

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (ΠΑΤΡΑ)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:
ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ

Φοιτητές : ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ , ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ .
Καθηγητής: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Πάτρα, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο γίνεται επιτακτικό να εξορθολογήσουν τα δημόσια οικονομικά της Ελλάδας, με σκοπό την όσο το δυνατόν μικρότερη δαπάνη του Κράτους. Στα πλαίσια αυτά και ειδικότερα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας καλούνται να μειώσουν τις δαπάνες τους, μιας και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της μείωσης της κρατικής επιχορήγησης.

Η παρούσα εργασία, σκοπό έχει να αναλύσει την κατάσταση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, μέσω της παρουσίασης των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στην χώρα, καθώς επίσης και την παρουσίαση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ακόμη, θα γίνει μια προσπάθεια εισαγωγής των εννοιών του μάνατζμεντ για τα δημόσια νοσοκομεία και θα αναφερθούν έννοιες όπως της αποδοτικότητας των νοσοκομείων και η εφαρμογή αριθμοδεικτών για την μέτρησή της.

Η παρούσα εργασία είναι χωρισμένη σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το εμπειρικό. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται τα κεφάλαια 1 έως και 4, τα οποία περιλαμβάνουν τις έννοιες του ΕΣΥ, την οργάνωσή του και τις δαπάνες που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα στον τομέα της Υγείας, Επίσης, στο 2 κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, δηλαδή πως είναι οργανωμένα, ο σκοπός που καλούνται να λειτουργήσουν και οι στόχοι που τίθενται σε αυτά. Το 3 κεφάλαιο παρουσιάζει την έννοια του μάνατζμεντ των δημοσίου νοσοκομείου, πως είναι οργανωμένα και τι προγραμματισμό έχουν. Το 4 κεφάλαιο παρουσιάζει την αποδοτικότητα και τους αριθμοδείκτες που συνδέονται με αυτή.

Το δεύτερο μέρος της παρούσας εργασία παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο κεφάλαιο 5 καθώς και οι περιορισμοί της. Στο κεφάλαιο 6 γίνεται η εμπειρική ανάλυση, με την περιγραφική στατιστική, τα τέστ κανονικότητας και ανεξαρτησίας και τις συσχετίσεις των δεικτών.

Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την εργασία και η βιβλιογραφία.

Λέξεις Κλειδιά: ΕΣΥ, Δημόσια Νοσοκομεία, Μάνατζμεντ, Αποδοτικότητα.

ABSTRACT

In recent years, it has become increasingly imperative to rationalize Greece's public finances with the aim of minimizing state spending. Against this background, and in particular because of the economic crisis, the country's hospitals are called upon to reduce their spending as they face the problem of reducing the state subsidy.

The present work aims to analyze the health situation in Greece through the presentation of the health services offered in the country, as well as the presentation of the National Health System (NHS). An effort will also be made to introduce the concepts of management for public hospitals and to refer to concepts such as the efficiency of hospitals and the application of indicators to measure it.

The present work is divided into two parts, theoretical and empirical. The first part presents chapters 1 through 4, which include the concepts of the NHS, its organization and the expenditure incurred in Greece in the field of Health. Also, in the 2 chapters are presented the Greek public hospitals, that is, they are organized, the purpose they are intended to function and the goals set on them. Chapter 3 presents the concept of public hospital management, how they are organized and what their programming is. Chapter 4 shows the profitability and the associated figures.

The second part of this paper presents the methodology of the research conducted in Chapter 5 as well as its limitations. Chapter 6 empirically analyzes, with descriptive statistics, regularity and independence tests, and correlation of indicators. Finally, the conclusions drawn from the thesis and the bibliography are presented.

Keywords: *Public Hospitals, Management, Efficiency.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	11
1.1. Έννοια και Αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας	11
1.2. Η Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	13
1.3. Η Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	17
1.4.Οι Δαπάνες για την Δημόσια Υγεία.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	21
2.1 Ο Σκοπός των Δημοσίων Νοσοκομείων	22
2.2 Περιγραφή των Δημοσίων Νοσοκομείων	23
2.3 Οι στόχοι των Δημοσίων Νοσοκομείων.....	27
2.4 Λειτουργική διασύνδεση τμημάτων δημοσίων νοσοκομείων.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΤΟ MANANTZMENT ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	30
3.1 Η Οργάνωση των Δημοσίων Νοσοκομείων.....	30
3.2 Ο προγραμματισμός στα Δημόσια Νοσοκομεία	32
3.3 Βασικές Αρχές Οργάνωσης Δημοσίων Νοσοκομείων	34
3.4 Το μάναντζμεντ ως θεσμός στα δημόσια νοσοκομεία	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	38
4.1 Ο Ορισμός της Αποδοτικότητας	38

4.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας.....	39
4.3 Η Αποδοτικότητα στα Νοσοκομεία ως Νέος Παράγοντας Αξιολόγησης	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	42
5.1 Περιγραφή Δείγματος	42
5.2 Περιορισμοί Έρευνας	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	48
6.1 Ανάλυση Περιγραφικής Στατιστικής.....	48
6.2 Τέστ Κανονικότητας Δείγματος.....	58
6.3 Τέστ Ανεξαρτησίας Δείγματος.....	60
6.4 Συσχετίσεις Δεικτών	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1 : Δαπάνες για Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα.....	21
Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας.....	48
Πίνακας 2: Περιγραφικά στατιστικά % Κάλυψης.....	49
Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Νοσηλευθέντα.....	49
Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας	50
Πίνακας 5: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	50

Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	51
Πίνακας 7: Τεστ κανονικότητας Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας	58
Πίνακας 8: Τεστ κανονικότητας % Κάλυψης	58
Πίνακας 9: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Νοσηλευθέντα.....	59
Πίνακας 10: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας.....	59
Πίνακας 11: Τεστ κανονικότητας Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	59
Πίνακας 12: Τεστ κανονικότητας Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	60
Πίνακας 13: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.....	61
Πίνακας 14: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * % Κάλυψη	61
Πίνακας 15: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Νοσηλευθέντα	61
Πίνακας 16: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας.....	62
Πίνακας 17: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	62
Πίνακας 18: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	63
Πίνακας 19: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * % Κάλυψη	64
Πίνακας 20: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Νοσηλευθέντα	64
Πίνακας 21: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας	65
Πίνακας 22: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα.....	65
Πίνακας 23: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα.....	66
Πίνακας 24: Περιγραφικά στατιστικά Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας....	67
Πίνακας 25: Περιγραφικά στατιστικά % Κάλυψης.....	67
Πίνακας 26: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Νοσηλευθέντα	68

Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας	68
Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	69
Πίνακας 28: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	69
Πίνακας 29: Τεστ κανονικότητας Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας	76
Πίνακας 30: Τεστ κανονικότητας % Κάλυψης	76
Πίνακας 31: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Νοσηλευθέντα	76
Πίνακας 32: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας	77
Πίνακας 33: Τεστ κανονικότητας Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	77
Πίνακας 34: Τεστ κανονικότητας Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	77
Πίνακας 35: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	78
Πίνακας 36: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * % Κάλυψη	78
Πίνακας 37: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Νοσηλευθέντα	79
Πίνακας 38: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας	79
Πίνακας 39: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	80
Πίνακας 40: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	80
Πίνακας 41: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * % Κάλυψη	81
Πίνακας 42: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Νοσηλευθέντα	81
Πίνακας 43: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας	82
Πίνακας 44: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	82
Πίνακας 45: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	83

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Ιστόγραμμα συχνότητων Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας..	52
Διάγραμμα 2: Ιστόγραμμα συχνότητων % Κάλυψης.....	53
Διάγραμμα 3: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος / Νοσηλευθέντα	54
Διάγραμμα 4: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας ...	55
Διάγραμμα 5: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	56
Διάγραμμα 6: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	57
Διάγραμμα 7: Ιστόγραμμα συχνότητων Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας..	71
Διάγραμμα 8: Ιστόγραμμα συχνότητων % Κάλυψης.....	71
Διάγραμμα 9: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος / Νοσηλευθέντα	72
Διάγραμμα 10: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας ..	73
Διάγραμμα 11: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα	74
Διάγραμμα 12: Ιστόγραμμα συχνότητων Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα	75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τους πλέον νευραλγικούς τομείς σε κάθε ανεπτυγμένη κοινωνία. Είναι μάλιστα αυτός μαζί με την παιδεία, οι οποίοι ξεχωρίζουν την ανάπτυξη και την ευημερία μιας κοινωνίας. Ένας ισχυρός τομέας υγείας σε ένα κράτος συνεπάγεται ότι οι πολίτες που κατοικούν σε αυτό (το κράτος) απολαμβάνουν το υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο και ζουν περισσότερο.

Βέβαια θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι ο τομέας των υπηρεσιών υγείας, αφενός είναι δύσκολο να οργανωθεί, αφετέρου είναι πιο δύσκολο να συντηρηθεί και να αναπτυχθεί. Αυτό σημαίνει ότι όχι μόνο το ίδιο το κράτος με τις επιλογές που κάνει, αλλά και όλοι οι άλλοι (εργαζόμενο σε αυτό, πολίτες, κλπ.) πρέπει να συμβάλλουν με τις δυνάμεις τους για να αναπτυχθεί ο τομέας των υπηρεσιών υγείας.

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μαζί με τις υπόλοιπες του δυτικού κόσμου, ανέπτυξαν σταδιακά τον τομέα της υγείας, ο οποίος επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στην επιστήμη, την κοινωνία και την οικονομία. Δεν είναι τυχαίο ότι σε αυτές τις χώρες, ανάμεσα τους και η Ελλάδα, κατοχύρωσαν συνταγματικά την ισότητα των πολιτών τους στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, δημιουργώντας τα «Εθνικά Συστήματα Υγείας», ώστε να εξασφαλιστούν οι ίσες ευκαιρίες στους πολίτες τους για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Η κάθε χώρα ξεχωριστά διαμόρφωσε σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητές και τις ανάγκες της το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» της, οργάνωσε υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομεία και οργάνωσε με μοντέλα την λειτουργική και οικονομική συμπεριφορά τους. Με την περεταίρω ανάπτυξη των κοινωνιών, δημιουργήθηκε η ανάγκη της εξέλιξης των δομών των υπηρεσιών υγείας. Έτσι εισήχθησαν ορισμοί όπως η λειτουργική συμπεριφορά, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Οι αυξανόμενες προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο τομέας υγείας τα τελευταία χρόνια, αφορούν στο αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, το γεγονός ότι ο πληθυσμός των δυτικών χωρών τείνει να μεγαλώνει ηλικιακά, επομένως αυξάνονται τα χρόνια νοσήματα, τις ελλείψεις στο προσωπικό επαγγελματιών υγείας και στις ανισότητες που παρατηρούνται στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη.

Ένας ακόμη βραχνάς ο οποίος έχει προστεθεί τα τελευταία χρόνια είναι και η οικονομική κρίση που βιώνουν οι σύγχρονες κοινωνίες, κάνοντας ολοένα και πιο

επιτακτική την ανάγκη για περιορισμό των δημοσιονομικών πόρων, άρα και περικοπών στον τομέα της υγείας, επιδεινώνοντας την βιωσιμότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Η παρούσα εργασία, έχει ως σκοπό την παρουσίαση του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» της Ελλάδας και ειδικότερα την αποδοτικότητα των νοσοκομείων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην Δυτική Ελλάδα. Ειδικότερα, το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, το πως είναι δομημένο το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και πως έχει οργανωθεί από τη στιγμή που ιδρύθηκε έως και σήμερα. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει και περιγράφει τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία και ποιος είναι ο σκοπός της ίδρυσης και λειτουργίας τους, τους στόχους που έχουν και τη λειτουργική διασύνδεση τους.

Το τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρεται στο θεσμό του μάνατζμεντ στα δημόσια νοσοκομεία. Ειδικότερα, παρουσιάζει την οργάνωση και τον προγραμματισμό που θέτει η διοικητική επιστήμη στα νοσοκομεία και πως εφαρμόζονται τα μοντέλα του μάνατζμεντ στον τομέα της υγείας. Το τέταρτο κεφάλαιο εισαγάγει τον ορισμό της αποδοτικότητας στα νοσοκομεία. Παρουσιάζει τους αριθμοδείκτες που σχετίζονται με την αποδοτικότητα και δείχνει τον νέο παράγοντα αξιολόγησης.

Το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη μεθοδολογία της έρευνας που διεξήχθη. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η περιγραφή του δείγματος και οι περιορισμοί που υπήρχαν στην ανάλυση. Το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει αναλυτικά τα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης και στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Έννοια και Αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ο ορισμός ενός συστήματος παραπέμπει σε διάφορα στοιχεία τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους και αποτελούν ένα σύνολο. Με άλλα λόγια ένα σύστημα αποτελείται από ανεξάρτητα τμήματα τα οποία συνδέονται μεταξύ τους για να ικανοποιήσουν μια λειτουργία, εν προκειμένω την παροχή φροντίδας υγείας.

Ο Λιαρόπουλος (2007, σ. 200) ορίζει ότι ένα σύστημα είναι οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών τα οποία συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Η σύγχρονη δυναμική, θέλει ένα σύστημα να είναι ένα ενιαίο σύνολο με τη δική του λειτουργία, που έχει καθορισμένη συμπεριφορά η οποία προκύπτει από τα επιμέρους στοιχεία του συνόλου τα οποία έχουν δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Κάθε σύστημα μπορεί να διαφέρει από κάποιο άλλο, ωστόσο υπάρχουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι κοινά και αυτά μπορούν να συνοψισθούν στα εξής (Χλέτσος, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις):

- Η αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση του συστήματος με το περιβάλλον που λειτουργεί,
- Υπάρχει οριοθέτηση του συστήματος σε σχέση με το περιβάλλον,
- Υπάρχει ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του συστήματος και του περιβάλλοντος που λειτουργεί,
- Το πόσο πολύπλοκο είναι ένα σύστημα εξαρτάται από τα επιμέρους στοιχεία που το απαρτίζουν,
- Υπάρχει ιεραρχική δομή εντός του συστήματος,
- Κάθε σύστημα έχει συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης και στόχους που πρέπει να ικανοποιήσει.

Από όλα τα παραπάνω μπορεί να οριστεί ως Σύστημα Υγείας το σύνολο των υποσυστημάτων εκείνων τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, ώστε να επιτευχθεί ο αντικειμενικός στόχος του συστήματος ο οποίος είναι η προαγωγή

και η διατήρηση της υγείας των πολιτών (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007 σ. 67).

Με άλλα λόγια ένα Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα τρόπο οργάνωσης και διοίκησης τόσο του ανθρώπινου δυναμικού όσο και των υλικών πόρων που απασχολούνται στην Υγεία, μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών για την προαγωγή του αγαθού της Υγείας, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας που δραστηριοποιείται το σύστημα (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα υποσυστήματα που αποτελούν το κύριο Σύστημα Υγείας έχουν προσδιοριστεί από τις (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007) είναι τρία και αναφέρονται στα εξής:

- Στους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της Υγείας των πολιτών,
- Στην παραγωγή των υπηρεσιών και αγαθών της Υγείας,
- Στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών για την Υγεία.

Ουσιαστικά το πρώτο υποσύστημα μπορεί να αναφερθεί στη χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας, το δεύτερο υποσύστημα στη διοικητική υποστήριξη του και το τρίτο στις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας.

Ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας εισήχθη στην Ελλάδα κατόπιν μετάφρασης του αγγλικού όρου National Health System, ο οποίος περιέγραφε το σύστημα φροντίδας που υπήρχε και εξακολουθεί να υπάρχει στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1948 και έπειτα.

Στην Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1993 με τον νόμο 1397/Φ.43^Α/7-10-1993. Με τον νόμο αυτό, εκτός του καθορισμού του όρου Εθνικού Συστήματος Υγείας, περιγράφηκαν και οι αρχικοί στόχοι τους οποίους καλούνταν να καλύψει για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα δομημένο και ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας. Οι βασικοί στόχοι, οι οποίοι καθορίζονταν από το ήδη υπάρχον Βρετανικό Σύστημα Υγείας, είναι η προαγωγή την υγείας των πολιτών, η διατήρηση της υγείας τους και η επαναφορά της υγείας όπου χρειάζεται. Το Σύστημα Υγείας για να θεωρηθεί ολοκληρωμένο και επιτυχές θα πρέπει να βελτιώνει την υγεία των ανθρώπων και να προάγει την θεραπεία τους, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος γι' αυτούς, μιας και είναι δημόσιο αγαθό. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι κάθε Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών για φροντίδα υγείας, αλλά ταυτόχρονα και όλες

εκείνες τις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής της δημόσιας υγείας. Δεν θα πρέπει να αμεληθεί το γεγονός ότι στα παραπάνω συγκαταλέγεται και η υγιεινή της εργασίας.

1.2. Η Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Η δομή με την οποία υπάρχει κάθε σύστημα, ουσιαστικά προβάλλει την φιλοσοφία που θέτει μια κοινωνία σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού της. Όσον αφορά τα Συστήματα Υγείας, η δομή τους προσδιορίζεται με βάση το πώς καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας απέναντι στις ασθένειες, τα ατυχήματα και την ανικανότητα κάποιων κοινωνικών ομάδων.

Έτσι λοιπόν κυριαρχούν δύο βασικά μοντέλα Συστημάτων Υγείας, του Bismark και του Beveridge τα οποία αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία. Στην πρώτη περίπτωση, η κάλυψη των αναγκών γίνεται από το κράτος με κύριο άξονα την κάλυψη των εργαζομένων, ενώ στη δεύτερη οι κοινωνικές ανάγκες πραγματοποιούνται από το κράτος και αφορούν όλους τους πολίτες, στη βάση της λογικής των δικαιωμάτων και της ισονομίας.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται και ένα Σύστημα Υγείας το οποίο καλείται φιλελεύθερο και αναφέρεται στο ρόλο του κράτους ο οποίος είναι σχετικά ελάχιστος μιας και οι κοινωνικές ανάγκες στηρίζονται στον έλεγχο και την παροχή υπηρεσιών υγείας στα άτομα τα οποία μπορούν να αγοράσουν τις υπηρεσίες αυτές μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το κράτος για να καλύψει το κενό που υπάρχει στις υπηρεσίες υγείας για τους αδύνατους, προσφέρει κάποιες από αυτές τις υπηρεσίες μόνο σε αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Όπως είναι φυσικό σε ένα ελεύθερο περιβάλλον αγοράς, οι τιμές για τις υπηρεσίες υγείας διαμορφώνονται ανάλογα από την προσφορά και τη ζήτηση. Αυτό είναι απόρροια από την πλήρη ελευθερία του καταναλωτή να έχει πρόσβαση και να επιλέξει το καλύτερο δυνατό που επιθυμεί για να καλύψει τις ανάγκες του. Το κράτος, πληρώνει μόνο για αγορά υπηρεσιών υγείας στους κοινωνικά αδύναμους οι οποίοι δεν μπορούν να καταβάλλουν το αντίτιμο αυτό.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι κατά τις Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα (2007, σ. 85):

- Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών με βάση τις τιμές της αγοράς,
- Το σύστημα βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, έχοντας αρνητικές συνέπειες μιας και αφήνει μεγάλο ποσοστό ατόμων ανασφάλιστο,
- Το κράτος είναι αυτό το οποίο διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της συγκεκριμένης αγοράς, ωστόσο δεν ασχολείται με τις συναλλαγές των παροχών υπηρεσιών υγείας με τους χρήστες αυτών,
- Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τους ασφαλιστικούς φορείς των εργαζομένων προς την ιδιωτική ασφάλιση,
- Υπάρχουν μεγάλες ανισότητες σε υγειονομικό επίπεδο,
- Ευνοείται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης για Υπηρεσίες Υγείας.

Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο του Bismark το οποίο θεσπίστηκε στη Γερμανία το 1880 ως το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αναφέρεται στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών για υπηρεσίες υγείας με βάση τη λογική της ασφάλισης. Αρχικά, είχε τη μορφή της ασφάλισης ορισμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ με την πάροδο των ετών έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου Συστήματος Υγείας. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού βάσει των Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα (2007, σ.87-88) είναι:

- Η κοινωνική δικαιοσύνη,
- Η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού,
- Η υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού,
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με κριτήριο για την καταβολή αυτών το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών,
- Συμμετέχουν όλοι οι παραγωγικοί συντελεστές είτε ανήκουν στο Δημόσιο, είτε στον Ιδιωτικό Τομέα,
- Υπάρχει έντονη η κρατική παρέμβαση για να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Το σύστημα τύπου Beveridge, έχει προέλθει από την Μεγάλη Βρετανία και αναπτύχθηκε με βάση τη φιλοσοφία ότι ένα Σύστημα Υγείας θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο, δηλαδή για όλες τις υπηρεσίες σε όλα τα άτομα του πληθυσμού που απευθύνεται. Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα αυτό προσπαθεί να εισαγάγει τη λογική του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας για όλους τους πολίτες. Όπως είναι αντιληπτό, το σύστημα αυτό βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη για υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών ανεξάρτητα από το οικονομικό ή κοινωνικό υπόβαθρο που αυτοί έχουν.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού, βάσει των Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα (2007, σ.85) είναι:

- Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας προέρχεται από τη φορολογία,
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική,
- Υπάρχει διαχωρισμός σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας αποτελεί ένα μικτό μοντέλο Συστήματος Υγείας, όπου το μοντέλο Beveridge συνυπάρχει με αυτό της κοινωνικής ασφάλισης του μοντέλου Bismark, με ταυτόχρονη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα. Το πρώτο μοντέλο (Beveridge) εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας, μέσω της σύνδεσης της οικογένειας με το εργατικό δυναμικό, ώστε να υπάρξει μια γενική προστασία για τους πολίτες. Σκοπός του συστήματος αυτού είναι να μην υπάρχει κανείς ανασφάλιστος, με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας να γίνεται από το κράτος και η οργάνωση των υπηρεσιών αυτών να είναι υπό κρατικό έλεγχο. Το δεύτερο μοντέλο (Bismark) εισάγει στις υπηρεσίες της υγείας την ιδιωτική χρηματοδότηση μέσω των εργοδοτικών και εργατικών συνεισφορών. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται πλέον σε ένα ποσοστό από τους εργοδότες και σε ένα άλλο από τους εργαζομένους.

Η συνύπαρξη των δύο μοντέλων, αφορά την χρηματοδότηση αλλά και τις υποδομές των νοσοκομείων. Ο Τούντας (2010) αναφέρει ότι οι μισές δαπάνες (52,8%) αφορούν το δημόσιο τομέα και οι υπόλοιπες τον ιδιωτικό. Αντίθετα οι δαπάνες

κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν περίπου το 30% των δημοσίων δαπανών υγείας, ενώ το υπόλοιπο 70% προέρχεται από τη φορολογία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

- Είναι μικτό Σύστημα Υγείας,
- Η χρηματοδότησή του γίνεται τόσο από τη φορολογία των πολιτών όσο και από την κοινωνική ασφάλιση,
- Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος φορέας χάραξης των πολιτικών υγείας σε όλη την επικράτεια,
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το ΕΣΥ και διοικητικά υπάγονται σε Περιφέρειες,
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ασφαλιστικούς φορείς, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και ιδιώτες ιατρούς,
- Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας,
- Οι νοσοκομειακοί ιατροί αμείβονται με μισθό από το κράτος, ενώ οι ιδιώτες κατά υπηρεσία που παρέχουν.

Τα βασικά πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά τις Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα (2007) είναι:

- Η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας,
- Η πλήρης κάλυψη του πληθυσμού,
- Η έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας,
- Το μικρό κόστος που δαπανούν οι πολίτες για υπηρεσίες υγείας,
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Τα βασικά μειονεκτήματα που έχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τις Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα (2007) είναι:

- Οι μεγάλες δαπάνες που πραγματοποιεί το κράτος για την υγεία,
- Η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

- Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία για την επιλογή του ιατρού,
- Προβλήματα γεωγραφικής και οικονομικής ανισότητας, κυρίως λόγω της μορφολογίας της χώρας (πολλά νησιά και απομακρυσμένα χωριά σε βουνά), με αποτέλεσμα τη έλλειψη συντονισμού λόγω της πολυδιάσπασης των φορέων,
- Πληθώρα εξειδικευμένων ιατρών και έλλειψη γενικών ιατρών,
- Λίστες αναμονής ασθενών,
- Εμφάνιση φαινομένου παραοικονομίας.

1.3. Η Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα χωρίζονται σε κατηγορίες με βάση το καθεστώς που τα διέπει. Στην Ελλάδα λειτουργούν νοσοκομεία, τα οποία είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), τα Νοσοκομεία Ένοπλων Δυνάμεων και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία τα οποία είναι Ανώνυμες Εταιρίες (Τούντας κ.ά., 2007). Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι Ν.Π.Δ.Δ. δηλαδή είναι οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία διακρίνονται σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (Tountas et al., 1995).

Τα νοσοκομεία όπως το Ωνάσειο και το Ερρίκος Ντυνάν, είναι Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία δεν είναι ούτε δημόσια, αλλά ούτε ιδιωτικά και λειτουργούν υπό την εποπτεία του κράτους. Μια ξεχωριστή κατηγορία νοσοκομείων, είναι αυτά των ένοπλων δυνάμεων (Στρατιωτικά, Ναυτικά και της Αεροπορίας Νοσοκομεία), τα οποία εξυπηρετούν τις ανάγκες των στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων και των στρατεύσιμων. Επίσης, στην Ελλάδα λειτουργούν και Ιδιωτικά Νοσοκομεία ως Α.Ε., στα οποία μέτοχοι κυρίως είναι ιατροί. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια εισχώρηση στον ιδιωτικό τομέα παροχής φροντίδας υγείας από επιχειρηματίες (Tountas et al., 2005).

Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 158 Νοσοκομεία, τα οποία περιλαμβάνουν τα Γενικά και τα Πανεπιστημιακά, των Ενόπλων Δυνάμεων και του ΙΚΑ.

Αναλυτικότερα, διακρίνονται βάσει της νομικής τους μορφής σε:

- 155 Ν.Π.Δ.Δ., περιλαμβανομένων και 11 υπό ειδικό καθεστώς,
- 3 ΝΠΙΔ (Ερρίκος Ντυνάν, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και ΠΓΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης).

Επίσης μπορούν να διακριθούν βάσει του σκοπού λειτουργίας τους σε:

- 142 Γενικά Νοσοκομεία (από αυτά 125 Νοσοκομεία και 17 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας),
- 16 Ειδικά Νοσοκομεία (από αυτά 10 Ψυχιατρικά, 5 Αφροδίσια, Δερματικά, Λοιμωδών, Ειδικών Παθήσεων και Νοσημάτων Θώρακος και 1 Οφθαλμιατρείο).

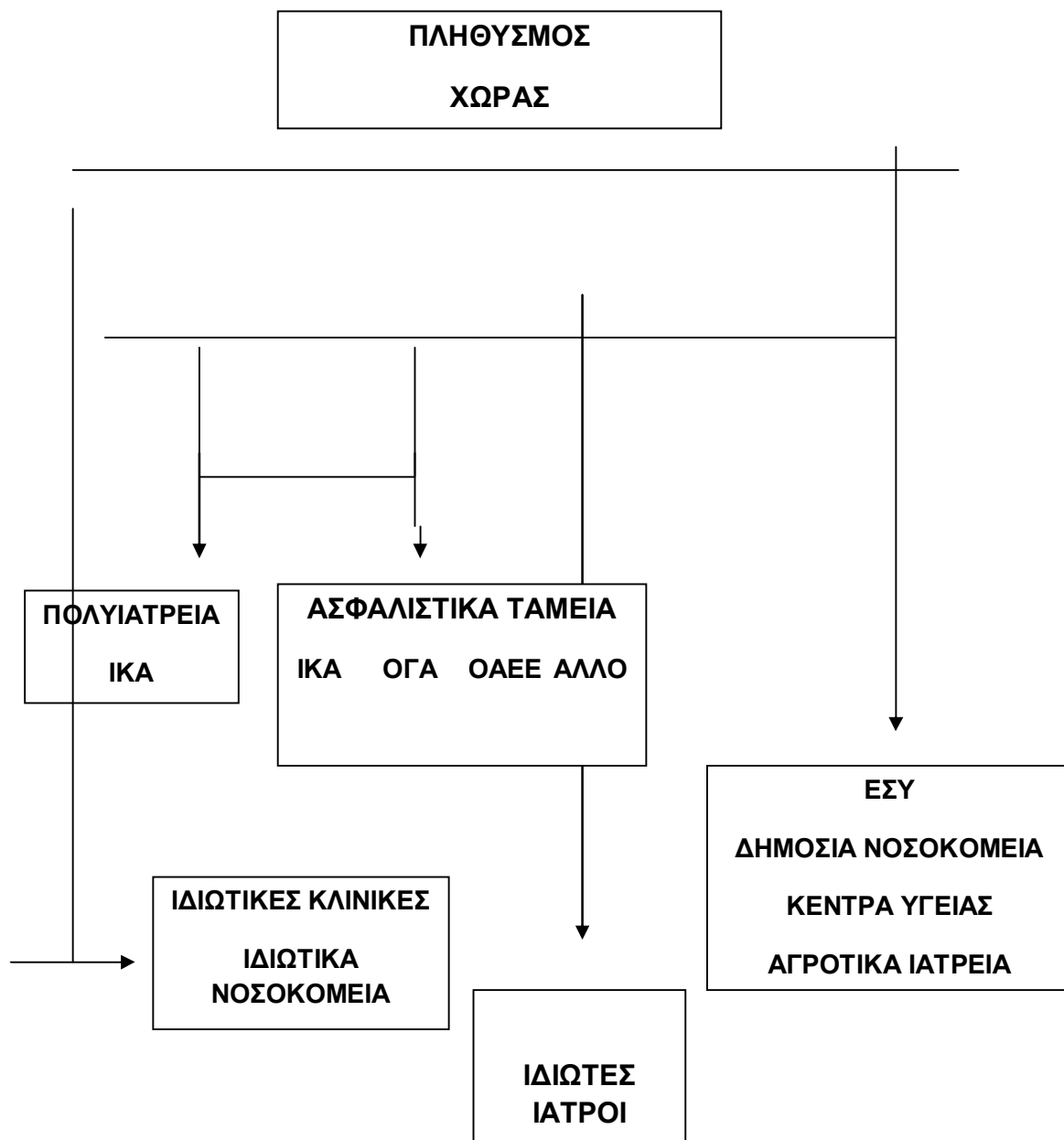
Τα Γενικά Νοσοκομεία αναλύονται με βάση τη δυναμικότητά τους σε τέσσερις κατηγορίες (Υπ. Υγείας, 2011):

- 10 πολύ μικρά νοσοκομεία με λιγότερες από 50 κλίνες,
- 32 μικρά νοσοκομεία δυναμικότητας 50 – 150 κλινών,
- 40 μεσαία νοσοκομεία δυναμικότητας 150 – 300 κλινών,
- 43 μεγάλα νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 300 κλινών.

Παρακάτω παρουσιάζεται σε σχήμα το πώς είναι οργανωμένο και λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.

Το Σχήμα 1.1 παρουσιάζει την οργάνωση του Ελληνικού Ε.Σ.Υ. Με βάση αυτό, ο πληθυσμός της επικράτειας έχει τη δυνατότητα είτε να κινηθεί απευθείας σε ένα νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. (Δημόσια Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Αγροτικά Ιατρεία), είτε να αποταθεί σε Ιδιώτη Ιατρό, είτε μέσω του Ασφαλιστικού του Ταμείου να επιλέξει τον φορέα περίθαλψης του. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασφαλιζόμενοι του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), έναντι των άλλων ασφαλιζόμενων μπορούν να εξυπηρετηθούν από τα πολυιατρεία του Ι.Κ.Α.

Σχήμα 1.1: Η Οργάνωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)



1.4. Οι Δαπάνες για την Δημόσια Υγεία

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι είτε δημόσιες, είτε ιδιωτικές. Οι πρώτες προέρχονται από την φορολογία και τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και η υποχρεωτική ασφάλιση

των εργαζομένων. Από την άλλη πλευρά οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι ουσιαστικά οι δωρεές, η ιδιωτική ασφάλιση και γενικότερα ό,τι δαπάνη πραγματοποιεί ένα άτομο για να συμμετέχει στο κόστος μιας υπηρεσίας υγείας.

Από τις δημόσιες δαπάνες η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, ο οποίος επιχορηγεί τις μονάδες υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, κλπ.), ενώ δεύτερη κύρια πηγή είναι οι εισφορές σε ασφαλιστικά ταμεία των εργαζομένων και των εργοδοτών. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι τα χρόνια πριν από την οικονομική κρίση, οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν αυξημένες. Με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και όσο αυτή βάθαινε και γινόταν πιο έντονη, οι κυβερνήσεις τις χώρας προέβαιναν σε περικοπές στις δαπάνες για την δημόσια υγεία, μιας και η κύρια πηγή χρηματοδότησης, ο προϋπολογισμός, συρρικνωνόταν καθώς επίσης και η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή, οι εισφορές σε ασφαλιστικά ταμεία μειώνονταν εξαιτίας της ανεργίας και της φτώχειας που επικρατούσε και εξακολουθεί να υπάρχει στη χώρα.

Για να γίνει αντιληπτό το γεγονός αυτό, θα παρατεθεί αμέσως παρακάτω η έκθεση της Ελληνικής Στατιστική Υπηρεσίας όπου αναφέρονται αναλυτικά οι αναθεωρημένες δαπάνες για την χρηματοδότηση της Υγείας στην Ελλάδα τα έτη 2009 – 2013 (Ελ.Στατ., 17/7/2015).

Τα στοιχεία που αναφέρονται στο δελτίο τύπου της ΕΛΣΤΑΤ, αφορούν στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας έτους 2013 με βάση το νέο εγχειρίδιο του ΣΛΥ 2011. Η κατάρτιση του ΣΛΥ επιτρέπει την παροχή αξιόπιστων στοιχείων προς τους Διεθνείς Οργανισμούς και ιδιαιτέρως προς την Eurostat. Ο τομέας της Υγείας, βάσει των στατιστικών της Eurostat, απορροφά περίπου το 10% του ΑΕΠ στην Ευρωζώνη.

Έτσι λοιπόν, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν στην Ελλάδα για τα έτη 2009 έως και 2013 σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών.

Πίνακας 1.1 : Δαπάνες για Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

Έτος	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας % ΑΕΠ	9,76%	9,84%	9,43%	8,81%	8,65%

Από τον παραπάνω Πίνακα 1.1 φαίνεται ξεκάθαρα το γεγονός ότι οι δαπάνες για την δημόσια υγεία στην Ελλάδα τα έτη μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης μειώνονται κάθε έτος. Για την ακρίβεια μέσα σε μια πενταετία, οι δαπάνες για την δημόσια υγεία μειώθηκαν πάνω από 1,1% του ΑΕΠ της χώρας.

Οι περικοπές αυτές, όπως είναι φυσικό, έχουν άμεση επιρροή στον τομέα της Υγείας, μιας και δεν υπάρχει αρκετή χρηματοδότηση για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι προσπαθούν με όσα μέσα έχουν να κάνουν το καλλίτερο δυνατό για την προαγωγή της φροντίδας υγείας. Αυτό σημαίνει ότι αυξάνονται οι αναμονές στα Νοσοκομεία, δεν υπάρχουν αρκετοί πόροι για αναλώσιμα και επομένως αυξάνονται τα κρούσματα ασθενειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

2.1 Ο Σκοπός των Δημοσίων Νοσοκομείων

Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, δραστηριοποιούνται σε όλη την επικράτεια της χώρας, προσφέροντας από πρωτοβάθμια έως και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναλόγως το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται, είναι λιγότερο ή περισσότερο στελεχωμένα, έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του πληθυσμού για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Ο κύριος σκοπός των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων είναι, αρχικά η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη με ίδιους όρους και προϋποθέσεις για κάθε έναν πολίτη της χώρας, ανεξάρτητος από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική ή άλλου είδους τάξη στην οποία ανήκει. Οι δύο μορφές περίθαλψης που προσφέρονται είναι πάντα εντός του πλαισίου δυνατοτήτων του κάθε νοσοκομείου, ωστόσο δίνεται έμφαση στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα αυτού, συνδυασμένα με την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ένας ακόμη σκοπός των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων είναι η εφαρμογή των νέων μεθόδων και πρακτικών της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Η περίθαλψη όσων την έχουν ανάγκη να πραγματοποιείται με βάση τις σύγχρονες εξελίξεις και πρακτικές της επιστήμης, προάγοντας την και συμβάλλοντας στην εξέλιξη της. Σε αυτό συμβάλλει και η ενίσχυση της έρευνας μέσω των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων τα οποία είναι θεσμοθετημένα στην Ελλάδα.

Τέλος, τα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία έχουν σκοπό την προαγωγή κάθε άλλης εργασίας πέραν των ήδη αναφερομένων με τους στόχους μιας σύγχρονης και πλήρως οργανωμένης νοσηλευτικής μονάδας.

Όλα τα παραπάνω περιγράφονται με λεπτομέρεια στην Υπουργική Απόφαση 8342/1998 η οποία δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 711/14-07-1998, Τεύχος Β.

Το ίδιο ΦΕΚ καθορίζει και διακρίνει τις πέντε κύριες λειτουργίες ενός δημοσίου νοσοκομείου της Ελλάδας. Αυτές είναι:

- Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα υγείας,

- Ο κοινωνικός χαρακτήρας του νοσοκομείου ο οποίος φαίνεται στη φροντίδα όσων ασθενούν και αναζητούν την αποκατάσταση της υγείας τους, όπως επίσης και η φροντίδα νεογνών και γερόντων, κλπ.,
- Την πρόληψη, μέσω της εργαστηριακής στήριξης των νοσοκομείων για τον έλεγχο λοιμώξεων και επιδημιών,
- Την εκπαίδευση, μέσω των Πανεπιστημιακών Σχολών, για την παραγωγή στελεχών υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές και επικουρικό προσωπικό), είτε και μέσω συνεχούς εκπαίδευσης,
- Την τεχνική υποστήριξη σε έξω-νοσοκομειακούς λειτουργούς (ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικές κλινικές).

2.2 Περιγραφή των Δημοσίων Νοσοκομείων

Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία όπως αναφέρθηκε επιχορηγούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μιας και με τον ιδρυτικό τους νόμο του 1983 αποτελούν ΝΠΔΔ. Επιπρόσθετα, η επιχορήγησή τους μπορεί να γίνει με έμμεσο τρόπο και πάλι από το δημόσιο, μέσω των υποχρεωτικών ασφαλιστικών εισφορών. Από αυτά μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας είναι αποκεντρωμένες μορφές δημόσιας υπηρεσίας (Λιαργκόβας, 2004).

Ωστόσο, τα κρατικά νοσοκομεία δεν μπορούν να θεωρηθούν αμιγώς κρατικές επιχειρήσεις, μιας και έχουν την νομική μορφή ενός ΝΠΔΔ. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι τα νοσοκομεία απαντούν δύο από τα τρία κριτήρια για να θεωρηθούν δημόσια επιχείρηση. Δηλαδή, ενώ τα νοσοκομεία επιβάλλουν κάποια τιμή για τις υπηρεσίες που προσφέρουν (το νοσήλιο) και οι στόχοι τους περιορίζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και στην έρευνα και την εκπαίδευση, δεν έχουν όμως την μορφή της Ανώνυμης Εταιρίας για να θεωρηθούν ως κρατική επιχείρηση (Λιαργκόβας, 2004).

