βασίζεται σε μοντέλα εισροών- εκροών, τα οποία

παρουσιάζουν τη σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών μιας παραγωγικής διαδικασίας. Η μέθοδος αυτή αργότερα επεκτάθηκε από τους Banker et al, οι οποίοι επαναδιατύπωσαν το σύστημα γραμμικών εξισώσεων για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των μη κερδοσκοπικών οργανισμών (Banker, 1984).

Η DEA χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τους βέλτιστους συνδυασμούς εισροών και εκροών βασισμένους στην πραγματική απόδοση των μονάδων (όπως είναι τα νοσοκομεία) να διακρίνει τις αποδοτικές από τις μη αποδοτικές μονάδες και να υπολογίσει τις τεχνικές αποδοτικότητες. Πρόκειται για μία εμπειρική μεθοδολογία συγκριτικής αξιολόγησης που εντοπίζει τον άριστο συνδυασμό εισροών και εκροών και χειρίζεται πολλαπλά δεδομένα εσόδων και εξόδων για τα οποία δεν απαιτείται η ακριβής ποσοτική γνώση των υφιστάμενων σχέσεων κόστους. Βασίζεται στη μέτρηση της απόδοσης μιας παραγωγικής διαδικασίας, η οποία αντιπροσωπεύει τη μέγιστη ποσότητα εκροών που παράγονται από δεδομένες ποσότητες εισροών, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Giokas, 1991). Με βάση τη σχέση εισροών- εκροών κατασκευάζεται ένα εμπειρικό σύνορο αποδοτικότητας, που αντιπροσωπεύει την τεχνολογία της καλύτερης πρακτικής. Οι μονάδες που βρίσκονται πάνω στο σύνορο αποδοτικότητας χαρακτηρίζονται ως αποδοτικές ή μονάδες καλύτερης πρακτικής (best practice units) και είναι μονάδες με τη μεγαλύτερη συνολική αποδοτικότητα των συντελεστών παραγωγής στο δείγμα. Το σύνορο αποδοτικότητας εξυπηρετεί την οριοθέτηση στόχων και αποτελεί σημείο συγκριτικής αναφοράς για τις μη αποδοτικές μονάδες. Η απόσταση μιας μη αποδοτικής μονάδας από το σύνορο αποδοτικότητας εκφράζει την έλλειψη αποδοτικότητάς της, δηλαδή πόσο πρέπει να βελτιωθεί προκειμένου να καταστεί αποδοτική (Al-Shammari, 1999). Η εκτίμηση αποδοτικότητας κάθε μη αποδοτικής μονάδας μπορεί να γίνει με δύο διαφορετικά υποδείγματα γραμμικού προγραμματισμού:

- *Μοντέλα γραμμικού προγραμματισμού για την ελαχιστοποίηση των εισροών (model):* εκτιμούν το βαθμό στον οποίο κάθε μονάδα του δείγματος μπορεί να μειώσει την ποσότητα των εισροών του ώστε να παράγει μια συγκεκριμένη ποσότητα εκροών (Jacobs, 2001).
- *Μοντέλα γραμμικού προγραμματισμού για τη μεγιστοποίηση των εκροών (output-oriented model):* εκτιμούν το βαθμό στον οποίο κάθε μονάδα του

δείγματος μπορεί να αυξήσει την ποσότητα των εκροών, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη ποσότητα εισροών (Jacobs, 2001).

Πιο συγκεκριμένα, ο γραμμικός προγραμματισμός χρησιμοποιείται με τον εξής τρόπο: η αποδοτικότητα h_o , για ένα σύνολο συγκρίσιμων οργανισμών ($j=1,2,\dots,n$), με εισροές ($x_{ij}=1,2,\dots,m$) και εκροές ($y_{rj}=1,2,\dots,s$) υπολογίζεται βάση της μεγιστοποίησης της συνάρτησης (CCR model) που φαίνεται στην Εικόνα 5 (Charnes, 1978).