Όσον αφορά την οργανωτική δομή τους, τα νοσοκομεία δεν έχουν ούτε εξολοκλήρου, αλλά ούτε και είναι μερικά αυτονομημένες δημόσιες επιχειρήσεις. Σε περίπτωση που θεωρηθούν επιχείρηση, θα πρέπει να καταταγούν στις εξολοκλήρου

εξαρτημένες από το κράτος, μιας και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και μειονεκτήματα εκεί τις κατατάσσουν. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη σύγχρονη εποχή η τάση είναι παγκοσμίως τα νοσοκομεία να θεωρούνται επιχειρήσεις και να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της οργάνωσης και διοίκησης.

Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (νοσοκομεία ΕΣΥ, ΙΚΑ, Κέντρα Υγείας, κλπ.) τα οποία επιχορηγούνται από το κράτος, οργανώνονται και λειτουργούν βάσει του Οργανισμού τους. Ο Οργανισμός κάθε νοσοκομείου καθορίζει τη νομική μορφή που έχει, την επωνυμία, τις υπηρεσίες που προσφέρει και τη διάρθρωση του σε τομείς και τμήματα. Επιπρόσθετα, ο Οργανισμός είναι υπεύθυνος για τις ειδικές αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου, τον συνολικό αριθμό κλινών και το πως είναι κατανεμημένες στα τμήματα, καθώς επίσης και για τις θέσεις ανά κατηγορία και κλάδο των εργαζομένων που απασχολούνται στο νοσοκομείο (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Κάθε νοσοκομείο στην Περιφέρεια το οποίο είναι Γενικό, απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες οι οποίες είναι η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική. Σε περίπτωση που υπάρχουν νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία τότε οι υπηρεσίες είναι τρεις, εκλείπει δηλαδή η τεχνική η οποία ενσωματώνεται στην διοικητική (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Όλες οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους. Η συνεργασία τους θα πρέπει να διεξάγεται ομαλά και αρμονικά, ώστε να καταφέρουν να πετύχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, αυτό της σωστής διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε μια υπηρεσία έχει τη δική της ιεράρχηση και δομή, αποτελώντας σε διοικητικό επίπεδο μια Διεύθυνση. Όλες οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου υπάγονται διοικητικά στον γενικό διευθυντή του νοσοκομείου ή τον διοικητή του. Εάν δε προβλέπεται τέτοια θέση ή δεν έχει καταλάβει κάποιος τη θέση αυτή, τότε οι υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Αναλυτικότερα, η ιατρική υπηρεσία αποτελώντας μια ξεχωριστή διεύθυνση, διαρθρώνεται σε τομείς, όπου καθένας απαρτίζεται από τμήματα τα οποία συγκροτούν είτε οι κλινικές, είτε οι μονάδες, είτε τα εργαστήρια, συγγενών ειδικοτήτων. Έτσι μπορούν να συνοψισθούν οι τομείς ως εξής (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Χειρουργικός Τομέας,
- Παθολογικός Τομέας,
- Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,
- Εργαστηριακός Τομέας,
- Ψυχιατρικός Τομέας,
- Διατομεακά Τμήματα.

Κάθε Τομέας έχει ορισμένο αριθμό από κλίνες που εξυπηρετούν τα Τμήματα του. Το Διοικητικό Συμβούλιο με απόφασή του και αναλόγως των αναγκών του καθορίζει τη δύναμή του κάθε Τομέα, ύστερα από πρόταση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Βέβαια υπάρχει περιορισμός όσον αφορά την δύναμη των κλινών του κάθε Τομέα και δεν μπορεί να υπερβαίνει τις τριακόσιες (300) σε σχέση με τη συνολική δύναμη των κλινών του νοσοκομείου. Επίσης, ο Παθολογικός Τομέας και ο Χειρουργικός Τομέας μπορούν να κατέχουν μέχρι το 60% της συνολικής δύναμης κλινών του νοσοκομείου έκαστος, ενώ ο ψυχιατρικός τομέας μέχρι 10% της συνολικής δύναμης των κλινών του νοσοκομείου (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Η νοσηλευτική υπηρεσία διορθώνεται με τη σειρά της σε νοσηλευτικούς τομείς οι οποίοι και απαρτίζουν τα νοσηλευτικά τμήματα ή τις αυτοτελείς Μονάδες. Τέτοια μπορεί να είναι η ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) ή η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

Κάθε ένα νοσηλευτικό τμήμα έχει ευθύνη να καλύπτει από είκοσι (20) έως και σαράντα πέντε (45) κλίνες. Σε αυτά συγκαταλέγονται και οι αυτοτελείς Μονάδες όπως υπάγονται ιεραρχικά σε νοσηλευτικό τμήμα. Ο κάθε νοσηλευτικός τομέας συγκροτείται από τέσσερα το λιγότερο νοσηλευτικά τμήματα, ενώ δεν μπορεί να έχει περισσότερα από οκτώ. Σε περιπτώσεις με λιγότερα των τεσσάρων τμήματα δεν συγκροτείται νοσηλευτικός τομέας.

Κάθε ένα νοσοκομείο έχει μια Νοσηλευτική Επιτροπή, η οποία είναι και το συμβουλευτικό – γνωμοδοτικό όργανο για κάθε θέμα το οποίο αφορά την οργάνωση και την λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η Επιτροπή συνεδριάζει και προτείνει στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου θέματα που άπτονται της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Η τρίτη υπηρεσία είναι η διοικητική, η οποία διορθώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις. Οι Υποδιευθύνσεις αυτές είναι η Διοικητικού και η Οικονομικού. Κάθε

μία από τις Υποδιευθύνσεις αυτές απαρτίζεται από τμήματα και γραφεία, αναλόγως με την έκταση των δραστηριοτήτων και τη δύναμη του νοσοκομείου. Για νοσοκομεία έως εκατό (100) κλίνες η διοικητική υπηρεσία διορθώνεται μόνο σε Τμήματα και σε Γραφεία. Τα κυριότερα τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας είναι (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Τμήμα Προσωπικού,
- Τμήμα Γραμματείας,
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών,
- Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων,
- Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων.

Ενώ τα αυτοτελή γραφεία είναι (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Γραφείο Νομικών Υποθέσεων,
- Γραφείο Εκπαίδευσης,
- Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ναού,
- Γραφείο Επιστασίας και Εφοδιασμού,
- Γραφείο Ιματισμού,
- Γραφείο Διατροφής,
- Γραφείο Ασφάλειας.

Η οικονομική υπηρεσία ως υποδιεύθυνση και έχει την εξής διάρθρωση κατά τους Δίκαιος κ.ά., (1999):

- Λογιστήριο – Μισθοδοσία,
- Διαχείριση Χρηματικών Διαθεσίμων,
- Κοστολόγηση,
- Προϋπολογισμού.

Η τέταρτη και τελευταία υπηρεσία είναι η τεχνική, η οποία ως αυτόνομη έχει δύο τμήματα, το τμήμα τεχνικού και το τμήμα βιοιατρικής. Κάθε τμήμα απαρτίζεται από γραφεία και συνεργεία με ιδιαίτερες εξειδικεύσεις ανάλογα με τις ανάγκες που

εξυπηρετούν. Σε ορισμένα νοσοκομεία η τεχνική υπηρεσία αποτελεί Υποδιεύθυνση, ενώ σε άλλα αποτελεί τμήμα της διοικητικής υπηρεσίας.

Η τεχνική υπηρεσία διορθώνεται από τα κάτωθι τμήματα (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Επισκευών και Διατήρησης Κτηρίων και Περιβάλλοντος Χώρου,
- Μηχανολογικού και Ηλεκτρολογικού Εξοπλισμού,
- Βιοιατρικής Τεχνολογίας.

2.3 Οι στόχοι των Δημοσίων Νοσοκομείων

Ο πλέον βασικός στόχος των δημοσίων νοσοκομείων είναι η παροχή φροντίδας υγείας στους πολίτες της χώρας. Βέβαια, τα δημόσια νοσοκομεία ανάλογα με την μορφή τους, Γενικά ή Πανεπιστημιακά, προσφέρουν και τις ανάλογες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έτσι λοιπόν, τα Γενικά Νοσοκομεία παρέχουν δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ τα Πανεπιστημιακά τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι λόγω προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας και εξαιτίας ορισμένων δυσλειτουργιών του, τα νοσοκομεία προσφέρουν και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Λιαργκόβας, 2004).

Ένας ακόμη στόχος των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας, τα οποία μάλιστα διαφέρουν από τα ιδιωτικά, είναι αυτός της εκπαίδευσης τόσο του μελλοντικού προσωπικού, όσο και του υφιστάμενου. Έτσι λοιπόν, τα δημόσια Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία εκπαιδεύουν τους μελλοντικούς ιατρούς της χώρας μέσω των κλινικών και των εργαστηρίων τους, μετατρέποντας την θεωρητική γνώση που λαμβάνουν ως φοιτητές σε πρακτική εξάσκηση. Τα Γενικά Νοσοκομεία από την άλλη πλευρά, προσφέρουν την δυνατότητα εξειδίκευσης των νέων ιατρών σε ειδικότητες που επιθυμούν, αλλά και των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων παραϊατρικών επαγγελματιών σχετικά με την πρακτική τους εκπαίδευση για τη λήψη του πτυχίου τους. Δεν θα πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι αρκετά νοσοκομεία πραγματοποιούν συνεχόμενη εκπαίδευση του προσωπικού τους είτε με σεμινάρια που εκπονούν, είτε με εξειδικεύσεις μέσω προγραμμάτων ανταλλαγής προσωπικού (Λιαργκόβας, 2004).

Ακόμη, τα δημόσια νοσοκομεία και περισσότερο δε τα Πανεπιστημιακά προάγουν την έρευνα στους τομείς της Ιατρικής και των υπολοίπων Επιστημών Υγείας (Λιαργκόβας, 2004). Σε αυτό συμβάλουν κυρίως τα εργαστήρια των νοσοκομείων αυτών υπό την καθοδήγηση Πανεπιστημιακών Δασκάλων (Λιαργκόβας, 2004).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν νομοθετημένους σκοπούς των δημοσίων νοσοκομείων. Η ειδοποιός διαφορά των νοσοκομείων έναντι άλλων δημοσίων επιχειρήσεων έγκειται στο γεγονός ότι οι στόχοι που έχουν τα νοσοκομεία είναι λιγότερο οικονομικής φύσεως. Τα δημόσια νοσοκομεία δεν απαλλάσσονται από την προσπάθεια για βελτίωση των πόρων τους, απλά δεν αποτελεί πρωταρχικό τους μέλημα. Βέβαια, το έλλειμμα διοίκησης αποτελεί κύριο πλήγμα για τις λειτουργίες ενός νοσοκομείου, μιας και επιτρέπει τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών και την αύξηση της παραοικονομίας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει λόγος για ορισμένα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία εξυπηρετούν εξειδικευμένους στόχους. Έτσι, υπάρχουν νοσοκομεία τα οποία ιδρύθηκαν με σκοπό να εξειδικευτούν σε μια ορισμένου είδους παροχή φροντίδας υγείας, όπως για παράδειγμα τα δερματικών παθήσεων ή τα αντικαρκινικά (Λιαργκόβας, 2004).

Δεν θα πρέπει να αμεληθεί το γεγονός ότι τα νοσοκομεία παρέχουν και δευτερεύουσες, αλλά εξίσου σημαντικές με το έργο τους υπηρεσίες. Η κυριότερη εξ αυτών είναι η ξενοδοχειακή υπηρεσία, δηλαδή η παροχή διαμονής, διατροφής, ιματισμού και καθαριότητας σε όσους από τους ασθενείς το έχουν άμεση ανάγκη. Το γεγονός αυτό καθιστά τη λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων πιο δυσλειτουργική και πολύπλοκη, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να συνδυάσει ετερόκλητες υπηρεσίες και να αντιμετωπίσει διαφορετικά ζητήματα προς επίλυση (Λιαργκόβας, 2004).

2.4 Λειτουργική διασύνδεση τμημάτων δημοσίων νοσοκομείων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα δημόσια νοσοκομεία διαφέρουν σημαντικά στην λειτουργία τους σε σχέση με κάθε άλλη επιχείρηση ή Οργανισμό. Τα νοσοκομεία σε καθημερινή βάση αναπτύσσουν τις υπηρεσίες τους με γνώμονα την ορθή διάγνωση των ασθενειών και των λοιπών προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, με σκοπό την ίαση με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή μέσω της περίθαλψης τους. Οι ασθενείς

θα πρέπει να καταφέρουν να αποθεραπευτούν, ώστε να μην επιστρέψουν και πάλι στο νοσοκομείο δημιουργώντας επιπρόσθετο κόστος σε αυτό. Για το λόγο αυτό όλες οι υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων αλληλοεξαρτώνται και παράλληλα αλληλοσυμπληρώνονται έτσι ώστε να μπορέσουν να επιτύχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Για να γίνει ευκολότερα αντιληπτό το παραπάνω αρκεί κανείς να αναλογισθεί την λειτουργία μιας κλινικής σε ένα νοσοκομείο. Σε μια κλινική, η ιατρική υπηρεσία μέσω του έργου που παράγουν οι ιατροί, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και συμπληρώνεται από την νοσηλευτική υπηρεσία και το έργο το οποίο παράγουν οι νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για τη νοσηλεία των ασθενών κατά την περίθαλψη τους, τις πληροφορίες τις οποίες πρέπει να δώσουν στους ιατρούς για να μπορέσουν να εκτιμήσουν σωστά το πρόβλημα του ασθενή και την εγκυρότητα των στοιχείων που παρέχουν. Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι και η νοσηλευτική υπηρεσία εξαρτάται και συμπληρώνεται από την ιατρική υπηρεσία με το πώς οι ιατροί δίνουν εντολές για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και τη θεραπεία που θα εφαρμοστεί από τους νοσηλευτές στους ασθενείς. Φυσικά συμμετέχουν και οι άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου στο βαθμό που τους αναλογεί και αφορά την περίθαλψη και τη διαβίωση των ασθενών, αλλά και το συνολικό έργο της κλινικής (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Όπως είναι εύκολα αντιληπτό, ο συσχετισμός των δραστηριοτήτων των διαφόρων υπηρεσιών του νοσοκομείου, αλλά και η ανάπτυξη των ενδεδειγμένων και κατάλληλων δραστηριοτήτων, που μπορεί να πραγματοποιούνται σε διαφορετικό χρόνο και χώρο, είναι ένα πολύπλοκο έργο, το οποίο χρειάζεται άρτια οργάνωση για τον συγχρονισμό του. Η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών, μέσω της στενής συνεργασίας αποτελεί τον βασικό πυλώνα για την επιτυχή υλοποίηση του παραπάνω έργου (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Η λειτουργική δραστηριότητα των τμημάτων βοηθά με το να μην περιορίζει τα τμήματα και τις υπηρεσίες στο έργο τους, αλλά να τα παρακινεί να συμμετέχουν ενεργά στην παραγωγή της τελικής υπηρεσίας. Όπως αναφέρθηκε, κάθε υπηρεσία είναι ανεξάρτητη, ωστόσο υπάρχει διασύνδεση μεταξύ τους με οριζόντια λειτουργική διασύνδεση, για να μπορεί να υπάρχει συνεχής ροή πληροφοριών και δραστηριοτήτων μεταξύ των υπηρεσιών για την βελτιστοποίηση της τελικής υπηρεσίας και την άψογη λειτουργία του νοσοκομείου (Δίκαιος κ.ά., 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΤΟ MANANTZMENT ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

3.1 Η Οργάνωση των Δημοσίων Νοσοκομείων

Τα δημόσια νοσοκομεία όπως και κάθε οργανισμός οφείλουν να λειτουργούν κάτω από ορισμένους κανόνες και πρακτικές. Οι σύγχρονοι οργανισμοί οφείλουν, εφόσον θέλουν να είναι βιώσιμοι να λειτουργούν αποτελεσματικά θα πρέπει να οργανώνονται με τρόπο αποδοτικό. Η οργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων θα πρέπει να αφορά την τάξη στα διάφορα αποθέματα πόρων, έτσι ώστε αυτά να είναι χρήσιμα για την πραγματοποίηση ενός σκοπού. Όπως είναι φυσικό, η οργάνωση προϋποθέτει μια ιεραρχία η οποία θα θέτει τις βάσεις για μια αποδοτική συνεργασία, μέσω του συντονισμού των εμπλεκόμενων μελών για δεδομένους σκοπούς.

Η οργάνωση χωρίζεται σε τρία βασικά στάδια τα οποία είναι τα εξής:

Πρώτον ο καθορισμός του έργου που είναι αναγκαίο να εκτελεστεί. Το στάδιο αυτό αναφέρεται και ως ο σκοπός του οργανισμού.

Δεύτερο στάδιο αποτελεί η λήψη μιας απόφασης για το τι πρέπει να γίνει ώστε να ικανοποιηθεί ο παραπάνω σκοπός που έχει τεθεί από τον οργανισμό. Ουσιαστικά αφορά το ποιες ενέργειες πρέπει να γίνουν, το άτομο που θα τις αναλάβει και τι εξουσία απαιτείται να έχει το άτομο αυτό ώστε να εκπληρωθεί ο στόχος. Το στάδιο αυτό ονομάζεται και καταμερισμός της εργασίας.

Το τελευταίο στάδιο αποτελεί τον προσδιορισμό του είδους, της εμπειρίας και τον αριθμό των ατόμων που απαιτούνται για το έργο που πρέπει να πραγματοποιηθεί. Αυτό το στάδιο είναι η στελέχωση του οργανισμού και ουσιαστικά αναφέρεται στο οργανόγραμμα του στο οποίο απεικονίζονται οι απαραίτητες επικοινωνίες και σχέσεις.

Για όλες τις μορφές της επιχειρηματικής δραστηριότητας εφαρμόζονται δύο είδη οργάνωσης, η τυπική και η άτυπη οργάνωση. Η πρώτη από αυτές χαρακτηρίζεται από ένα πλαίσιο αρχών και κανονισμών το οποίο εξειδικεύεται και τυποποιεί τις διάφορες ενέργειες για την επίτευξη του στόχου, ενώ η δεύτερη βασίζεται στις αυθόρμητες σχέσεις

μεταξύ των δύο μερών οι οποίες δεν ορίζονται από καμία αρχή και προκύπτουν εξαιτίας της επιδίωξης ικανοποίησης των κοινών αναγκών τους.

Ειδικότερα, η τυπική οργάνωση καθορίζεται από την υπάρχουσα δομή του οργανισμού ή της επιχείρησης και έχει σχέση με τον καταμερισμό της εργασίας και πως αυτός γίνεται μεταξύ των εργαζομένων του οργανισμού ή της επιχείρησης. Η τυπική οργάνωση είναι εκείνη η οποία ορίζει τις ευθύνες στα διάφορα επίπεδα της διοικητικής ιεραρχίας, καθορίζοντας με τον τρόπο αυτό τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και των διαδικασιών.

Από την άλλη πλευρά, η άτυπη οργάνωση συνυπάρχει με την τυπική και αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων. Η μορφή αυτή της οργάνωσης δημιουργεί ομάδες εντός του οργανισμού ή της επιχείρησης με σκοπό να καλυφθούν οι κοινές ανάγκες τους. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών δημιουργούνται αυθόρμητα, ενώ αν και εμφανίζονται σε όλα τα επίπεδα της διοικητικής πυραμίδας, έχουν εντονότερο βαθμό στα κατώτερα κλιμάκια.