Εικόνα 5: “CCR model”

$\text{Max } h_o = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{io}}$ $\text{s.t. } \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1$ $u_r, v_i \geq \epsilon$	<p>Όπου:</p> <p>h_o = η αποδοτικότητα</p> <p>o = η μονάδα που αξιολογείται από το σύνολο των μονάδων</p> <p>j = ο αριθμός των μονάδων, $j=1,\dots,n$</p> <p>r = ο αριθμός των εκροών, $r=1,\dots,s$</p> <p>i = ο αριθμός των εισροών, $r=1,\dots,m$</p> <p>y_{rj} = το ποσό εκροής r της μονάδας j</p> <p>x_{ij} = το ποσό εκροής i της μονάδας j</p> <p>ϵ = ένας πολύ μικρός θετικός αριθμός</p> <p>u_r, v_i = οι συντελεστές για την εκροή r και για την εισροή i αντίστοιχα, που μεγιστοποιούν την αντικειμενική συνάρτηση για τη μονάδα που εξετάζεται κάθε φορά</p>
<p>Πηγή: Charnes, A., Cooper, W.W., Rhodes, E., 1978</p>	

Όταν $h_o=1$ ο οργανισμός είναι αποδοτικός, ενώ όταν $h_o < 1$ είναι μη αποδοτικός. Πιο αναλυτικά, ο στόχος του προτύπου (CCR model) είναι η εύρεση της μεγαλύτερης δυνατής τιμής του h_o , συγκρίνοντας τις εισροές και εκροές όλων των μονάδων του υπό εξέταση δείγματος έτσι ώστε να μην έχει καμία μονάδα δείκτη αποδοτικότητας μεγαλύτερο του 1 σύμφωνα και με τον περιορισμό $\text{s.t.} \leq 1$.

Αυτό σημαίνει ότι με τη DEA και σε σχέση με τους περιορισμούς του προτύπου, προσδιορίζονται οι τιμές των συντελεστών u_r και v_i της υπό εξέταση μονάδας. Όταν αλλάζει η υπό εξέταση μονάδα, αλλάζουν και οι συντελεστές u_r και v_i , καθώς και η αποδοτικότητα h_o .

Η μέθοδος DEA δίνει απάντηση στο ερώτημα του κατά πόσο αποδοτική είναι μια μονάδα (o) χρησιμοποιώντας τις εισροές (x_{io}) για να παραχθούν οι εκροές (y_{ro}). Επομένως τα δεδομένα είναι η x_{ij} και y_{rj} , ενώ οι μεταβλητές των εισροών και εκροών είναι αντίστοιχα οι v_i και u_r . Η επίλυση της συνάρτησης συμπεριλαμβάνει την επίλυση n τέτοιων σχέσεων, δίνοντας n διαφορετικά ζεύγη συντελεστών v_{ij} και u_{rj} . Συμπερασματικά, το μοντέλο εφαρμόζεται μία φορά για κάθε μονάδα του δείγματος και αναζητά τον υψηλότερο βαθμό αποδοτικότητας χωρίς να καταλήγει σε σχέση εισροών- εκροών μεγαλύτερη από 1. Για κάθε μονάδα ο βαθμός αποδοτικότητας μπορεί να περιλαμβάνει τιμές ως εξής:

- $h_o=1$, τότε η μονάδα είναι 100% αποδοτική.
- $h_o<1$, τότε η μονάδα είναι μη αποδοτική. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι μονάδες που θα μπορούσαν να παράγουν το επίπεδο και το συνδυασμό εκροών που ήδη παράγουν, χρησιμοποιώντας μικρότερες ποσότητες εισροών (input- oriented model), ή αυτές που θα μπορούσαν να αυξήσουν τις παραγόμενες εκροές, χρησιμοποιώντας δεδομένες ποσότητες εισροών (output- oriented model).

Συμπερασματικά, η μέθοδος βέλτιστων προτύπων είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ομαδοποίηση των δεδομένων σε ομοιογενείς κατηγορίες και την εκτίμηση της συνολικής αποδοτικότητας του οργανισμού (Sheiford, 1997).

Τα πλεονεκτήματα της DEA είναι :

- ♦ επιτρέπει τη σύγκριση των αποδοτικών μονάδων με τη καλύτερη μονάδα στο κλάδο και όχι με το μέσο όρο ή την κεντρική τάση και αξιολογεί πληροφορίες σχετικά με τη διοικητική δράση, την εφαρμογή πρακτικών βελτίωσης της αποδοτικότητας του οργανισμού και μείωσης του κόστους, οι οποίες δεν είναι διαθέσιμες με τη χρήση άλλων τεχνικών (Thanassoulis, 1996).
- ♦ είναι εύχρηστη και αποδεκτή από τη διοίκηση του οργανισμού, η οποία προσαρμόζει κατάλληλα το στρατηγικό σχεδιασμό, ώστε να εγκαταλείψει τυχόν μη αποδοτικές δραστηριότητες (Jacobs, 2001).

- ♦ αναγνωρίζει ποιες από τις εισροές και τις εκροές δεν χρησιμοποιούνται ή δεν παράγονται αποδοτικά από τον οργανισμό (Magnussen, 1996).

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα, επειδή η συλλογή των δεδομένων για τη σύγκριση των οργανισμών υπόκειται σε τυχαία και συστηματικά σφάλματα, πολλές φορές περιλαμβάνονται στο δείγμα μόνο μη αποδοτικοί οργανισμοί. Επίσης, περιορίζεται από τον βαθμό στον οποίο συλλαμβάνει τις διαφοροποιήσεις στις εκροές και τις εισροές. Δηλαδή, εάν οι επιλεγμένες εισροές και εκροές δεν περιλαμβάνουν σημαντικές μεταβλητές συνδεδεμένες με την παραγωγική διαδικασία τότε προκύπτουν μη αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα. Τέλος, επηρεάζεται από τα κριτήρια ποιότητας των εκροών, που δεν είναι πάντα αντιπροσωπευτικά (Sheiford, 1997). Η DEA έχει εφαρμοστεί για την εκτίμηση της αποδοτικότητας διάφορων οικονομικών μονάδων σε διάφορους κλάδους, όπως ο τραπεζικός κλάδος, ο εκπαιδευτικός κλάδος και ο κλάδος της υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).

Στον πίνακα 2 αναφέρονται συνοπτικά οι χρήσεις και οι περιορισμοί της μεθόδου.

Πίνακας 2: Χρήσεις και περιορισμοί της DEA

Χρήσεις	Περιορισμοί
Σύγκριση με τον καλύτερο οργανισμό του κλάδου και όχι με το μέσο όρο ή την κεντρική τάση.	Σφάλματα δειγματοληψίας.
Επιμερισμός των πόρων σε κάθε μία από τις εκροές.	Διαφοροποιήσεις των εισροών και εκροών και μη αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα.
Προσδιορισμός των εκροών και εισροών που δεν χρησιμοποιούνται ή δεν παράγονται αποδοτικά από έναν οργανισμό.	Τα αποτελέσματα επηρεάζονται από την ποιότητα των εκροών.

(Καλογεροπούλου, 2011)

3.3.3 Μέθοδος οικονομετρικής ανάλυσης (Regression Methods, RM)

Η μέθοδος της Οικονομετρικής Ανάλυσης βασίζεται στην εφαρμογή των μαθηματικών και της στατιστικής για τον έλεγχο υποθέσεων και τη διαμόρφωση προβλέψεων. Ασχολείται, δηλαδή, με την εκτίμηση και την εξειδίκευση των επιλεγμένων οικονομικών υποδειγμάτων για την αξιολόγηση και την ερμηνεία των οικονομικών αποτελεσμάτων και την εξαγωγή ποσοτικών συμπερασμάτων για συγκεκριμένες μεταβλητές του οικονομικού συστήματος. Η Οικονομετρική Ανάλυση (παραμετρική μέθοδος) είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στο κόστος και στον εντοπισμό των οικονομικών κλίμακας και του αποδοτικού βαθμού μετατροπής των εισροών σε εκροές (Athanasopoulos,1995).Ωστόσο, υπόκειται στους δικούς της περιορισμούς. Πρώτον, είναι ατελής καθώς δεν περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που προσδιορίζουν την εξέλιξη του φαινομένου που διερευνάται. Δεύτερον, εμφανίζει σφάλματα μέτρησης και σφάλματα εξειδίκευσης, τα οποία περιλαμβάνουν παραλείψεις μεταβλητών που είναι σχετικές προς το υπόδειγμα, εκτίμηση μεταβλητών που είναι άσχετες προς το υπόδειγμα και λανθασμένη μαθηματική μορφή του υποδείγματος . Τρίτον, χρησιμοποιεί στοιχεία, τα οποία είναι μη πειραματικά και επηρεάζονται από τις διακυμάνσεις της εποχικότητας και του οικονομικού κύκλου και την αλληλεπίδραση των διαφόρων οικονομικών μεταβλητών (Καλογεροπούλου, 2011). Στον πίνακα 3 αναφέρονται συνοπτικά οι χρήσεις και οι περιορισμοί της μεθόδου.