Οι γενικές αρχές του μάνατζμεντ ισχύουν και στα νοσηλευτικά ιδρύματα τόσο του ιδιωτικού, όσο και του δημόσιου τομέα. Βέβαια, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τα νοσοκομεία έχουν κάποιες ιδιαιτερότητες κυρίως στον οργανωτικό τομέα τους. Έτσι λοιπόν οι ιδιαιτερότητες μπορούν να συνοψισθούν στο γεγονός ότι στα νοσοκομεία υπάρχει αυξημένη κρατική παρέμβαση, επομένως η γραφειοκρατία βασιλεύει, στην αδυναμία του ίδιου του ασθενή να λάβει αποφάσεις για το πρόβλημα που τον αφορά, το γεγονός ότι τα νοσοκομεία είναι οργανισμοί εντάσεως εργασίας η οποία σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις είναι έντονη και τέλος ο τρόπος με τον οποίο επιμερίζεται η εξουσία και η ευθύνη στα άτομα που εργάζονται στο νοσοκομείο είναι αρκετά ιδιαίτερη, μιας και πολλά άτομα αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και είναι δύσκολο να εντοπισθεί από πού προήλθε η ευθύνη (Δίκαιος, κ.ά., 1999).

Η υγεία αποτελεί ένα δημόσιο αγαθό και γι' αυτόν το λόγο κάθε κυβέρνηση που αναλαμβάνει, ασχολείται και με θέματα χρηματοδότησης και οργάνωσης των δημοσίων νοσοκομείων. Βέβαια, η παρέμβαση της κάθε κυβέρνησης θα πρέπει να είναι αποτελεσματική, ώστε να παρέχονται οι καλλίτερες δυνατές υπηρεσίες υγείας. Το δικαίωμα του κάθε πολίτη για νοσηλεία και περίθαλψη είναι αναφαίρετο και πρέπει να

διαφυλάσσεται από τον νόμο, έτσι οι αποφάσεις που λαμβάνονται από την κάθε κυβέρνηση θα πρέπει να έχουν γνώμονα το παραπάνω σκεπτικό.

Τέλος, όσον αφορά την οργάνωση και την διαχείριση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αυτά θα πρέπει να λειτουργούν σωστά. Η σωστή λειτουργία πέρα από την διαχείριση του ανθρώπινου συντελεστή αφορά ακόμη και τη διαμόρφωση των χώρων του νοσοκομείου και τη συντήρησή τους, μιας και οι κτηριακές εγκαταστάσεις έχουν σημαντικό ρόλο.

3.2 Ο προγραμματισμός στα Δημόσια Νοσοκομεία

Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν αρχίσει να οργανώνονται τα τελευταία χρόνια. Εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης των ιδρυμάτων αυτών, αλλά και της ιδιομορφίας του ΕΣΥ, τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα όλων των βαθμίδων και μορφών. Ακόμη, είναι εκείνα τα ιδρύματα τα οποία εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές), προάγοντας την έρευνα. Ο Έλληνας (2001), σημειώνει ότι το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο αποτελεί μέρος του ΕΣΥ το οποίο συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας μέσω της κοινωνικής ευθύνης που έχει.

Όσον αφορά τους πόρους των δημόσιων νοσοκομείων, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό με την μορφή της επιχορήγησης. Μια ακόμη μορφή χρηματοδότησης είναι και οι εισφορές από την κοινωνική ασφάλιση. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια της κοινωνικής ευθύνης τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να είναι προσπελάσιμα από όλες τις κοινωνικές ομάδες και τάξεις που ζουν στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων και των ανέργων και των ανασφάλιστων. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος για τον οποίο πρέπει η λειτουργία των νοσοκομείων να είναι απρόσκοπτη στο διηνεκές (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία στην πλειοψηφία τους στεγάζονται σε κτήρια τα οποία είναι παλαιά και σε πολλές των περιπτώσεων ακατάλληλα για χρήση. Η συντήρηση των κτηρίων αυτών πέρα από συχνή είναι και άκρως κοστοβόρα για το ελληνικό δημόσιο. Σε όλα τα παραπάνω συμβάλλει και η κακοδιαχείριση τόσο των υλικών όσο και των ανθρώπινων πόρων (Μόσιαλος,

2003). Βέβαια τα παραπάνω δε σημαίνουν ότι η διοίκηση του κάθε νοσοκομείου δεν κάνει προσπάθειες για βελτίωση των συνθηκών, ωστόσο, υπάρχουν διάφορα νομικά και γραφειοκρατικά προβλήματα τα οποία είναι δύσκολο να ξεπεραστούν. Ο Στάθης (2004) σημειώνει ότι όσον αφορά σε επενδύσεις πάγιου εξοπλισμού, δεν προηγείται ανάλυση κοινωνικού οφέλους και ανάλυση κόστους, αλλά επικρατούν άλλου είδους σκοπιμότητες και κυρίως πολιτικές.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων, δυστυχώς όπως αναφέρει ο Λιαρόπουλος (2001), η νομική μορφή υπό την οποία λειτουργούν τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και είναι ΝΠΔΔ, απαγορεύει ρητά την εφαρμογή πολιτική κινήτρων απόδοσης εντός του ιδρύματος. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του γεγονότος ότι τα νοσοκομεία είναι δημόσια, επομένως λειτουργούν με βάση τον δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα όπου η στοχοθεσία αποτελεί ουτοπία. Η αξιολόγηση των υπαλλήλων είναι εικονική, οι κρίσεις είναι υποκειμενικές και το ενιαίο μισθολόγιο με το οποίο πληρώνονται οι εργαζόμενοι ανεξαρτήτως όγκου εργασίας ή διεκπεραίωσης περιστατικών είναι ενδεικτικά της απαξίωσης και της απομάκρυνσης από κάθε είδους στόχο (Τούντας, 2010). Ένας ακόμη βραχνάς στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι η έλλειψη καθηκοντολογίου, όπου με τον τρόπο αυτό υπάρχει η ασάφεια στον προσδιορισμό των υποχρεώσεων και αρμοδιοτήτων των εργαζομένων, με άμεση συνέπεια την δημιουργία συγκρούσεων και προστριβών. Οι αντιπαλότητες αυτές, αποτελούν κύρια αιτία στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και επομένως στην αποτελεσματική λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων (Πολύζος κ.ά., 1991).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στα δημόσια νοσοκομεία επικρατεί η γραφειοκρατία σε μεγάλο ποσοστό. Έτσι υπάρχει μεγάλη χρονική απόσταση μεταξύ της λήψης μιας απόφασης από την υλοποίησή της. Ειδικότερα μεσολαβούν αρκετοί φορείς πέραν του ίδιου του νοσοκομείου, οι οποίοι πρέπει να εξετάσουν και να εγκρίνουν ένα αίτημα, όπως για παράδειγμα το Υπουργείο Υγείας και η ΔΥΠΕ. Αυτό είναι και το τροχοπέδη για τα δημόσια νοσοκομεία, σε σύγκριση με τα ιδιωτικά, όπου αρκεί η απόφαση του ΔΣ για να ληφθεί και να υλοποιηθεί μια απόφαση.

Τέλος, ακόμη και το λογιστικό σύστημα που έχουν τα δημόσια νοσοκομεία αποτελεί μια απλή εκδοχή της λογιστικής απεικόνισης της καταγραφής των εσόδων και εξόδων μιας επιχείρησης. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία έτη υπάρχει

μια προσπάθεια ένταξης της λογιστικής παρακολούθησης σε πιο εξειδικευμένο βαθμό, με την υποχρεωτική παρακολούθηση όλου του λογιστικού κυκλώματος. Με αυτό τον τρόπο ο νομοθέτης κάνει μια προσπάθεια να παρέχεται όλη η δυνατή πληροφόρηση του νοσοκομείου προς την διοίκηση αυτού, ώστε να λαμβάνονται ευκολότερα και πιο ορθά οι αποφάσεις.

3.3 Βασικές Αρχές Οργάνωσης Δημόσιων Νοσοκομείων

Οι βασικές αρχές οργάνωσης των δημοσίων νοσοκομείων αναφέρονται κατά κύριο λόγο στους τρόπους διοίκησης ή αλλιώς στο μάνατζμεντ. Το ίδιο το μάνατζμεντ έχει δύο πτυχές, την θεσμική που αναφέρεται στην θεωρητική πλευρά και την διαδικαστική, η οποία αποτελεί το πρακτικό κομμάτι.

Η πρώτη πλευρά που όπως αναφέρθηκε είναι η θεωρητική περιλαμβάνει το σύνολο των κανόνων της διοίκησης, καθώς και τα πρόσωπα στα οποία ανατίθενται οι ηγετικές αρμοδιότητες και καλούνται στελέχη. Τα στελέχη τα οποία είναι ουσιαστικά και η ηγεσία και καλούνται ηγετικά, είναι αυτά που δίνουν εντολές οι οποίες έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα τόσο στους υφισταμένους, όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό.

Με βάση την θεωρία του μάνατζμεντ, τα επίπεδα διοίκησης είναι τρία και αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού. Έτσι λοιπόν η διοίκηση χωρίζεται σε κατώτερη, μεσαία και ανώτερη. Όσον αφορά την κατώτερη διοίκηση, αυτή αναφέρεται στους επικεφαλείς των ομάδων και τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι οι ισχυρή επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων με εκχώρηση εξουσίας σε μεμονωμένα άτομα. Η μεσαία διοίκηση αναφέρεται στη διοίκηση των λειτουργικών τομέων και είναι αποδέκτης πιέσεων τόσο από προϊστάμενους όσο και από υφισταμένους. Η ανώτατη διοίκηση αναφέρεται στα κορυφαία στελέχη, δηλαδή στην ηγεσία η οποία ασκεί και την διοίκηση του οργανισμού. Τέλος, οι δραστηριότητες όπως περιγράφονται στα εγχειρίδια διοίκησης είναι οι πράξεις που θα πραγματοποιήσει ένα στέλεχος.

Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά το πρακτικό μέρος της διοίκησης αναφέρεται στον σχεδιασμό της πολιτικής που θα ακολουθηθεί από τον οργανισμό, την οργάνωση

και τη στελέχωση του οργανισμού και τέλος την ηγεσία και τον έλεγχο του (Τερζίδης, Μάνατζμεντ Στρατηγικής Προσέγγισης, σελ. 65).

Ο σχεδιασμός ή όπως αλλιώς είναι γνωστός ο προγραμματισμός ενός οργανισμού, βασίζεται στην έγκαιρη πρόβλεψη και την ορθή αξιολόγηση. Με τον σχεδιασμό, τα στελέχη του οργανισμού είναι σε θέση να διαμορφώσουν το μέλλον του οργανισμού για την εκπλήρωση του αντικειμενικού του στόχου. Βάσει αυτού προκύπτει ότι ο σχεδιασμός πρέπει να πραγματοποιείται από κάθε επιχείρηση η οργανισμό.

Το επόμενο βήμα από τον σχεδιασμό είναι η οργάνωση, η οποία αναλαμβάνει να υλοποιήσει τον σχεδιασμό. Τα στελέχη είναι αρμόδια να δίνουν εντολές και να καταμερίζουν την εργασία μέσω των ευθυνών για το καλλίτερο δυνατό αποτέλεσμα. Ένα πρόβλημα το οποίο δημιουργείται είναι η εξεύρεση προσωπικού για να γίνει ο οργανισμός πιο αποδοτικός. Αυτό το πρόβλημα απασχολεί την στελέχωση του οργανισμού ή της επιχείρησης. Με την εξεύρεση λύσης στο παραπάνω πρόβλημα, επιτυγχάνεται ο έλεγχος των διαδικασιών. Για τα παραπάνω, αρμόδια είναι η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, η οποία ασχολείται με το ανθρώπινο δυναμικό εντός των επιχειρήσεων ή οργανισμών.

Από τις λειτουργίες η πλέον σημαντική είναι ο έλεγχος ο οποίος πρέπει να επιτελείται τουλάχιστον κατά το τέλος μιας συγκεκριμένης διαδικασίας. Αυτός, είναι που θα δείξει το κατά πόσο μια λειτουργία έφτασε στο σκοπό της και άρα ο οργανισμός ή η επιχείρηση λειτουργεί ορθά. Σε κάθε άλλη περίπτωση η διοίκηση θα πρέπει να λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα για να αλλάξει τυχόν παρατυπίες.

Οι παραπάνω λειτουργίες δρουν όχι ανταγωνιστικά, αλλά συνεργάζονται μεταξύ τους με σκοπό να συμβάλλουν στην καλλίτερη λήψη αποφάσεων. Ουσιαστικά, η μια λειτουργία συμπληρώνει την άλλη και άρα ένας διοικητής ή μάνατζερ θα πρέπει να γνωρίζει όλες τις λειτουργίες για να λαμβάνει την όσο το δυνατόν ορθότερη απόφαση. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να είναι και θεωρητικά και τεχνικά άρτια καταρτισμένος ώστε να συνδυάζει πράγματα και καταστάσεις.

3.4 Το μάνατζμεντ ως θεσμός στα δημόσια νοσοκομεία

Ο πλέον σύνηθες τρόπος διοίκησης ενός νοσοκομείου, ιδίως στην Ελλάδα, θεωρείται ότι είναι ο κάθετος και ιεραρχικός. Η διοίκηση αυτού του είδους αναφέρεται στο γεγονός ότι οι αποφάσεις που αφορούν τα νοσοκομεία λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια της διοίκησης (Υπουργείο, ΔΥΠΕ, ΔΣ) και κατόπιν κοινοποιούνται προς τα κάτω, δηλαδή στους εργαζομένους, για εφαρμογή (Clarke, 1984). Επίσης, οι υπηρεσίες και τα τμήματα ενός νοσοκομείου είναι ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, πράγμα που σημαίνει ότι το καθένα τμήμα εστιάζει στις δικές του αρμοδιότητες, οι οποίες πολλές φορές δεν είναι και ορθά αποσαφηνισμένες.

Όσοι σχεδιάζουν τις πολιτικές της υγείας θέλουν να ελαχιστοποιήσουν τα όποια κόστη, ενώ από την άλλη οι ιατροί ενδιαφέρονται να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας οι οποίες απαιτούνται από τους ασθενείς (Clarke, 1984). Ο παραπάνω διαχωρισμός ευνοεί τους επιμερισμούς της εξουσίας με βάση την θέση που έχει ο καθένας στην ιεραρχία, αλλά ταυτόχρονα και από την επαγγελματική του θέση, έχοντας εκτός από εκτελεστική και επαγγελματική εξουσία.

Με βάση τα παραπάνω, προάγονται οι αρχές και οι μέθοδοι εργασίας βάσει της εμπειρικής τακτικής του καθενός και όχι αυτές οι οποίες πηγάζουν από τεκμηριωμένη γνώση. Ο Πολύζος κ.ά. (1991) σημειώνει ότι εξαιτίας του γεγονότος της χρησιμοποίησης εμπειρικών τακτικών και όχι τεκμηριωμένων γνώσεων, απουσιάζει η ποιοτική εργασία η οποία εφαρμόζει πρωτοκολλά και ενδο-νοσοκομειακούς ελέγχους, με αποτέλεσμα την παραγωγή αμφίβολου ποιοτικού προϊόντος.

Ένα ακόμη γεγονός το οποίο υπάρχει στη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων είναι ότι οι διοικητές των νοσοκομείων ως εσωτερικοί φορείς αλλαγών σε πολλές περιπτώσεις αγνοούν την λειτουργία του ιδιαίτερου συστήματος διοίκησης ενός νοσοκομείου, στο σύνολό της και επικεντρώνονται στην διαχείριση και το οικονομικό σκέλος, παραγκωνίζοντας το ιατρικό και νοσηλευτικό κομμάτι (Ζαβλάνου, 1996). Με τον τρόπο αυτό η διοίκηση καθίσταται αναποτελεσματική, επειδή παρόλο που είναι υπεύθυνη να συντονίζει και να εποπτεύει όλο το σύστημα, αδυνατεί να το πράξει, δημιουργώντας ενστάσεις σε όποιες αλλαγές απαιτούνται για τη βελτίωση του συστήματος λειτουργίας του νοσοκομείου.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι για όποιο επίπεδο διοίκησης υπάρχει εντός του νοσοκομείου, τα άτομα που κατέχουν την εξουσία ανεξάρτητα από τις δυνατότητες που

έχουν και την ικανότητα να διαμορφώνουν στρατηγικές και πολιτικές, μπορούν να έχουν δύναμη σε υφιστάμενους και για διάφορες καταστάσεις. Τα άτομα αυτά, μπορούν να διαμορφώσουν μια κουλτούρα εξουσίας, μέσω της καταξίωσης τους η οποία όμως βασίζεται σε πολιτικές πιέσεις και όχι σε προσωπικές επιδιώξεις. Εξαιτίας αυτού, οι Μπακάλης και Μπατσολάκη (2006) επιβεβαιώνουν τον Handy (1985) ότι δεν υπάρχει προγραμματισμός, επιχειρησιακή έρευνα και φυσικά αξιολόγηση.

Η βέλτιστη πρακτική στη διοίκηση ενός νοσοκομείου είναι η ηγεσία να ακολουθεί τις βασικές αρχές παροχής φροντίδας υγείας με έμφαση στη ποιότητα, χωρίς να υπολείπονται οι άλλες υπηρεσίες (Μπακάλης και Μπατσολάκη, 2006).

Η κουλτούρα εξουσίας πρέπει να αλλάξει σε επιτελική κουλτούρα, δηλαδή η διοίκηση σε ψηλά κλιμάκια να αποσπάται από τις μεταξύ των εργαζομένων αντιπαραθέσεις και να επικεντρώνεται σε στόχους που έχει θέσει (Μεγαλακάκη και Χατζοπούλου, 2001). Βέβαια αυτή η κουλτούρα δεν είναι από μόνη της ικανή να αλλάξει τα δεδομένα, εκτός εάν επικουρείται από ένα δυνατό οργανωτικό κλίμα το οποίο θα προάγει το ομαδικό πνεύμα (Μουτζόπουλος, 1996).

Οι νέες τάσεις στην βιβλιογραφία θεωρούν ως αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης νοσοκομείων, τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, μιας και ακολουθεί μια πιο ορθολογική διαχείριση. Το μοντέλο αυτό εφαρμόζει ποσοτικές μεθόδους μέσω της διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων, με στόχο τη βελτίωση σε συνεχή βάση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα (Mellum, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

4.1 Ο Ορισμός της Αποδοτικότητας

Η αποδοτικότητα αποτελεί την αρχή στην αξιολόγηση ενός νοσοκομείου όσον αφορά την λειτουργία του. Επιπρόσθετα αποτελεί και το βασικό μέσο για τον έλεγχο και την ορθολογική χρήση και κατανομή των πόρων, είτε αυτοί είναι ανθρώπινοι είτε υλικοί. Σχετίζεται άμεσα με την χρησιμοποίηση των πόρων αυτών για την ικανοποίηση της ζήτησης που υπάρχει και την παραγωγικότητα του ίδιου του νοσοκομείου.

Εάν θελήσει κανείς να ορίσει τον όρο της αποδοτικότητας στα νοσοκομεία, θα πρέπει να την ταυτίσει με την ορθολογική κατανομή και τη διαχείριση των πόρων του νοσοκομείου, οι οποίοι εκ φύσεως είναι περιορισμένοι. Η κατανομή και διαχείριση αυτή θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα την παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Η αποδοτικότητα διακρίνεται σε δύο κατηγορίες την τεχνική και την καταναμητική αποδοτικότητα. Η πρώτη, συνδέεται με την ελάχιστη ποσότητα εισροών σε κάθε παρέμβαση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας υγείας. Για την τεχνική αποδοτικότητα υπάρχει σύγκριση του νοσοκομείου που εξετάζεται με ένα υποθετικό βέλτιστο. Η έμφαση δίνεται επί της αποδοτικής συνάρτησης παραγωγής ως πρότυπο και εκφράζει τις δυνατές εκροές ενός τέλει αποδοτικού νοσοκομείου με δεδομένο τον συνδυασμό εισροών. Η αναφορά γίνεται στη σχέση μεταξύ των παραγωγικών συντελεστών (κεφάλαιο, εργασία, ιατρικός εξοπλισμός) και των αποτελεσμάτων υγείας τα οποία εκφράζονται σε όρους αποτελεσμάτων του νοσοκομείου (ασθενείς, χρόνος αναμονής, ημέρες νοσηλείας, κλπ.).