Πίνακας 3: Χρήσεις και περιορισμοί της οικονομετρικής μεθόδου.

Χρήσεις	Περιορισμοί
Σύγκριση με τον καλύτερο οργανισμό του κλάδου και όχι με το μέσο όρο ή την κεντρική τάση.	Σφάλματα δειγματοληψίας.
Επιμερισμός των πόρων σε κάθε μία από τις εκροές.	Διαφοροποιήσεις των εισροών και εκροών και μη αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα.

<p>Προσδιορισμός των εκρών και εισρών που δεν χρησιμοποιούνται ή δεν παράγονται αποδοτικά από έναν οργανισμό.</p>	<p>Τα αποτελέσματα επηρεάζονται από την ποιότητα των εκρών.</p>
---	---

(Καλογεροπούλου, 2011)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Σκοπός και στόχοι

Ο σκοπός της εργασίας είναι η μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων για το έτος 2010.

Οι στόχοι είναι η εκτίμηση του ελέγχου της διαχείρισης των νοσοκομείων, της παραγωγικής αξιοποίησης των πόρων και της διανομής των υπηρεσιών και των αγαθών του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας.

1.2 Υλικό και μεθοδολογία

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα εργασία είναι τα στοιχεία των νοσοκομείων που δημοσιεύονται στο τέλος κάθε έτους από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγυης. Από αυτά τα στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν τα εξής: χειρουργικές επεμβάσεις, νοσηλευθέντες, ασθενείς ΤΕΠ-ΤΕΙ, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, λοιπό προσωπικό και κλίνες για το έτος 2010.

Από όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας επιλέχθηκαν μόνο τα γενικά νοσοκομεία, τα οποία παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες, έτσι ώστε να μην εμφανίζονται διαφοροποιήσεις στο νοσολογικό φάσμα και στο εύρος των περιπτώσεων, οι οποίοι είναι παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητα. Τα ειδικά νοσοκομεία όπως τα ψυχιατρικά, ογκολογικά, μαιευτικά κλπ και όσα παρουσιάζουν ελλείψεις στα δεδομένα έχουν εξαιρεθεί από την ανάλυση.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος βέλτιστων προτύπων (Data envelopment analysis) για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η συγκεκριμένη μέθοδος έχει δύο μοντέλα γραμμικού προγραμματισμού, το ένα αναφέρεται στην ελαχιστοποίηση των εισροών (input-oriented model) και το άλλο στη μεγιστοποίηση των εκροών (output-oriented model). Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού που αφορά την ελαχιστοποίηση των εισροών (input-oriented model) δηλαδή του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και οι κλίνες. Χρησιμοποιώντας αυτό το πρότυπο, για να γίνει μια μη αποδοτική μονάδα αποδοτική θα πρέπει να μειωθούν οι εισροές κατά : $x_{io} = h_o x_{io} - s_i$.

Τα στοιχεία του δείγματος που χρησιμοποιήθηκαν εμφανίζονται στο Παράρτημα 1.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Απ' όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας επιλέχθηκαν τα γενικά νοσοκομεία έτσι ώστε να είναι ομοιόμορφο το δείγμα. Ο αριθμός των γενικών νοσοκομείων είναι 106.

Από αυτά 100% αποδοτικά για το έτος 2010 είναι τα 19. Στο 90%-100% αποδοτικά είναι 9. Στο 80%-90% αποδοτικά είναι 23. Στο 70%-80% αποδοτικά είναι 22. Στο 60%-70% αποδοτικά είναι 20. Στο 50%-60% αποδοτικά είναι 13. Κάτω από 50% αποδοτικό δεν εμφανίστηκε να είναι κανένα νοσοκομείο του δείγματος.

Συγκεντρωτικά, το 18% των νοσοκομείων είναι 100% αποδοτικό, το 8% είναι 90%-100% αποδοτικό, το 22% είναι 80%-90% αποδοτικό, το 21% είναι 70%-80% αποδοτικό, το 19% είναι 60%-70% αποδοτικό και το 12% είναι 50%-60% αποδοτικό. Τα αποτελέσματα παριστάνονται γραφικά στην εικόνα 6.

Εικόνα 6: Αποδοτικότητα νοσοκομείων για το έτος 2010.



Όσα νοσοκομεία δεν είναι 100% αποδοτικά πρέπει να μειώσουν τις εισροές τους (ιατρικό- νοσηλευτικό- λοιπό προσωπικό και κλίνες) αναλόγως με το ποσοστό αποδοτικότητάς τους, έτσι ώστε να καθιστούν αποδοτικά.

Τα αποτελέσματα των αποδοτικών και μη αποδοτικών νοσοκομείων, καθώς και κατά πόσο πρέπει να μειωθούν οι εισροές των μη αποδοτικών μονάδων εμφανίζονται στον Πίνακα 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ DEA (input-oriented model)

	ΑΠΟΛΟΤΙ ΚΟΤΗΤΑ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΕΙΣΡΟΕΣ				ΜΕΙΩΣΗ ΕΙΣΡΟΩΝ			
		ΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΕΣ	ΛΠ	ΚΛΙΝ ΕΣ	ΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΛΠ	ΚΛΙΝΕΣ
N1	62%	263,15	360,1	277	277	-99,997	-136,838	-105	-105,26
N2	100%	688,04	748,16	508	668	0	0	0	0
N3	56,20%	547,47	713,37	453	553	-260,012	-313,8828	-199	-243,32
N4	55%	352,44	495	360	396	-162,028	-222,75	-162	-178,2
N5	82,40%	184,92	292,12	297	268	-33,2856	-52,5816	-133	-48,24
N6	76%	76,68	110,16	100	108	-18,4032	-26,4384	-35,4	-17,92
N7	75%	351,92	339,2	343	424	-87,98	-84,8	-115	-117,9
N8	76%	161,68	201,24	157	172	-38,8032	-48,2976	-41,5	-41,28
N9	66%	90	116	114	200	-30,6	-39,44	-59,1	-109,56
N10	80%	432,96	491,59	379	451	-86,592	-98,318	-100	-90,2
N11	67%	393,24	492,68	389	452	-129,769	-162,5844	-133	-149,16
N12	94%	526,4	504	420	560	-31,584	-79,54	-25,2	-128,1
N13	55%	702,26	1024,92	740	949	-316,017	-461,214	-333	-427,05
N14	63%	103,68	113,92	102	128	-38,3616	-42,1504	-37,7	-47,36
N15	66%	376,64	485,76	486	352	-128,058	-165,1584	-221	-119,68
N16	59%	95,63	171,61	162	131	-39,2083	-71,0701	-78,9	-53,71
N17	60%	323,4	427,35	362	385	-129,36	-170,94	-168	-154
N18	58%	34	39,2	27	40	-18,02	-16,464	-11,3	-19,05
N19	63%	31,73	71,81	58	167	-11,7401	-32,6097	-26,8	-118,36
N20	100%	16	20	26	20	0	0	0	0
N21	62%	46,02	70,8	76	59	-17,4876	-26,904	-47,5	-22,42
N22	52,50%	45,08	80,04	74	92	-21,413	-26,904	-40,9	-43,7
N23	100%	34,96	26,03	33	19	0	0	0	0
N24	85,60%	139,83	277,29	204	237	-20,1355	-57,77976	-56,6	-34,128
N25	55%	508	666,75	603	635	-228,6	-300,0375	-322	-285,75
N26	62,40%	414	522	459	450	-155,664	-196,272	-216	-169,2
N27	83%	165,13	299,93	209	337	-28,0721	-52,6481	-37,8	-57,29
N28	56,50%	96,28	117,16	93	116	-47,1118	-50,9646	-40,5	-50,46
N29	53%	68,16	108,48	85	96	-32,0352	-50,9856	-40	-45,12
N30	88%	85,86	125,08	112	106	-10,3032	-15,0096	-19,7	-12,72
N31	100%	566,72	597,52	320	616	0	0	0	0
N32	100%	479,96	709,8	344,8	676	0	0	0	0
N33	100%	168	226,8	144,5	168	0	0	0	0
N34	87,60%	130	220	144	200	-16,12	-41,08	-17,9	-24,8