Η άλλη κατηγορία αποδοτικότητας αναφέρεται στην καταναμητική, η οποία αναφέρεται στην επιλογή μιας ομάδας η οποία έχει τεχνικά αποδοτικά παρεμβάσεις φροντίδας για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής βελτίωσης των αποτελεσμάτων υγείας. Οι παρεμβάσεις αντιμετωπίζονται ως εισροές και η επιλογή τους γίνεται με βάση την διάσταση κόστους-αποτελεσματικότητας. Ουσιαστικά αυτή η κατηγορία αναφέρεται στις άριστες ποσότητες εισροών με δεδομένες τις τιμές τους και της τεχνολογίας παραγωγής, ώστε να παραχθεί το μέγιστο δυνατό επίπεδο υπηρεσιών. Οι δύο παραπάνω μορφές

αποδοτικότητας αποτελούν μαζί την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας, η οποία εστιάζει στην επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου.

Πρακτικά ωστόσο, η αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου ορίζεται με τρεις τρόπους. Ο πρώτος από αυτούς αναφέρεται στην παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών με δεδομένους τους πόρους, κτηριακό και μηχανολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό και υλικά του νοσοκομείου. Ο δεύτερος, αναφέρεται στην παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών με τους ελάχιστους δυνατούς πόρους που αναφέρθηκαν παραπάνω και ο τρίτος αναφέρεται στο ελάχιστο κόστος για την παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών υγείας.

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.

4.2 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας

Για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας των νοσοκομείων λαμβάνονται υπόψη αφού υπολογισθούν ορισμένοι αριθμοδείκτες. Ως αριθμοδείκτης ορίζεται το πηλίκο ενός κλάσματος το οποίο μπορεί να περιέχει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα.

Η αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου είναι συνυφασμένη τόσο με ποσοτικά όσο και με ποιοτικά χαρακτηριστικά. Ένα νοσοκομείο είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό όταν επιτυγχάνει το καλλίτερο δυνατό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Για την μέτρηση αυτού λοιπόν λαμβάνονται υπόψη οι παρακάτω δείκτες οι οποίοι κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- Δείκτες μέτρησης παραγόμενου προϊόντος
- Δείκτες λειτουργικότητας
- Δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας
- Δείκτες παραγωγικότητας

Όσον αφορά τους δείκτες μέτρησης του παραγόμενου προϊόντος, αυτοί αφορούν τις συνολικές μέρες νοσηλείας, το σύνολο των εισαγωγών (ασθενείς που νοσηλεύτηκαν), τον αριθμό των εξετάσεων των νοσηλευμένων ασθενών, το αριθμό των χειρουργείων και τον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία.

Οι δείκτες λειτουργικότητας αφορούν την μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) συνολικά για το νοσοκομείο και ανά κλινική ή τμήμα και τέλος η μέση κάλυψη κλινών σε ποσοστό επί τοις εκατό και αφορά ουσιαστικά την πληρότητα του νοσοκομείου.

Οι δείκτες της οικονομικής αποδοτικότητας αφορούν ουσιαστικά τις εκροές του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος. Έτσι λοιπόν λαμβάνεται υπόψη οι εισαγωγές των ασθενών σε σχέση με το κόστος και οι συνολικές ημέρες νοσηλείας των ασθενών σε σχέση με το κόστος.

Τέλος, οι δείκτες παραγωγικότητας αφορούν τις συνολικές ημέρες νοσηλείας του νοσοκομείου σε σχέση με τους παρακάτω παράγοντες

- § Συνολικές ημέρες νοσηλείας
- § Συνολικές ημέρες νοσηλείας ανά γιατρό
- § Συνολικές ημέρες νοσηλείας ανά νοσηλεύτη
- § Εισαγωγές-νοσηλευθέντες ανά απασχολούμενο
- § Εισαγωγές –νοσηλευθέντες ανά κλίνη
- § Εισαγωγές τομέα Χ/κλίνες τομέα Χ
- § Σύνολο απεικονιστικών εξετάσεων ανά απεικονιστικό μηχάνημα
- § Χειρουργικές επεμβάσεις /σύνολο χειρουργών
- § Χειρουργικές επεμβάσεις /σύνολο χειρουργικών τραπεζιών

4.3 Η Αποδοτικότητα στα Νοσοκομεία ως Νέος Παράγοντας Αξιολόγησης

Στα πλαίσια της σύγχρονης οικονομικής κατάστασης, όπου όλο και περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, δεν αφήνουν ανεπηρέαστα τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών. Για το λόγο αυτό, χρειάζεται να βρεθεί η χρυσή τομή μεταξύ του κόστους λειτουργίας και της απόδοσης του νοσοκομείου.

Οι παράμετροι, οι οποίοι επηρεάζουν το παραπάνω είναι η αυξανόμενη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, η αύξηση στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας και του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται ως ένας από τους πρωταρχικούς παραγωγικούς τομείς των σύγχρονων οικονομιών (Σουλιώτης, 2000).

Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων στη σύγχρονη εποχή που διατείνεται από οικονομική κρίση επηρεάζεται από την ίδια την κρίση, τον ρυθμό ανάπτυξης της οικονομίας, τα δημοσιονομικά προβλήματα των οικονομικών και τη στενότητα στους πόρους που αντιμετωπίζουν οι κοινωνίες (Σουλιώτης, 2000).

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι διάφορες δημογραφικές μεταβολές του πληθυσμού, οι οποίες οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης, επομένως και του κόστους λειτουργίας, καθώς επίσης και στις αλλαγές στα καταναλωτικά πρότυπα των ατόμων (Σουλιώτης, 2000).

Στη σύγχρονη εποχή η αποδοτικότητα των νοσοκομείων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αποτελεσματικότητα, δηλαδή του βαθμού επίτευξης των στόχων που θέτει η διοίκηση βάσει του σχεδιασμού και του προγραμματισμού (Τούντας, 2010). Η αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων απορρέει από την μέτρηση ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών. Οι ποσοτικοί δείκτες αφορούν το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε συνάρτηση με τον αριθμό των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Γείτονα, 2007). Από την άλλη πλευρά, οι ποιοτικοί δείκτες, οι οποίοι είναι και αρκετά δύσκολα μετρήσιμοι, προσπαθούν να αποτυπώσουν την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας. Για τον υπολογισμό τους λαμβάνονται υπόψη εκτός από οικονομικά, κλινικά και νοσηλευτικά δεδομένα που αφορούν το νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Περιγραφή Δείγματος

Στα προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας αναλύθηκε το θεωρητικό υπόβαθρο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, καθώς επίσης και οι βασικές έννοιες της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων, όπως αυτές καταγράφονται διεθνώς.

Η παρούσα εργασία είναι χωρισμένη σε δύο μέρη, το πρώτο αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο, ενώ το δεύτερο αποτελεί το ερευνητικό σκέλος, με το οποίο γίνεται μια προσπάθεια να ερευνηθεί το κατά πόσο τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Επειδή ωστόσο, τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας είναι πολλά σε αριθμό στο σύνολό τους, προτιμήθηκε η παρούσα εργασία να εστιάσει το ερευνητικό τμήμα της στα νοσοκομεία της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, τα οποία αποτελούν το σύνολο των νοσοκομείων των Περιφερειών Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας. Ο σκοπός που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη Υγειονομική Περιφέρεια είναι το γεγονός ότι καλύπτει ένα πολύ μεγάλο χωρικό μέγεθος της Ελλάδας αφενός, αφετέρου οι κάτοικοι των Περιφερειών αυτών είναι χαρακτηριστικό δείγμα του συνόλου της ελληνικής επικράτειας όσον αφορά τα κοινωνικό-οικονομικά κριτήρια.

Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη Υγειονομική Περιφέρεια έχει ενσωματωμένα δημόσια νοσοκομεία όλων των κατηγοριών, από μικρά Κέντρα Υγείας έως και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Συνεπώς, μπορεί να περιγράψει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την κατάσταση των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας.

Έτσι λοιπόν τα Νοσοκομεία τα οποία λήφθησαν υπόψη για την ανάλυση της παρούσας εργασίας, χωρισμένα κατά Διοικητική Περιφέρεια είναι τα εξής:

Περιφέρεια Πελοποννήσου

- *Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης*
- *Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας*

- *Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κυπαρισσίας*
- *Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης*
- *Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Μολάων*
- *Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου*
- *Γενικό Νοσοκομείο Άργους*
- *Γενικό Νοσοκομείου Κορίνθου*

Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

- *Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας*
- *Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου*
- *Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας*
- *Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου*
- *Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας*

Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

- *Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου*
- *Γενικό Νοσοκομείο Πατρών Άγιος Ανδρέας*
- *Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου*
- *Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων*
- *Γενικό Νοσοκομείο Πύργου*
- *Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας*
- *Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων*
- *Γενικό Νοσοκομείο Ι. Π. Μεσολογγίου*
- *Γενικό Νοσοκομείο Αργινίου*

Περιφέρεια Ηπείρου

- *Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*
- *Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Χατζηκώστα*
- *Γενικό Νοσοκομείο Άρτας*
- *Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας*

- *Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Φιλιατών*

Για της ανάγκες της παρούσας εργασίας, λήφθησαν υπόψη 6 βασικοί δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Νοσοκομείων, οι οποίοι καταγράφονται σε έρευνες παγκοσμίως. Οι δείκτες οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν αφορούν ποσοτικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι εύκολα μετρήσιμα και αντλήθηκαν από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Τελική Αναφορά Αποτελεσμάτων, 2012. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία αφορούν τα έτη 2010 και 2011.

Ο πρώτος δείκτης ο οποίος εξετάστηκε και είναι ένας από τους πλέον σημαντικούς, αλλά ταυτόχρονα και πλέον διαδεδομένους σε αναλύσεις απόδοσης Νοσοκομείων, η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ). Ο δείκτης αυτός, παρουσιάζει το πόσο διάστημα νοσηλεύτηκε ο κάθε ασθενής που εισήχθη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έως και τη στιγμή που έλαβε εξιτήριο. Ο δείκτης είναι εκφρασμένος σε ημέρες και ουσιαστικά πρόκειται για το πηλίκο των συνολικών ημερών νοσηλείας προς τους συνολικούς ασθενείς που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο.

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας = (Σύνολο Ημερών Έτους/ Αριθμός Εισαγωγών Έτους)*100

Ο επόμενος δείκτης ο οποίος αναλύθηκε είναι το ποσοστό κάλυψης των κλινών του Νοσοκομείου. Ο δείκτης αυτός εκφράζει την πληρότητα του Νοσοκομείου για ένα χρονικό διάστημα, το οποίο στην παρούσα εργασία είναι το έτος. Για να υπολογιστεί ο συγκεκριμένος δείκτης, λαμβάνεται υπόψη το σύνολο των ημερών νοσηλείας προς τον αριθμό των κλινών που είχε το Νοσοκομείο για το συγκεκριμένο έτος. Ο δείκτης αυτός επειδή είναι εκφρασμένος σε ποσοστό, πολλαπλασιάζεται επί 100. Έτσι λοιπόν ο δείκτης είναι ο εξής:

Ποσοστό Κάλυψης = Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους*100 / Αριθμός Κλινών Έτους

Ο τρίτος δείκτης ο οποίος μετρήθηκε είναι το κόστος που έχει κάθε Νοσοκομείο σε σχέση με τους ασθενείς που εξυπηρετεί. Για να υπολογιστεί λαμβάνεται υπόψη το συνολικό κόστος του Νοσοκομείου για το έτος αναφοράς σε σχέση με το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών. Όπως είναι φυσικό, ένα Νοσοκομείο θεωρείται πιο αποτελεσματικό όσο πιο χαμηλό κόστος ανά νοσηλευθέντα έχει.

Κόστος Νοσοκομείου ανά Ασθενή = Συνολικό Κόστος Έτους / Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών

Ο επόμενος δείκτης που εξετάστηκε στην παρούσα εργασία είναι το συνολικό κόστος του Νοσοκομείου για το έτος αναφοράς, ανά ημέρα λειτουργίας του. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται με το συνολικό κόστος ανά έτος προς τις ημέρες λειτουργίας του. Όπως και ο παραπάνω δείκτης, έτσι και αυτός πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μικρότερος για να θεωρείται ένα Νοσοκομείο αποτελεσματικό.

Κόστος ανά Ημέρα = Συνολικό Κόστος Έτους / Ημέρες Λειτουργίας Νοσοκομείου

Ο πέμπτος δείκτης που εξετάστηκε αφορά το κόστος φαρμάκου ανά νοσηλευθέντα ασθενή. Το φάρμακο αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το συνολικό κόστος ενός νοσοκομείου. Επομένως όσο μεγαλύτερο είναι το κόστος φαρμάκου, τόσο μεγαλύτερο είναι και το συνολικό κόστος του Νοσοκομείου, επομένως μπορεί να θεωρηθεί αναποτελεσματικό και μη αποδοτικό. Για να υπολογιστεί ο δείκτης αυτός, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό κόστος φαρμάκου προς τους νοσηλευθέντες ασθενείς.

Κόστος Φαρμάκου ανά Ασθενή = Κόστος Φαρμάκου / Συνολικά Νοσηλευθέντες Ασθενείς

Ο τελευταίος δείκτης ο οποίος εξετάστηκε αφορά το κόστος του υγειονομικού υλικού ανά ασθενή. Το υγειονομικό υλικό το οποίο αναλώνεται στα νοσοκομεία αποτελεί τον πρώτο παράγοντα διαμόρφωσης του συνολικού κόστους του νοσοκομείου. Έτσι επιδρά είτε θετικά εάν είναι χαμηλό, είτε αρνητικά εάν είναι υψηλό. Με άλλα λόγια έχει την ίδια ακριβώς συμπεριφορά με το κόστος φαρμάκου, τα οποία μαζί αποτελούν τα κύρια συστατικά του κόστους των Νοσοκομείων παγκοσμίως. Για να υπολογιστεί ο δείκτης, λαμβάνεται υπόψη το κόστος του υγειονομικού υλικού προς τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών που εξυπηρετήθηκαν το έτος.

Κόστος Υγειονομικού Υλικού ανά Ασθενή = Συνολικό Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Συνολικά Νοσηλευθέντες Ασθενείς

5.2 Περιορισμοί Έρευνας

Όπως κάθε ποσοτική έρευνα που πραγματοποιείται, έτσι και η παρούσα έχει ορισμένους περιορισμούς στη διεξαγωγή της. Ο πρώτος και βασικότερος περιορισμός είναι η έλλειψη περισσότερων δεδομένων για τα Νοσοκομεία που λήφθησαν υπόψη στο δείγμα. Εάν υπήρχε οργανωμένη βάση δεδομένων, θα μπορούσαν να αντληθούν δεδομένα για τα συγκεκριμένα Νοσοκομεία και είτε αφενός να μεγαλώσει το υπό μελέτη δείγμα όσον αφορά τα έτη μελέτης των δεικτών, αφετέρου να υπολογισθούν επιπλέον δείκτες για τα Νοσοκομεία μελέτης, εξάγοντας πιο ασφαλή συμπεράσματα κατ' αυτόν τον τρόπο.

Ένας δεύτερος περιορισμός που έχει η παρούσα εργασία είναι το γεγονός ότι τα υπό μελέτη Νοσοκομεία δεν έχουν υποχρέωση να δημοσιεύουν δεδομένα από τα αποτελέσματα τους, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Έτσι υπήρχε ανομοιογένεια ως προς τα έτη μελέτης, για τον λόγο αυτό μπόρεσαν να ληφθούν υπόψη μόνο δύο έτη αναφοράς.

Ένας τρίτος περιορισμός είναι το γεγονός ότι τα Νοσοκομεία καθυστερούν να υπολογίσουν τα στοιχεία τους και να δημοσιεύσουν όσα από αυτά το πράττουν. Αυτό

σημαίνει ότι δεν είναι επικαιροποιημένα ή ότι αναφέρονται σε αρκετά έτη πίσω. Αυτό καθιστά την έρευνα απαρχαιωμένη, μιας και δεν αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα και δεν μπορεί να συμβάλλει στην ουσιαστική βελτίωση της κατάστασης, μέσω της λήψης ορθών αποφάσεων από τις διοικήσεις.

Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός είναι το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα προβλέπει πάρα πολλά Νοσοκομεία, τα οποία μπορεί να είναι και δύο ή τρία τον αριθμό σε κάθε νομό. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι για μια ολοκληρωμένη έρευνα θα πρέπει να συγκεντρωθούν δεδομένα για πάνω από 150 Νοσοκομεία. Αυτό από μόνο του το καθιστά αρκετά δύσκολο και χρονοβόρο, αλλά παράλληλα όπως προαναφέρθηκε και αδύνατο, μιας και τα Νοσοκομεία δεν είναι υποχρεωμένα να τηρούν τα στοιχεία δημοσιευμένα στο διαδίκτυο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

6.1 Ανάλυση Περιγραφικής Στατιστικής

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται αναλυτικά οι τιμές των περιγραφικών στατιστικών και συγκεκριμένα η μικρότερη και η μεγαλύτερη τιμή των δεικτών, η μέση τιμή τους, η τυπική απόκλιση και η διακύμανση. Επιπλέον, στον πίνακα φαίνεται και η τιμή της ασυμμετρίας και της κύρτωσης. Για να γίνει σαφέστερο, ο συντελεστής της ασυμμετρίας μέτρα το βαθμό και την κατεύθυνση της ασυμμετρίας. Μια συμμετρική κατανομή όπως μια κανονική κατανομή έχει μια ασυμμετρία 0, και μια κατανομή που είναι λοξή προς τα αριστερά, π.χ. όταν η μέση τιμή είναι μικρότερη από το μέσο, έχει μια αρνητική ασυμμετρία. Ο συντελεστής κύρτωσης είναι ένα μέτρο της βαρύτητα των ουρών μιας κατανομής. Στην στατιστική μια κανονική κατανομή έχει κύρτωση 0. Αρνητικές τιμές σημαίνουν ότι η κατανομή είναι πλατύκυρτη ενώ θετικές τιμές ότι είναι λεπτόκυρτη. Τιμές κοντά στο μηδέν είναι ένδειξη ότι η κατανομή είναι μεσόκυρτη.

Για το 2010, οι βασικές τιμές που χαρακτηρίζουν τους δείκτες που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία είναι η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Αναλυτικότερα, η μέση τιμή της Διάρκειας Νοσηλείας είναι 3,9, με τυπική απόκλιση 1,29. Για την % Κάλυψη έχουμε 62,04 και 20,7 μέση τιμή και τυπική απόκλιση αντίστοιχα, ενώ ο δείκτης Κόστος / Νοσηλευθέντα έχει τιμές 304,7 και 1625. Ο δείκτης Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας έχει τιμές 830,4 και 525,1, ο δείκτης Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα έχει 370,5 και 171,4, και τέλος ο δείκτης Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα έχει τιμές 204,04 και 128,9.

Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
--	---	---------	---------	------	----------------	----------	----------	----------

	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ΜΑΝ	27	1,6600	7,2700	3,9077 78	1,2947270	1,676	1,152	,448	1,695	,872
Valid N (listwise)	27									

Πίνακας 2: Περιγραφικά στατιστικά % Κάλυψης

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
% Κάλυψης	27	11	110	62,04	20,706	428,7 29	,020	,448	1,428	,872
Valid N (listwise)	27									

Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Νοσηλευθέντα

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error

Κόστος/Νοσηλευθέντα	27	1586	9911	3047,52	1625,041	2640759,105	3,244	,448	12,618	,872
Valid N (listwise)	27									

Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Κόστος/ Ημέρα Νοσηλείας	27	363	3290	830,41	525,107	275736,866	4,199	,448	20,024	,872
Valid N (listwise)	27									

Πίνακας 5: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error

Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα	27	124	1024	370,56	171,401	29378,333	2,134	,448	7,335	,872
Valid (listwise)	N 27									

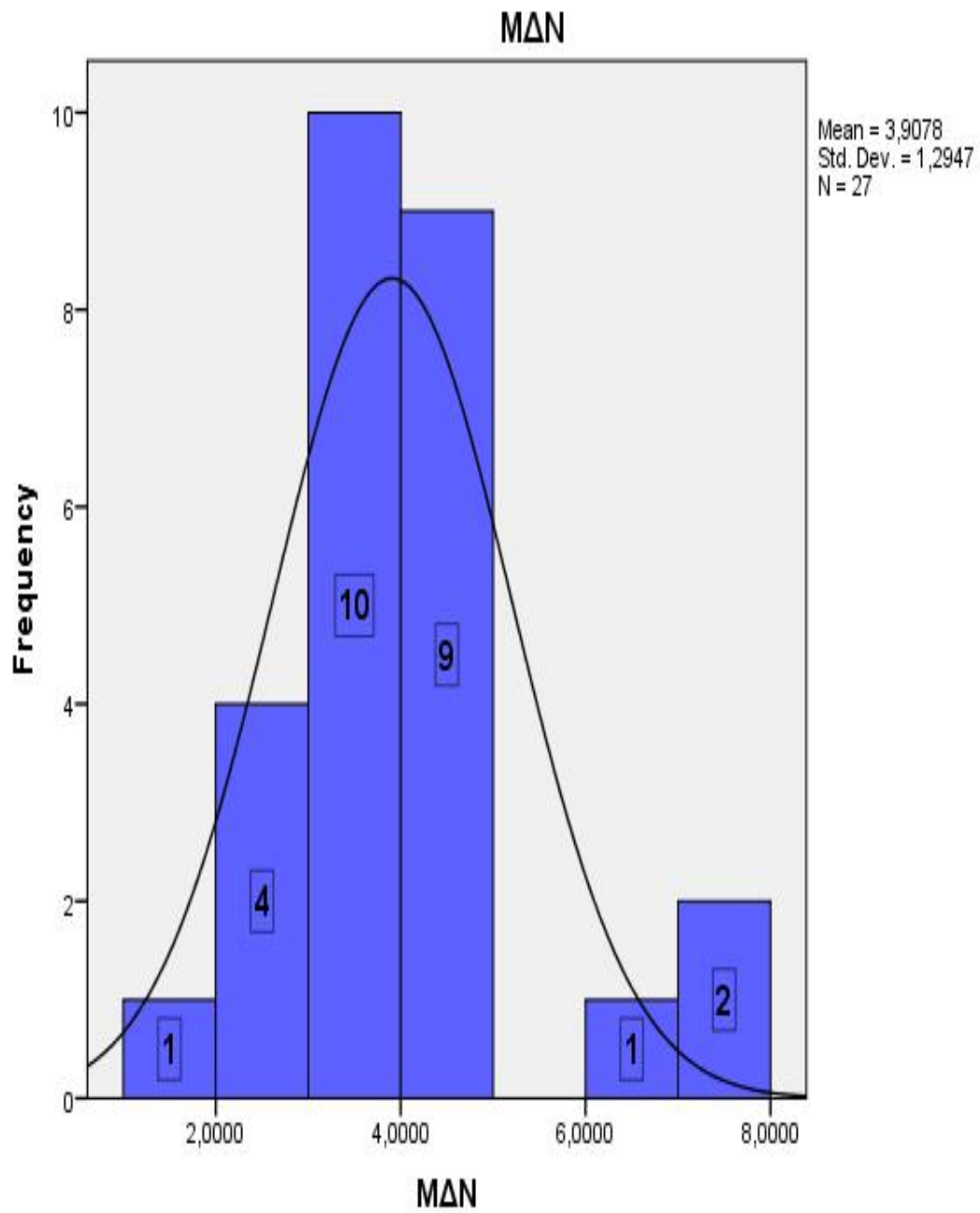
Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Descriptive Statistics

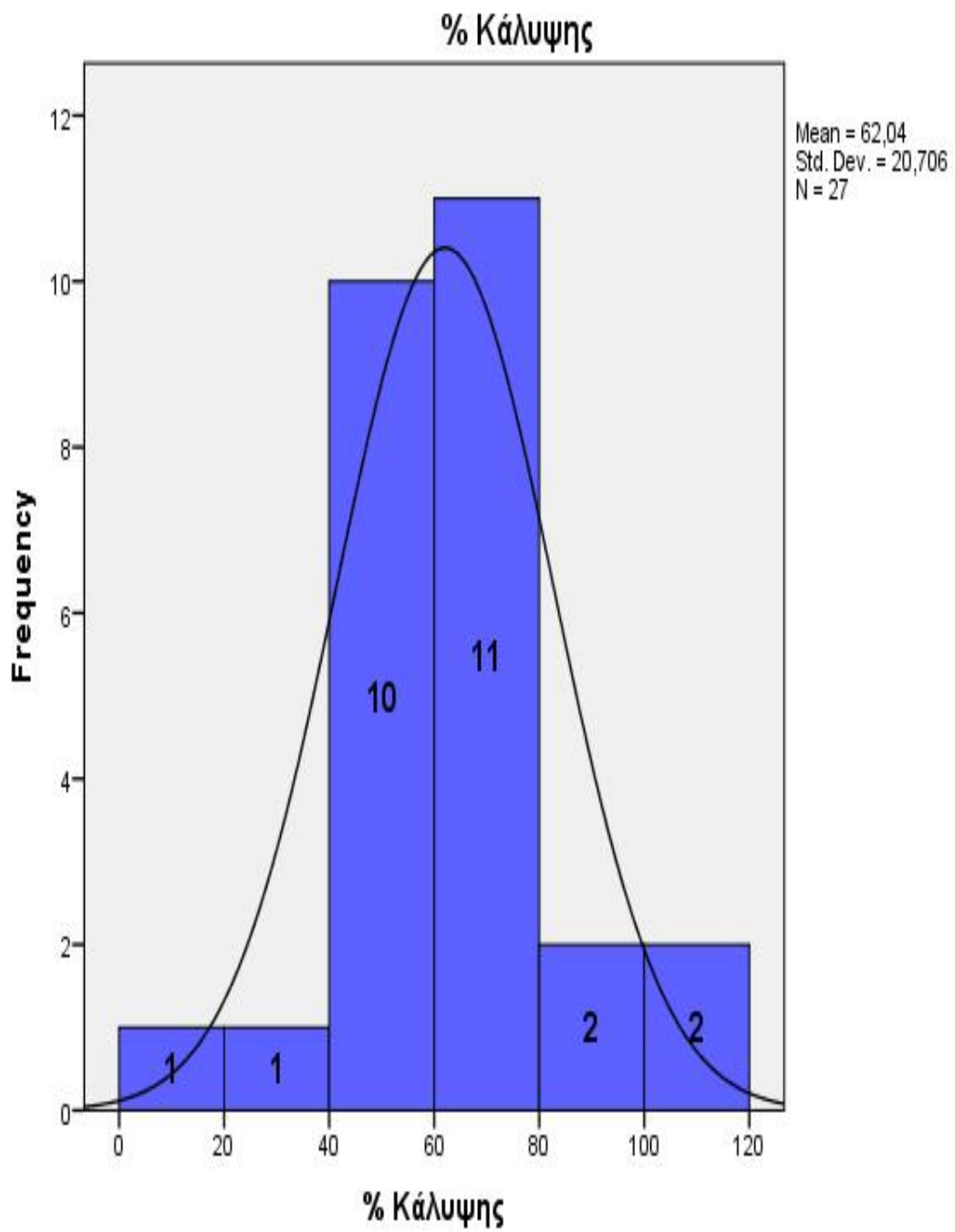
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Κόστος Υγειονομικού/Νοσηλευθέντα	27	79	747	204,04	128,988	16637,806	3,048	,448	12,085	,872
Valid (listwise)	N 27									

Από τους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι όλες οι τιμές των δεικτών για την ασυμμετρία και την κύρτωση είναι θετικές, γεγονός που δηλώνει ότι έχουμε θετική ασυμμετρία, δηλαδή προς τα δεξιά και λεπτόκυρτη. Με εξαίρεση τον δείκτη % Κάλυψη, που φαίνεται να ακολουθεί την κανονική κατανομή, λόγω των τιμών του που βρίσκονται κοντά στο 0.

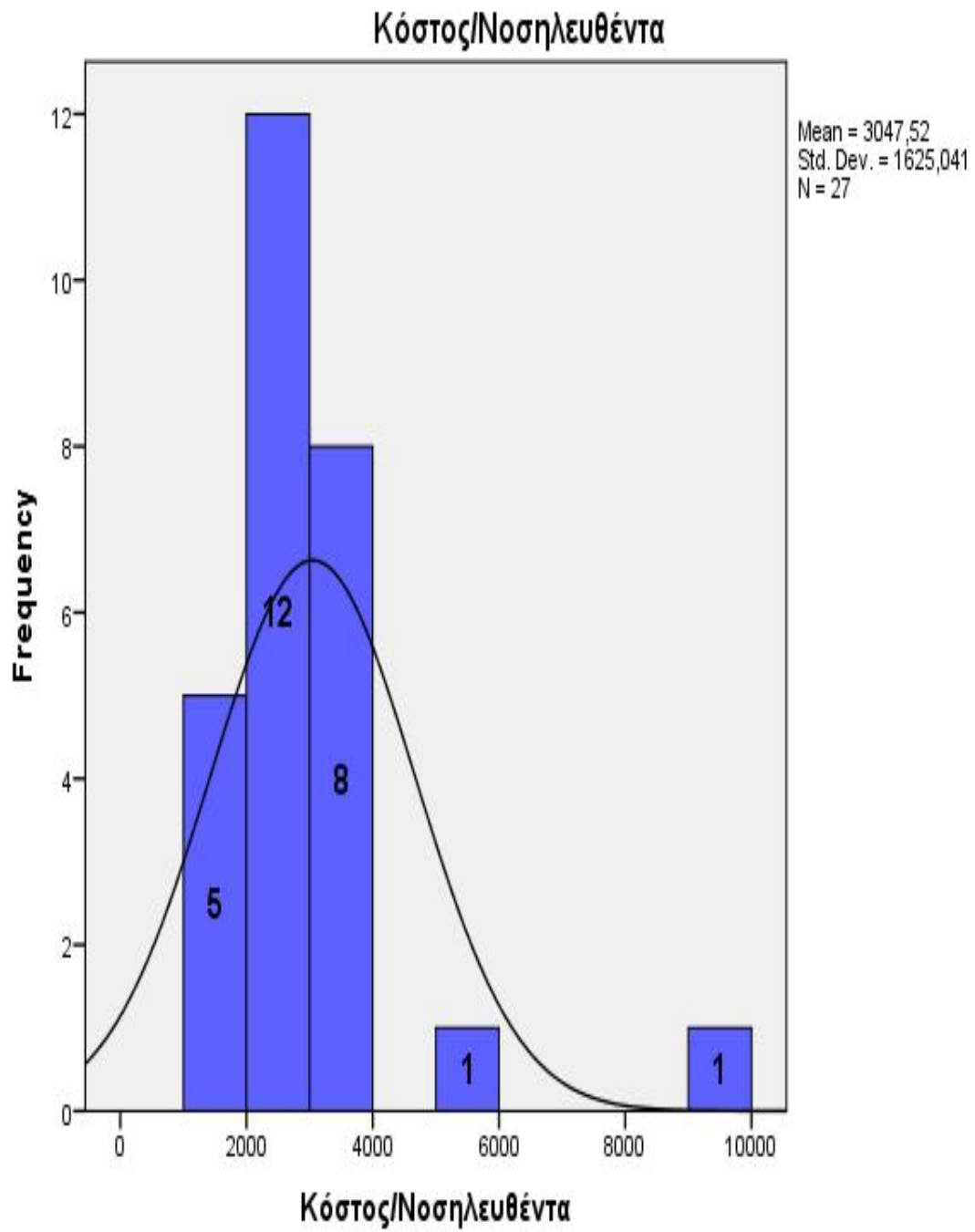
Διάγραμμα 1: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας



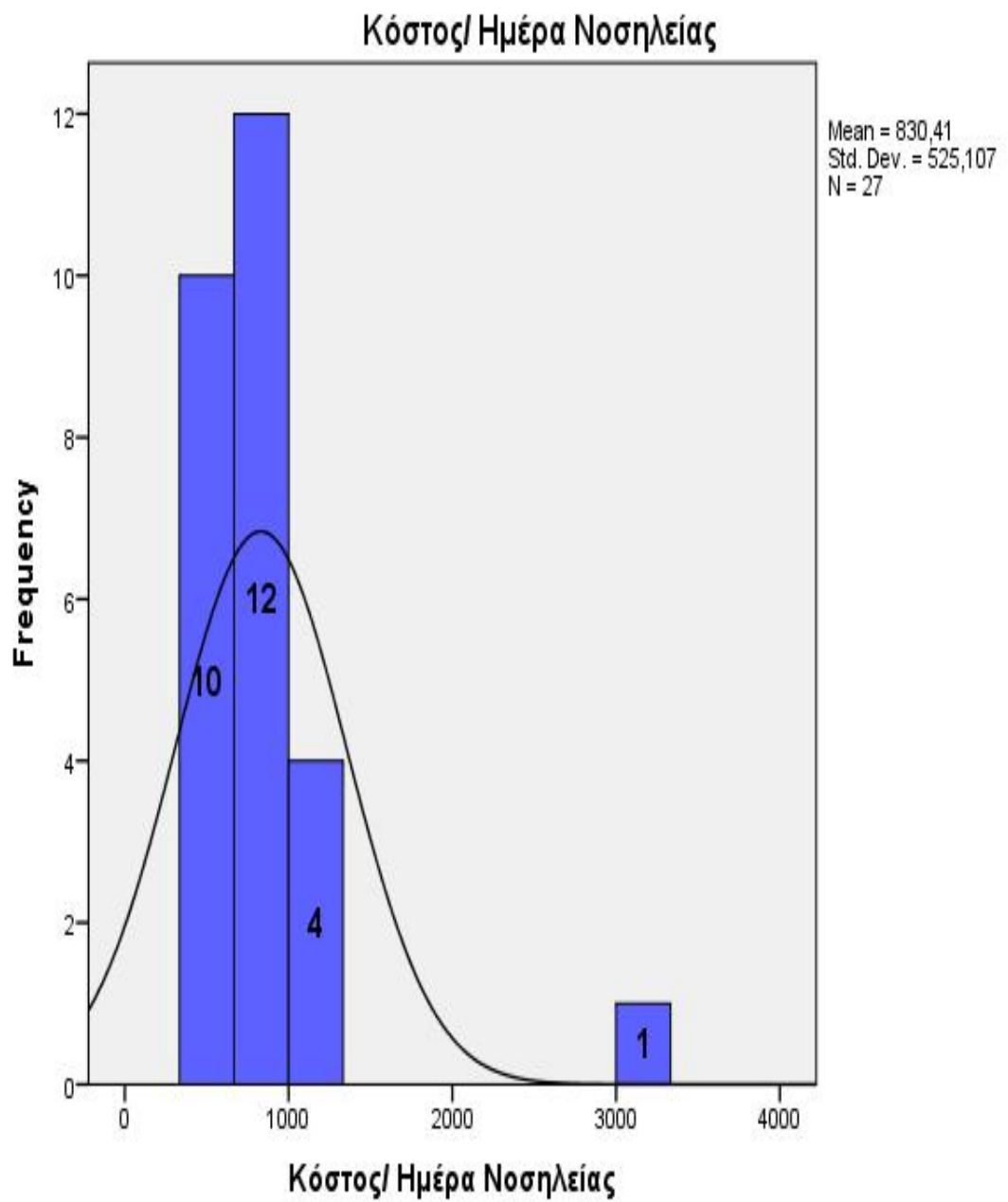
Διάγραμμα 2: Ιστόγραμμα συχνοτήτων % Κάλυψης



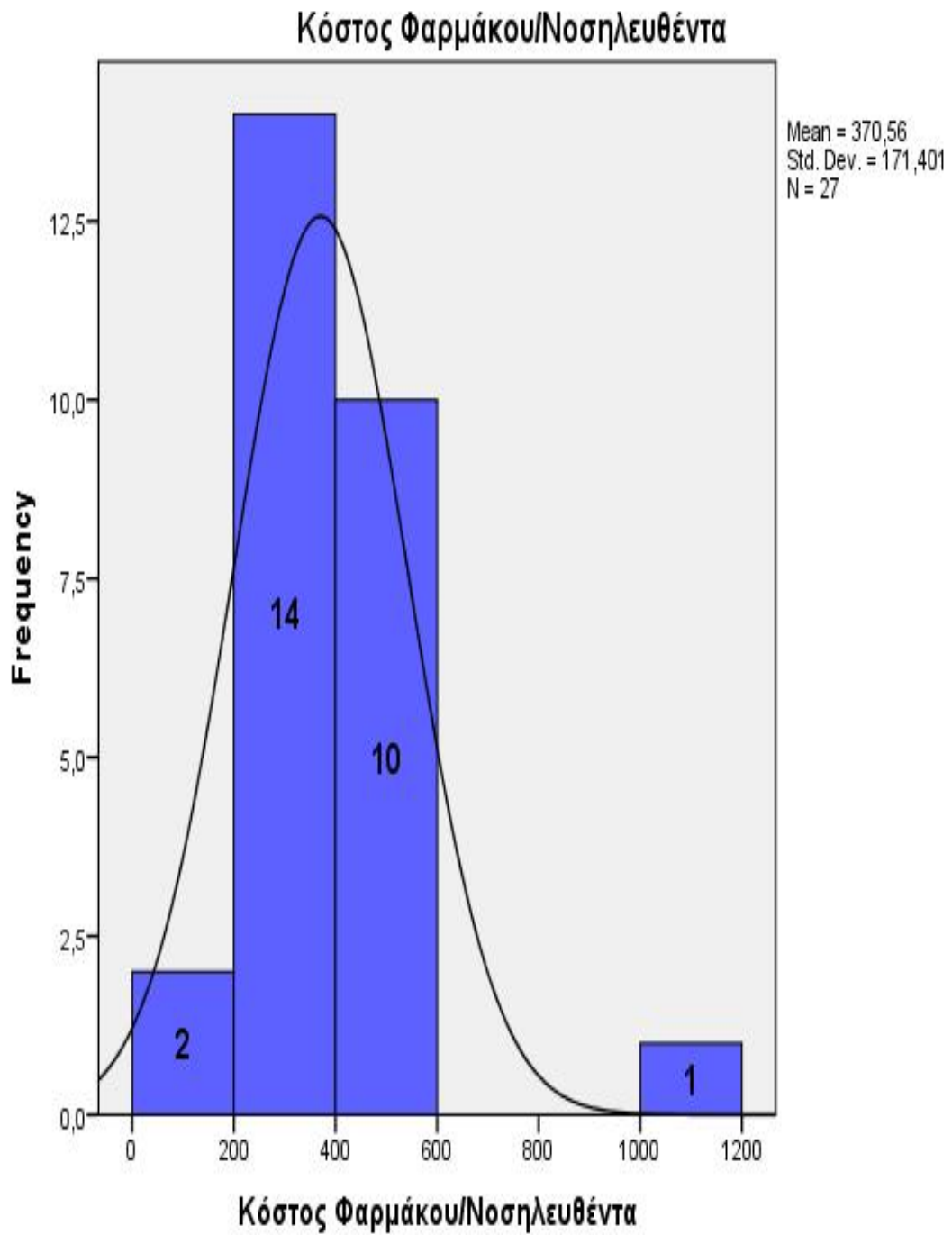
Διάγραμμα 3: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος / Νοσηλευθέντα