N35	86%	63,08	131,14	71,38	83	-8,8312	-45,5796	-11,5	-11,62
N36	80%	154,56	199,64	133,6	161	-46,032	-39,928	-26,7	-32,2
N37	84,60%	154,44	218,4	168,5	156	-23,7838	-36,5436	-25,9	-24,024
N38	64%	205,84	272,24	212,5	332	-74,1024	-98,0064	-76,5	-119,52
N39	96%	585,6	680,76	417,2	732	-23,424	-27,2304	-16,7	-81,58
N40	96%	92,02	111,28	85,6	107	-18,0908	-4,4512	-3,42	-4,28
N41	84%	166,38	244,26	152,2	177	-26,6208	-49,5516	-24,4	-28,32
N42	66%	152,28	208,68	114,7	188	-57,3352	-70,9512	-39	-63,92
N43	75,50%	67,2	130,8	75,6	120	-16,464	-42,046	-18,5	-29,4
N44	100%	76,65	155,49	116,1	219	0	0	0	0
N45	88%	68,4	116,4	103,2	120	-10,898	-25,218	-23,6	-14,4
N46	100%	92,66	167,24	102	113	0	0	0	0
N47	82,40%	178,84	260,37	218	263	-31,4758	-45,82512	-43,4	-46,288
N48	68%	637,16	918,26	581	937	-203,891	-293,8432	-186	-299,84
N49	70%	36,19	47	55	47	-10,857	-14,1	-21,2	-14,1
N50	77%	294	478,24	298	392	-67,62	-109,9952	-70,1	-90,16
N51	80%	139,7	325,12	160	254	-27,94	-135,584	-32	-50,8
N52	85%	152,32	202,3	150	238	-22,848	-30,345	-22,5	-64,7
N53	96%	171,36	297,36	202	252	-6,8544	-11,8944	-8,08	-10,08
N54	89,50%	283,14	482,79	283	363	-29,7297	-118,353	-29,7	-38,115
N55	71%	181,04	181,04	123	146	-92,0016	-52,5016	-35,7	-42,34
N56	73%	562,32	696,51	575	639	-151,826	-188,0577	-182	-172,53
N57	59%	562,32	696,51	575	639	-230,551	-285,5691	-254	-261,99
N58	68%	156,78	291,45	219	201	-50,1696	-118,064	-103	-64,32
N59	50,50%	75,2	102,46	97,76	94	-37,224	-50,7177	-51,1	-46,53
N60	87%	307,94	377,14	304,5	346	-64,8722	-49,0282	-57,8	-44,98
N61	74,70%	63	70,8	75	60	-25,939	-17,9124	-28,7	-15,18
N62	100%	22,95	24,03	32,13	27	0	0	0	0
N63	97,60%	27,9	20,1	41,1	30	-0,6696	-0,4824	-13,3	-3,93
N64	87,60%	221,72	339,81	286,8	241	-27,4933	-42,13644	-71,9	-29,884
N65	75,60%	64,89	52,29	47,25	63	-20,5032	-12,75876	-11,5	-15,372
N66	77,20%	250,98	307,38	248,2	282	-57,2234	-70,08264	-70,9	-64,296
N67	92%	349,7	368,53	285,1	269	-127,566	-29,4824	-22,8	-21,52
N68	76%	76,14	153,22	105,3	94	-18,2736	-58,1328	-29,7	-22,56
N69	78%	203,28	337,92	229,7	264	-44,7216	-94,3424	-50,5	-58,08
N70	83%	224,46	224,46	179,2	174	-73,1582	-38,1582	-30,5	-29,58
N71	100%	430,16	769,76	390,5	566	0	0	0	0
N72	63%	208,06	257,5	258	206	-79,5722	-95,275	-135	-76,22
N73	82,60%	197,2	243,44	169	136	-76,7828	-54,16856	-29,4	-23,664
N74	74%	85,56	101,37	97	93	-22,7356	-26,3562	-38,5	-24,18
N75	70%	66,22	96,32	86	86	-19,866	-28,896	-28,1	-25,8
N76	100%	66	132	109	110	0	0	0	0
N77	71%	145,2	317,02	184	242	-42,108	-131,2858	-53,4	-70,18
N78	74%	66,67	89,27	79	113	-17,3342	-23,2102	-20,5	-46,94
N79	69,60%	333,63	458,32	337	337	-101,424	-139,3293	-102	-102,45