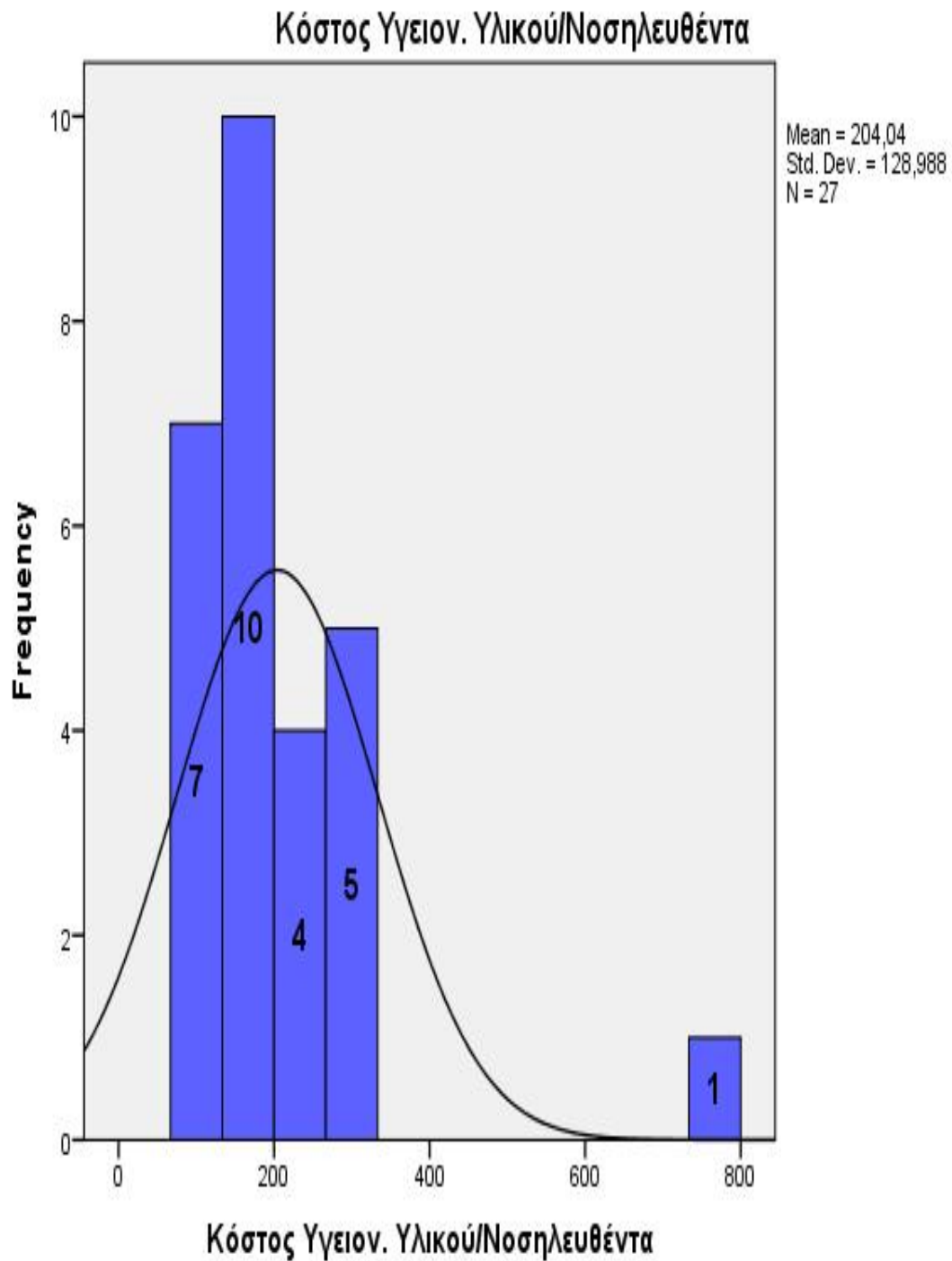
Διάγραμμα 4: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας



Διάγραμμα 5: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα



Διάγραμμα 6: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα



6.2 Τέστ Κανονικότητας Δείγματος

Για να γίνει όμως καλύτερα αντιληπτό εάν οι δείκτες ακολουθούν την κανονική κατανομή ή όχι, θα εξετάσουμε την κανονικότητα τους μέσω δύο τεστ κανονικότητας, των Shapiro – Wilk και των Kolmogorov – Smirnov. Και στα δύο τεστ η μηδενική υπόθεση (H_0) είναι ότι τα δεδομένα προέρχονται από πληθυσμούς που έχουν διανεμηθεί κανονικά. Η εναλλακτική υπόθεση (H_1) είναι ως εκ τούτου ότι τα δεδομένα προέρχονται από έναν πληθυσμό που δεν διανέμεται κανονικά. Κατά συνέπεια, εάν τα αποτελέσματα των δύο δοκιμών είναι στατιστικώς σημαντικά, δηλαδή το $p < 0,05$, τότε απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και σημαίνει ότι το δείγμα μας δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Πίνακας 7: Τεστ κανονικότητας Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΜΔΝ	,161	27	,070	,899	27	,013

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 8: Τεστ κανονικότητας % Κάλυψης

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
% Κάλυψης	,147	27	,138	,944	27	,150

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 9: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Νοσηλευθέντα

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κόστος/Νοσηλευθέντα	,272	27	,000	,644	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 10: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κόστος/ Ημέρα Νοσηλείας	,277	27	,000	,520	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 11: Τεστ κανονικότητας Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα	,150	27	,123	,816	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 12: Τεστ κανονικότητας Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smimov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κόστος Υγειον. Υλικού/Νοσηλευθέντα	,222	27	,001	,696	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό από τους παραπάνω πίνακες, όλοι οι δείκτες ακολουθούν την κανονική κατανομή, με εξαίρεση του δείκτη Κόστος / Νοσηλευθέντα και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας, όπου τα p – value τους ισούνται με το $0 < 0,05$, και άρα θα πρέπει να απορριφθεί η H_0 .

6.3 Τέστ Ανεξαρτησίας Δείγματος

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε εάν το δείγμα μας είναι ανεξάρτητο. Για να γίνει αυτό θα ακολουθηθεί η μέθοδος του X^2 Τεστ, όπου η H_0 είναι ότι το δείγμα μας είναι ανεξάρτητο και η H_1 ότι δεν είναι. Όπως και προηγουμένως, εάν το $p < 0.05$ τότε απορρίπτουμε την H_0 . Πέρα όμως από αυτό, για να γίνει σωστή ανάλυση και επεξήγηση των αποτελεσμάτων, θα πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές του X^2 Τεστ είναι οι εξής:

- Ø Το N (πλήθος του δείγματος) θα πρέπει να είναι μεγαλύτερο από το 4πλάσιο γινόμενο των σειρών και των στηλών.
- Ø Όλες οι αναμενόμενες συχνότητες θα πρέπει να είναι μεγαλύτερες από 1.
- Ø Οι αναμενόμενες συχνότητες που είναι < 5 να μην ξεπερνούν το 25% του συνόλου των αναμενόμενων συχνοτήτων του πίνακα.

Πίνακας 13: X² Τεστ Νοσοκομεία * Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	675,000 ^a	650	,241	,000
Likelihood Ratio	175,203	650	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 702 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Πίνακας 14: X² Τεστ Νοσοκομεία * % Κάλυψη
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	567,000 ^a	546	,259	. ^b
Likelihood Ratio	163,066	546	1,000	1,000
Fisher's Exact Test	989,694			1,000
N of Valid Cases	27			

a. 594 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

Πίνακας 15: X² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Νοσηλευθέντα
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)
--	-------	----	--------------------------	--------------------------

Pearson Chi-Square	675,000 ^a	650	,241	,000
Likelihood Ratio	175,203	650	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 702 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Πίνακας 16: X² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	702,000 ^a	676	,237	,000
Likelihood Ratio	177,975	676	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 729 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Πίνακας 17: X² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	675,000 ^a	650	,241	,000
Likelihood Ratio	175,203	650	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 702 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Πίνακας 18: X² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	702,000 ^a	676	,237	,000
Likelihood Ratio	177,975	676	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 729 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό από τις υποσημειώσεις των πινάκων στα αποτελέσματα του X² Τεστ, σε όλους τους δείκτες δεν πληρείται η προϋπόθεση που αναφέρει ότι οι αναμενόμενες συχνότητες που είναι < 5 δεν πρέπει να ξεπερνούν το 25%. Έτσι δεν μπορούμε να βγάλουμε στατιστικά συμπεράσματα για το αν το δείγμα μας είναι ανεξάρτητο.

6.4 Συσχετίσεις Δεικτών

Τέλος, ελέγχτηκε η συσχέτιση των δεικτών με βάση το κύριο δείκτη εξέταση, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας. Συγκεκριμένα, θα εξετασθεί ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, ο οποίος είναι ένας δείκτης του μεγέθους της συσχέτισης μεταξύ δύο συνόλων τιμών και κυμαίνεται από -1 έως 1. Οι αρνητικές τιμές δηλώνουν αρνητική συσχέτιση και αντίστοιχα οι θετικές τιμές θετική συσχέτιση, ενώ τιμές ίσες με 1 ή -1 δηλώνουν τέλεια συσχέτιση.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson αφορά δείγματα που ακολουθούν την κανονική κατανομή. Έτσι, για τους δείκτες που εξετάστηκαν και δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, Κόστος / Νοσηλευθέντα

και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας, θα εξετασθεί η συσχέτιση με τον βασικό δείκτη, μέσω του συντελεστή συσχέτισης του Spearman.

Πίνακας 19: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * % Κάλυψη

Correlations

		% Κάλυψης	ΜΔΝ
% Κάλυψης	Pearson Correlation	1	,270
	Sig. (2-tailed)		,174
	N	27	27
ΜΔΝ	Pearson Correlation	,270	1
	Sig. (2-tailed)	,174	
	N	27	27

Πίνακας 20: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Νοσηλευθέντα

Correlations

			Κόστος/Νοσ ηλευθέντα	ΜΔΝ
Spearman's rho	Κόστος/Νοσηλευθέντα	Correlation Coefficient	1,000	,473*
		Sig. (2-tailed)	.	,013
		N	27	27
ΜΔΝ		Correlation Coefficient	,473*	1,000

	Sig. (2-tailed)	,013	.
	N	27	27

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 21: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας

Correlations

			Κόστος/ Ημέρα Νοσηλείας	ΜΔΝ
Spearman's rho	Κόστος/ Νοσηλείας	Correlation Coefficient	1,000	-,405*
		Sig. (2-tailed)	.	,036
		N	27	27
	ΜΔΝ	Correlation Coefficient	-,405*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,036	.
		N	27	27

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 22: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα

Correlations

		Κόστος Φαρμάκου/Ν οσηλευθέντα	ΜΔΝ

Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα	Pearson	1	,205
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,304
ΜΔΝ	N	27	27
	Pearson	,205	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,304	
	N	27	27

Πίνακας 23: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Correlations

		Κόστος Υγειον. Υλικού/Νοσ ηλευθέντα	ΜΔΝ
Κόστος Υγειον. Υλικού/Νοσηλευθέντα	Pearson	1	,224
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,261
ΜΔΝ	N	27	27
	Pearson	,224	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,261	
	N	27	27

Από τους πίνακες 19, 22, 23 παρατηρείται ότι οι δείκτες που εξετάστηκαν έχουν θετική συσχέτιση με τον βασικό δείκτη, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, αλλά δεν είναι

στατιστικώς σημαντική. Αντιθέτως, οι δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας έχουν στατιστικώς σημαντική θετική μέτρια και αρνητική μέτρια συσχέτιση, καθώς οι τιμές τους είναι 0,473 και -0,405, αντίστοιχα, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Η ίδια ανάλυση για τους δείκτες πραγματοποιείται και για το 2011. Αναλυτικότερα στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται οι βασικές τιμές των δεικτών. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή της Διάρκειας Νοσηλείας είναι 3,7 και η τυπική απόκλιση 1,05. Αντίστοιχα, οι τιμές αυτές για τον δείκτη % Κάλυψη είναι 61,26 και 19,2, για το Κόστος / Νοσηλευθέντα είναι 2824,5 και 1621,1, για το Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας είναι 773,5 και 505,7, για το Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα είναι 227,1 και 101,8 και τέλος για το Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα είναι 160,8 και 77,5.

Πίνακας 24: Περιγραφικά στατιστικά Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας
Descriptive Statistics

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviatio n	Varia nce	Skewness		Kurtosis	
	Statis tic	Statist ic	Statist ic	Statist ic	Statistic	Statis tic	Statis tic	Std. Error	Statis tic	Std. Error
MΔN	27	2,750 0	8,100 0	3,765 556	1,05218 21	1,107	2,818	,448	10,85 6	,872
Valid N (listwise)	27									

Πίνακας 25: Περιγραφικά στατιστικά % Κάλυψης

Descriptive Statistics

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviatio n	Varia nce	Skewness		Kurtosis	
	Statis tic	Statist ic	Statist ic	Statis tic	Statistic	Statis tic	Statis tic	Std. Error	Statis tic	Std. Error
% Κάλυψης Valid N (listwise)	27	6	112	61,26	19,255	370,7 38	-,235	,448	3,054	,872

Πίνακας 26: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Νοσηλευθέντα

Descriptive Statistics

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviatio n	Varianc e	Skewness		Kurtosis	
	Statis tic	Statist ic	Statist ic	Statis tic	Statistic	Statistic	Statis tic	Std. Error	Statis tic	Std. Error
Κόστος/Νοσ ηλευθέντα Valid N (listwise)	27	1616	9527	2824, 52	1621,19 7	2628280 ,490	3,286	,448	11,98 4	,872

Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας

Descriptive Statistics

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviatio n	Varian ce	Skewness		Kurtosis	
	Statis tic	Statis tic	Statist ic	Statis tic	Statistic	Statisti c	Statis tic	Std. Error	Statis tic	Std. Error
Κόστος/ Ημέρα Νοσηλείας Valid N (listwise)	27 27	419	3195	773,5 2	505,797	255830 ,336	4,508	,448	22,11 4	,872

Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα

Descriptive Statistics

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviatio n	Varian ce	Skewness		Kurtosis	
	Statis tic	Statist ic	Statist ic	Statis tic	Statistic	Statisti c	Statis tic	Std. Error	Statis tic	Std. Error
Κόστος Φαρμάκου/Νοσ ηλευθέντα Valid N (listwise)	27 27	91	556	227,1 5	101,802	10363, 746	1,672	,448	3,340	,872

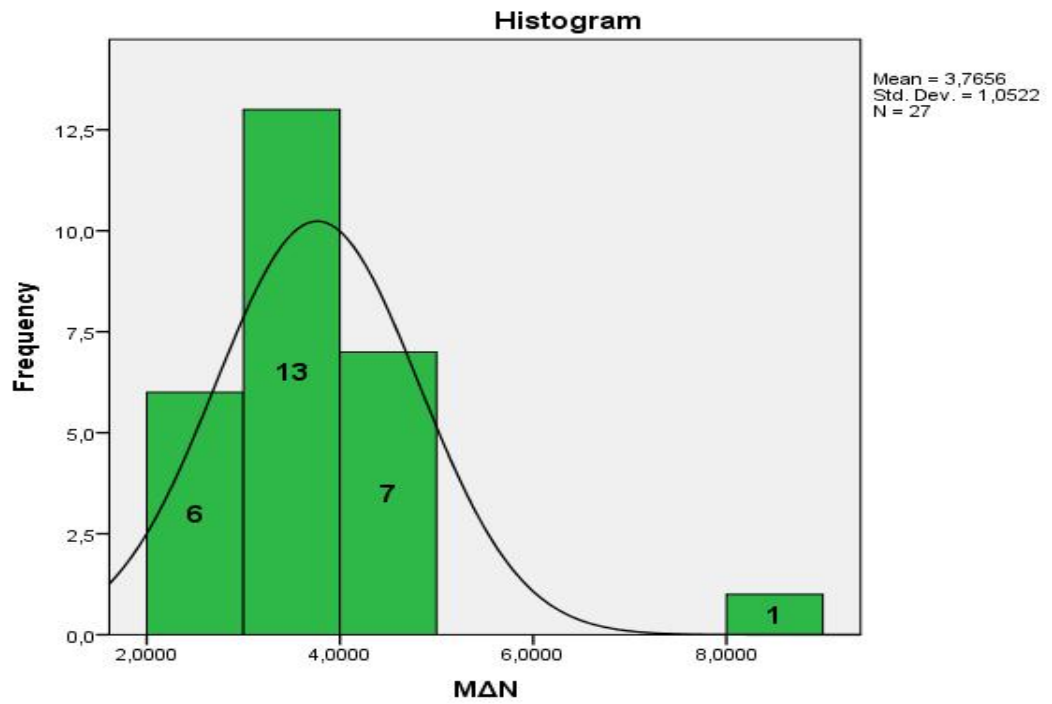
Πίνακας 28: Περιγραφικά στατιστικά Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Descriptive Statistics

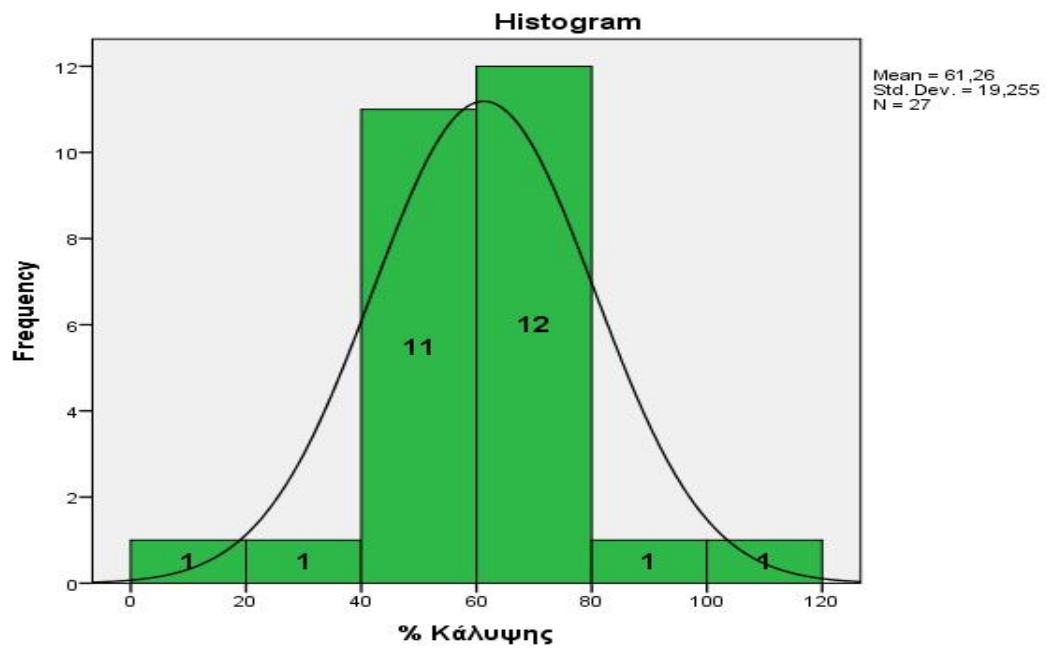
	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviatio n	Varia nce	Skewness		Kurtosis	
	Statis tic	Statist ic	Statist ic	Statis tic	Statistic	Statist ic	Statis tic	Std. Error	Statis tic	Std. Error
Κόστος Υγειον. Υλικού/Νοσηλε υθέντα Valid N (listwise)	27	35	422	160,8 9	77,563	6015, 949	1,458	,448	3,781	,872

Επιπλέον, από τους πίνακες παρατηρείται ότι όλες οι τιμές που αφορούν την ασυμμετρία και την κύρτωση των δεικτών είναι θετικές, εκτός από την τιμή της ασυμμετρίας του δείκτη % Κάλυψη. Αυτό δείχνει ότι όλες οι κατανομές έχουν μια ασυμμετρία προς τα δεξιά, ενώ η αρνητική τιμή του % Κάλυψη δείχνει ασυμμετρία προς τα αριστερά. Ενώ, όλες οι τιμές δείχνουν λεπτόκυρτες κατανομές. Αυτό φαίνεται και από τα ιστογράμματα συχνοτήτων που ακολουθούν.