N80	100%	36	17,1	29	30	0	0	0	0
N81	100%	23,1	41,1	39	30	0	0	0	0
N82	58%	67,2	84,8	77	80	-31,914	-35,616	-32,3	-33,6
N83	100%	57,96	35,91	51	63	0	0	0	0
N84	78,70%	99,76	110,08	104	86	-34,2189	-23,44704	-22,2	-18,318
N85	100%	222,94	326,56	254	314	0	0	0	0
N86	100%	165,48	183,21	142	197	0	0	0	0
N87	70%	81,12	95,68	86	104	-24,336	-28,704	-25,8	-31,2
N88	95,70%	195	214,5	164	195	-8,385	-9,2235	-7,05	-8,385
N89	62%	66,4	102,4	75	80	-25,232	-40,912	-28,5	-30,4
N90	64,70%	10,15	14	27	35	-3,58295	-4,942	-9,53	-12,355
N91	100%	120,54	135,24	74	147	0	0	0	0
N92	100%	87,12	79,2	59	99	0	0	0	0
N93	100%	286,96	500,07	395	211	0	0	0	0
N94	72%	104,03	132,31	95	101	-33,8084	-37,0468	-26,6	-28,28
N95	79%	135,66	211,47	136	133	-28,5686	-56,8387	-28,6	-27,93
N96	87%	120,6	158,4	122	180	-15,678	-20,592	-15,9	-23,4
N97	87,20%	558,18	912,58	576	886	-71,447	-116,8102	-73,7	-113,41
N98	69,50%	536,64	829,92	587	624	-163,675	-253,1256	-179	-190,32
N99	95,40%	89,46	156,24	138,6	126	-4,11516	-17,77704	-49,1	-5,796
N100	80,60%	485,45	500,78	408,8	511	-100,767	-97,15132	-99,9	-99,134
N101	91,10%	48,64	92,72	67,64	76	-4,32896	-14,13208	-6,02	-6,764
N102	74%	24	20	31	25	-7,25	-5,2	-10,6	-6,5
N103	65,50%	54	92,25	75,75	75	-18,63	-31,82625	-26,1	-25,875
N104	52,20%	173,91	192,61	155,2	187	-83,129	-92,06758	-74,2	-89,386
N105	64,20%	325,5	441,75	320,9	465	-116,529	-158,1465	-115	-173,74
N106	81%	515,9	840,18	619,1	737	-98,021	-159,6342	-178	-140,03

Επιπλέον, έγινε ένας ακόμα διαχωρισμός των νοσοκομείων ανάλογα με τις κλίνες και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΕΚΡΟΣΣ			ΕΙΣΡΟΣΣ			
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΠ-ΤΕΙ	ΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΛΠ	ΚΛΙΝΕΣ
N1	3672	17736	105699	263,15	360,1	277	277
N2	11472	25884	115611	547,47	713,37	453	553
N3	3744	22188	116693	352,44	495	360	396
N4	4068	19716	49420	184,92	292,12	297	268
N5	2496	5676	36248	76,68	110,16	100	108
N6	4848	25920	55283	351,92	339,2	343	424
N7	15372	65748	276852	688,04	748,16	508	668
N8	3144	12696	51136	161,68	201,24	157	172
N9	2028	6336	23732	90	116	114	200
N10	7548	34884	150196	432,96	491,59	379	451
N11	6024	28704	127722	393,24	492,68	389	452
N12	8028	47016	96180	526,4	504	420	560
N13	11976	44736	176569	702,26	1024,92	740	949
N14	1452	6600	43527	103,68	113,92	102	128
N15	7248	22572	168787	376,64	485,76	486	352
N16	1524	6348	60122	95,63	171,61	162	131
N17	5448	21156	89030	323,4	427,35	362	385
N18	84	1020	22034	34	39,2	27	40
N19	420	2520	29855	31,73	71,81	58	167
N20	864	528	10934	16	20	26	20
N21	444	3684	14096	46,02	70,8	76	59
N22	660	3144	26533	45,08	80,04	74	92
N23	1512	1212	28028	34,96	26,03	33	19
N24	3384	17184	74112	139,83	277,29	204	237
N25	4428	32844	154064	508	666,75	603	635
N26	8280	24696	126261	414	522	459	450
N27	3672	20472	106186	165,13	299,93	209	337
N28	720	5052	49612	96,28	117,16	93	116
N29	1524	3684	27513	68,16	108,48	85	96
N30	1860	8160	69436	85,86	125,08	112	106

N31	7248	53172	162519	566,72	597,52	320	616
N32	17148	46200	377022	479,96	709,8	344,76	676
N33	4752	15048	136743	168	226,8	144,48	168
N34	2088	12000	128878	130	220	144	200
N35	780	7080	37135	63,08	131,14	71,38	83
N36	2472	12312	81801	154,56	199,64	133,63	161
N37	5160	11076	83163	154,44	218,4	168,48	156
N38	3720	14832	92297	205,84	272,24	212,48	332
N39	9996	58752	174663	585,6	680,76	417,24	732
N40	1320	9204	65033	92,02	111,28	85,6	107
N41	1980	13716	111454	166,38	244,26	152,22	177
N42	1848	9120	78779	152,28	208,68	114,68	188
N43	1584	5856	52431	67,2	130,8	75,6	120
N44	2868	12816	76428	76,65	155,49	116,07	219
N45	1188	7248	73302	68,4	116,4	103,2	120
N46	2040	10092	88211	92,66	167,24	102	113
N47	3072	17520	141931	178,84	260,37	218	263
N48	11616	49308	299530	637,16	918,26	581	937
N49	312	2016	37948	36,19	47	55	47
N50	5136	29976	101491	294	478,24	298	392
N51	2544	11604	136920	139,7	325,12	160	254
N52	2832	12624	125434	152,32	202,3	150	238
N53	5460	18804	139894	171,36	297,36	202	252
N54	5124	27792	222938	283,14	482,79	283	363
N55	1788	9744	69831	181,04	181,04	123	146
N56	7656	45216	172319	562,32	696,51	575	639
N57	7332	36312	150011	483,14	606,39	286	493
N58	1572	13992	63969	156,78	291,45	219	201
N59	1116	3264	42300	75,2	102,46	97,76	94
N60	4524	28524	171381	307,94	377,14	304,48	346
N61	252	3996	36556	63	70,8	75	60
N62	180	1260	39038	22,95	24,03	32,13	27
N63	348	1248	29327	27,9	20,1	41,1	30
N64	3120	23172	94376	221,72	339,81	286,79	241
N65	852	2592	38778	64,89	52,29	47,25	63
N66	0	21000	93600	250,98	307,38	248,16	282
N67	3492	25428	172563	349,7	368,53	285,14	269

N68	1308	7068	45562	76,14	153,22	105,28	94
N69	0	20124	119558	203,28	337,92	229,68	264
N70	4104	13716	105607	224,46	224,46	179,22	174
N71	9444	61248	121594	430,16	769,76	390,54	566
N72	2916	13488	45079	208,06	257,5	258	206
N73	0	11244	106043	197,2	243,44	169	136
N74	1428	6360	40868	85,56	101,37	97	93
N75	1452	5004	37141	66,22	96,32	86	86
N76	2592	8988	52589	66	132	109	110
N77	3084	13140	91941	145,2	317,02	184	242
N78	636	5268	53729	66,67	89,27	79	113
N79	7092	21936	158652	333,63	458,32	337	337
N80	0	696	34111	36	17,1	29	30
N81	312	384	65121	23,1	41,1	39	30
N82	408	2988	50951	67,2	84,8	77	80
N83	912	4188	38998	57,96	35,91	51	63
N84	1212	5544	71070	99,76	110,08	104	86
N85	3720	28728	194586	222,94	326,56	254	314
N86	3660	17928	52883	165,48	183,21	142	197
N87	1032	5364	55271	81,12	95,68	86	104
N88	5064	17148	64052	195	214,5	164	195
N89	648	3648	51109	66,4	102,4	75	80
N90	0	636	9096	10,15	14	27	35
N91	7044	7056	51160	120,54	135,24	74	147
N92	1068	4740	75514	87,12	79,2	59	99
N93	6948	31656	150403	286,96	500,07	395	211
N94	1044	5700	72889	104,03	132,31	95	101
N95	1848	9336	98407	135,66	211,47	136	133
N96	2628	12072	68519	120,6	158,4	122	180
N97	9540	66864	140834	558,18	912,58	576	886
N98	0	41400	310590	536,64	829,92	587	624
N99	1320	11592	52787	89,46	156,24	138,6	126
N100	8268	37812	156300	485,45	500,78	408,8	511
N101	1596	4368	51431	48,64	92,72	67,64	76
N102	0	864	23634	24	20	31	25
N103	792	1884	71301	54	92,25	75,75	75
N104	2268	8016	65050	173,91	192,61	155,21	187

N105	4728	23880	157412	325,5	441,75	320,85	465
N106	7608	56844	167662	515,9	840,18	619,08	737

(ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, 2011)