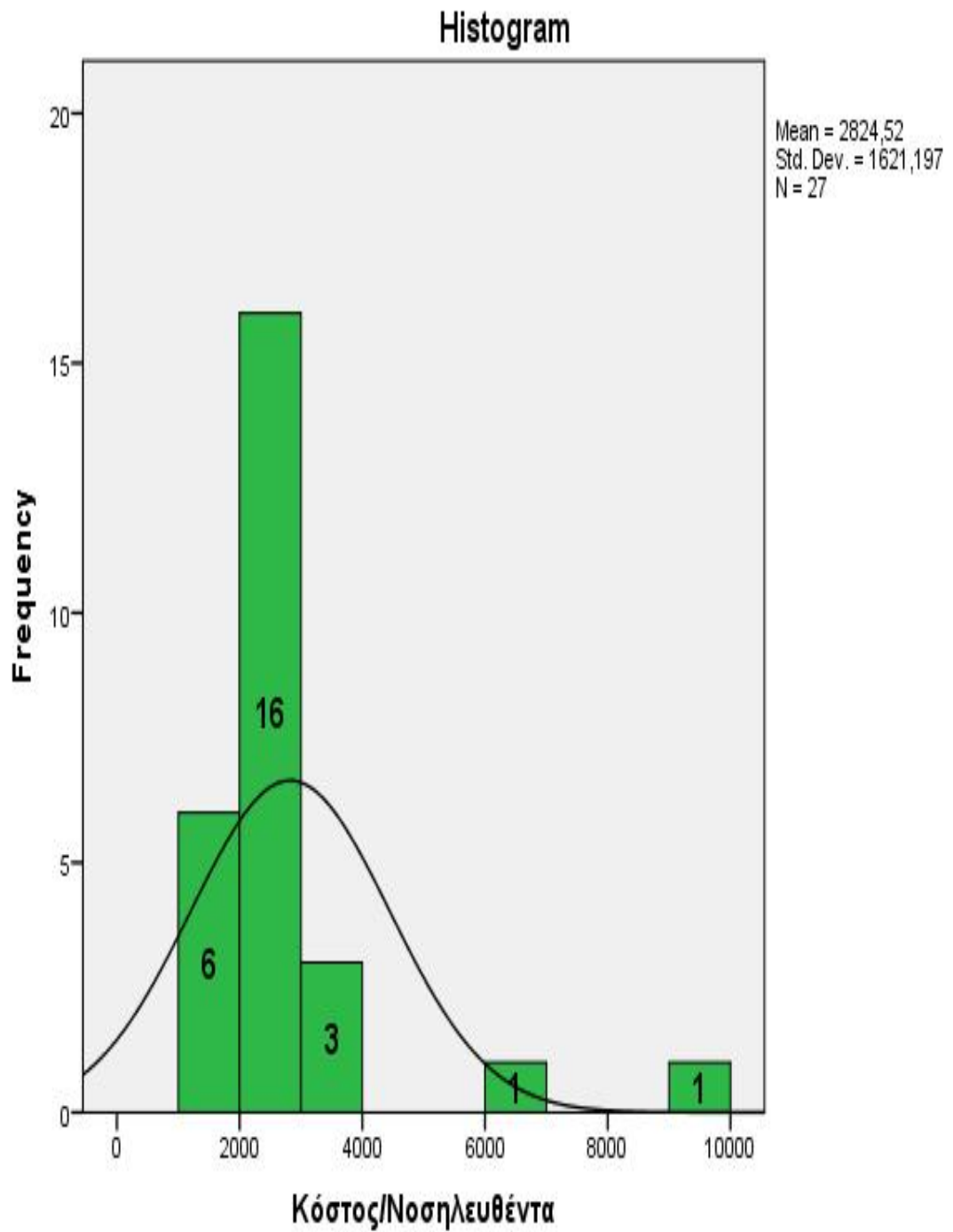
Διάγραμμα 7: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας



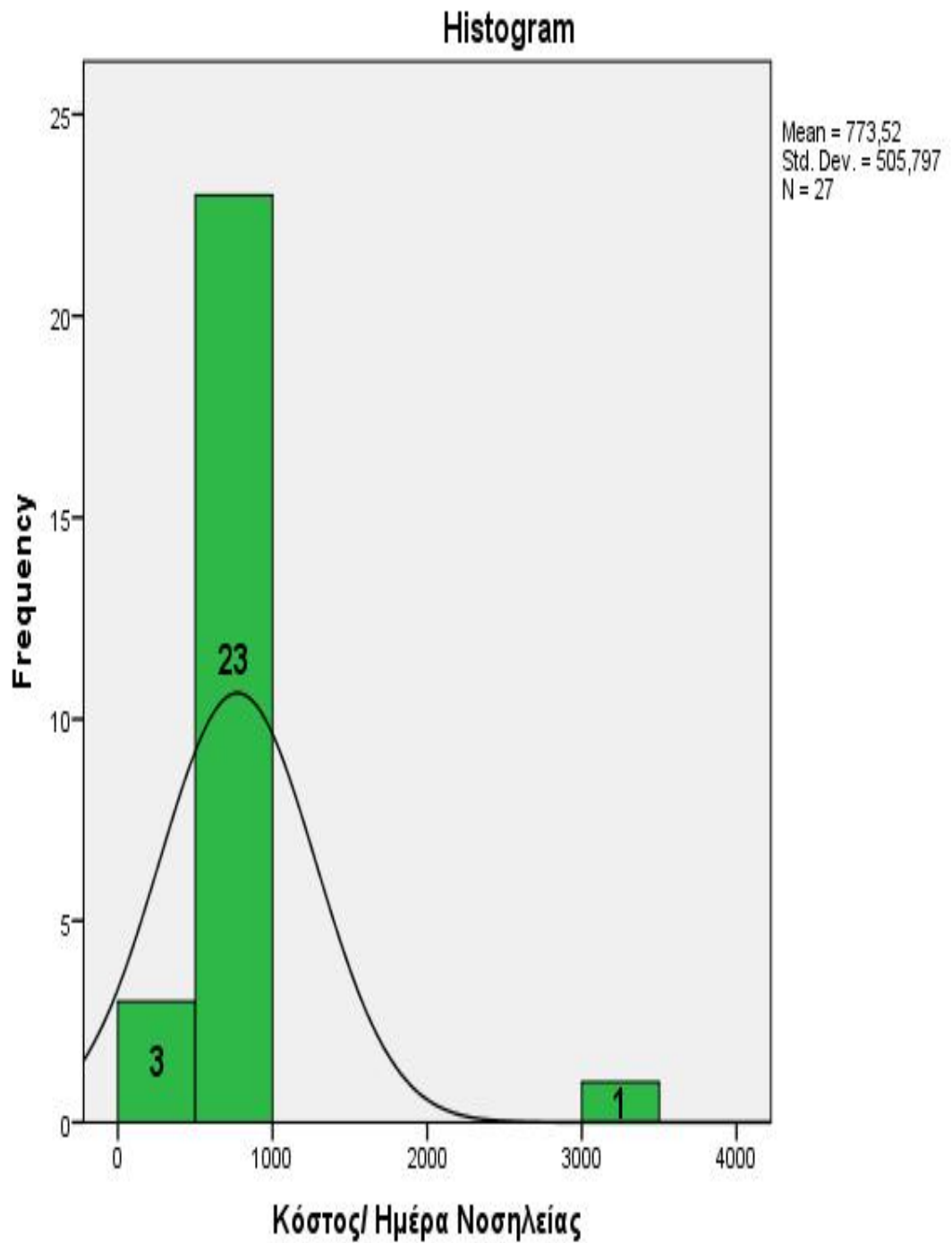
Διάγραμμα 8: Ιστόγραμμα συχνοτήτων % Κάλυψης



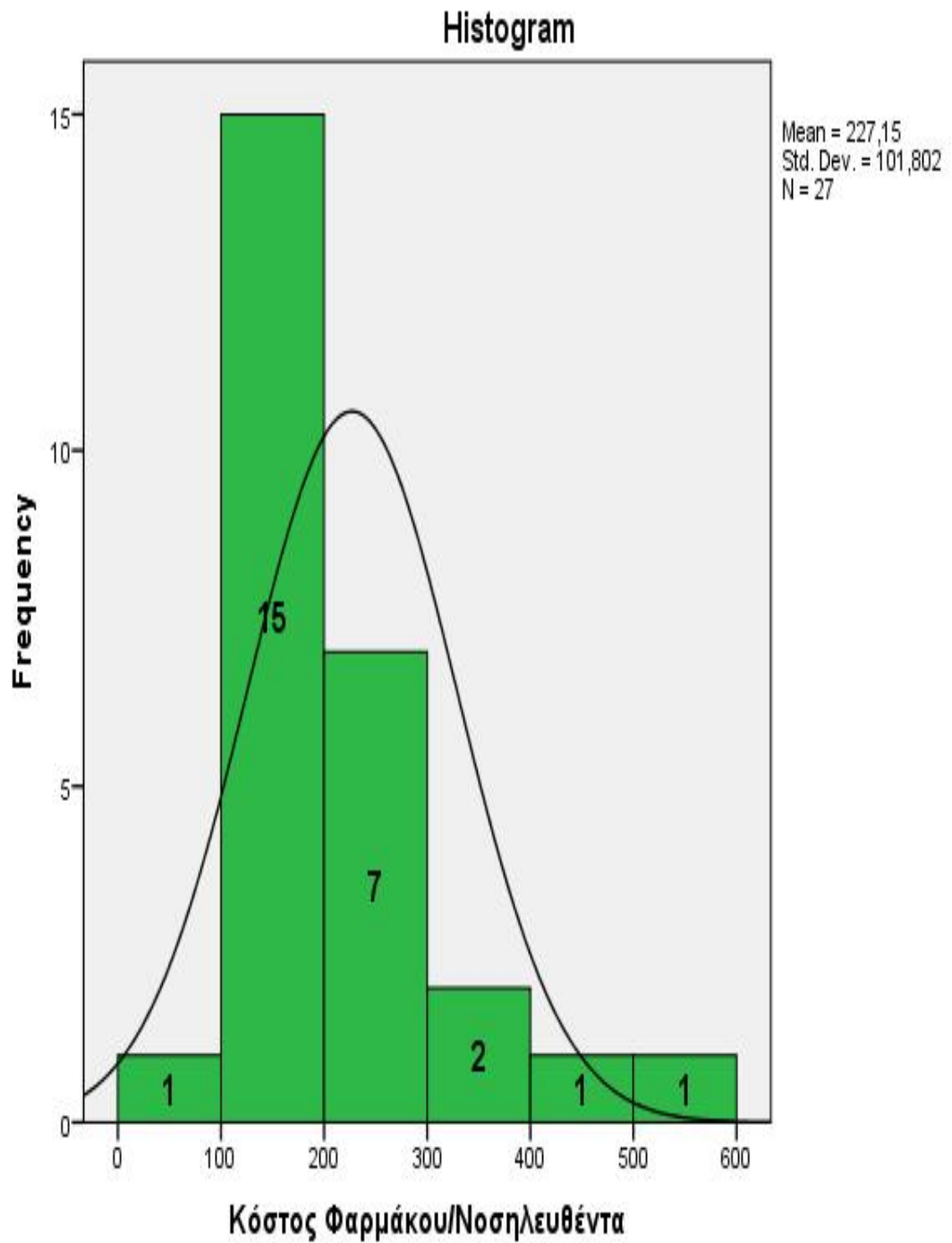
Διάγραμμα 9: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος / Νοσηλευθέντα



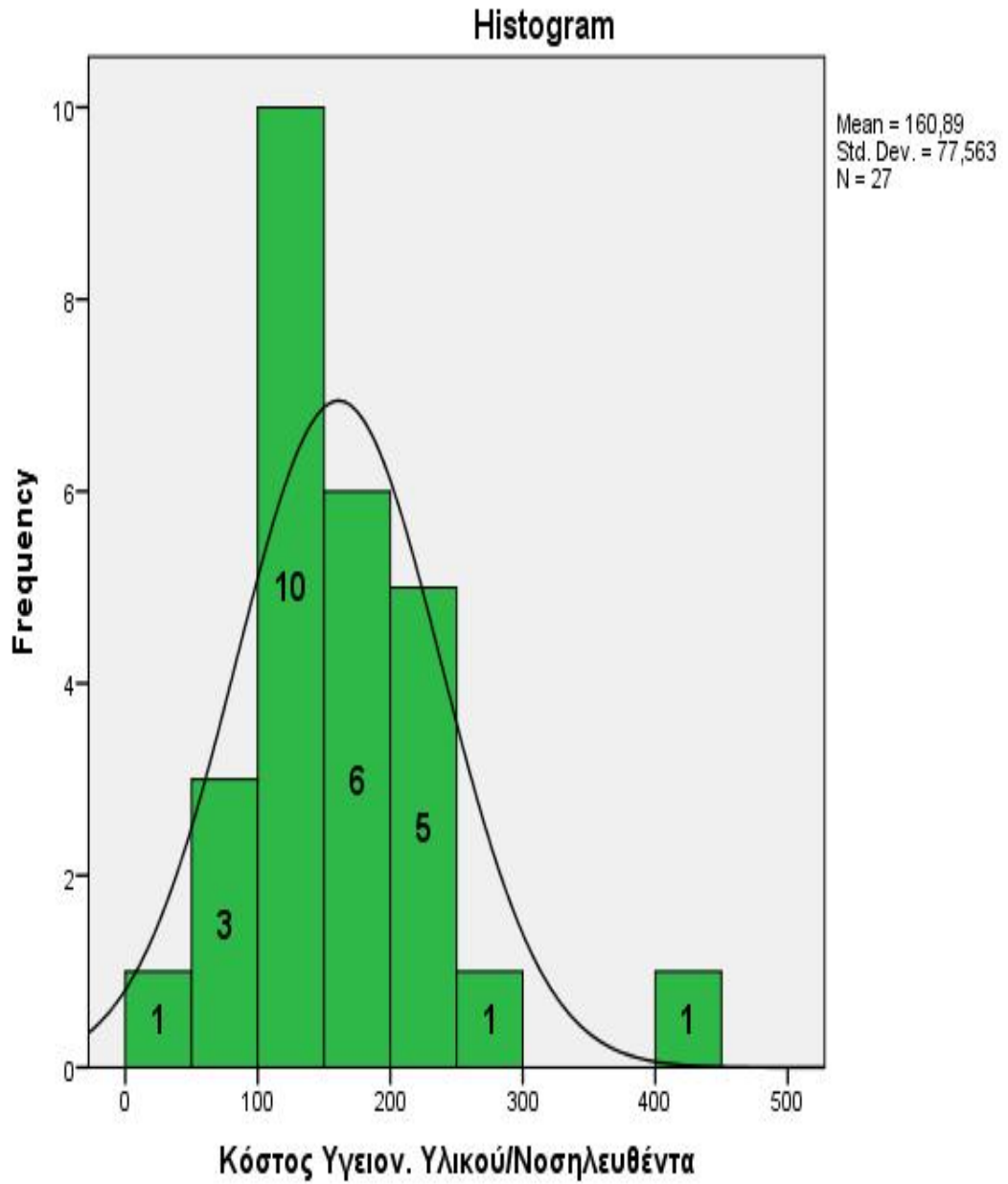
Διάγραμμα 10: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας



Διάγραμμα 11: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα



Διάγραμμα 12: Ιστόγραμμα συχνοτήτων Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα



Έτσι λοιπόν, και για το έτος 2011, για να γίνει κατανοητό εάν οι δείκτες ακολουθούν την κανονική κατανομή θα εξετάσουμε τα τεστ κανονικότητας των Shapiro – Wilk και των Kolmogorov – Smirnov.

Πίνακας 29: Τεστ κανονικότητας Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΜΔΝ	,176	27	,032	,728	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 30: Τεστ κανονικότητας % Κάλυψης

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
% Κάλυψης	,133	27	,200*	,931	27	,073

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 31: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Νοσηλευθέντα

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

Κόστος/Νοσηλευθέντα	,304	27	,000	,593	27	,000
---------------------	------	----	------	------	----	------

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 32: Τεστ κανονικότητας Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κόστος/ Ημέρα Νοσηλείας	,305	27	,000	,458	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 33: Τεστ κανονικότητας Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα	,231	27	,001	,847	27	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 34: Τεστ κανονικότητας Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

Κόστος	Υγειον.						
Υλικού/Νοσηλευθέντα		,111	27	,200*	,902	27	,015

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Από την πραγματοποίηση των τεστ παρατηρείτε ότι όλοι οι δείκτες ακολουθούν την κανονική κατανομή, με εξαίρεση τους δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας. Στο σημείο αυτό, αξίζει να τονίσουμε ότι ενώ σε κάποιους πίνακες φαίνεται οι τιμές των τεστ να διαφέρουν και άρα να διχάζουν το αποτέλεσμα, εμείς βασιστήκαμε περισσότερο στα αποτελέσματα του τεστ των Kolmogorov – Smirnov, λόγω του ότι ύστερα από αναζήτηση στο διαδίκτυο κρίνεται πιο αξιόπιστο.

Συνεχίζοντας, θα γίνει ο έλεγχος για την ανεξαρτησία του δείγματος μας, με βάση το χ^2 Τεστ, όπως έγινε και για το 2010.

Πίνακας 35: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	648,000 ^a	624	,245	. ^b
Likelihood Ratio	172,430	624	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 675 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

Πίνακας 36: χ^2 Τεστ Νοσοκομεία * % Κάλυψη
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	567,000 ^a	546	,259	. ^b
Likelihood Ratio	164,112	546	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 594 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

Πίνακας 37: X² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Νοσηλευθέντα

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	702,000 ^a	676	,237	,000
Likelihood Ratio	177,975	676	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 729 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Πίνακας 38: X² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	702,000 ^a	676	,237	,000
Likelihood Ratio	177,975	676	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 729 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

**Πίνακας 39: Χ² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	702,000 ^a	676	,237	,000
Likelihood Ratio	177,975	676	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 729 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

**Πίνακας 40: Χ² Τεστ Νοσοκομεία * Κόστος Υγειονομικού Υλικού /
Νοσηλευθέντα
Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	702,000 ^a	676	,237	,000
Likelihood Ratio	177,975	676	1,000	,000
Fisher's Exact Test	,000			,000
N of Valid Cases	27			

a. 729 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Όπως και το 2010, έτσι και το 2011 δεν μπορούμε να βγάλουμε στατιστικά συμπεράσματα για το αν το δείγμα μας είναι ανεξάρτητο. Και αυτό γιατί όπως βλέπουμε στις τις υποσημειώσεις των πινάκων στα αποτελέσματα του Χ² Τεστ, σε όλους τους

δείκτες δεν πληρείται η προϋπόθεση που αναφέρει ότι οι αναμενόμενες συχνότητες που είναι < 5 δεν πρέπει να ξεπερνούν το 25%.

Τέλος, γίνεται ανάλυση της συσχέτισης των δεικτών με τον βασικό δείκτη, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, όπως και το 2010. Και για το έτος 2011 θα εξετασθεί ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson για τους δείκτες που ακολουθούν την κανονική κατανομή και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman για αυτούς που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

**Πίνακας 41: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * % Κάλυψη
Correlations**

		% Κάλυψης	ΜΔΝ
% Κάλυψης	Pearson Correlation	1	-,108
	Sig. (2-tailed)		,591
	N	27	27
ΜΔΝ	Pearson Correlation	-,108	1
	Sig. (2-tailed)	,591	
	N	27	27

**Πίνακας 42: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος /
Νοσηλευθέντα
Correlations**

		Κόστος/Νοσ ηλευθέντα	ΜΔΝ
Spearman's rho	Κόστος/Νοσηλευθέ ντα	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,291
			,141

	N	27	27
ΜΔΝ	Correlation Coefficient	,291	1,000
	Sig. (2-tailed)	,141	.
	N	27	27

**Πίνακας 43: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας
Correlations**

		Κόστος/ Ημέρα Νοσηλείας	ΜΔΝ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,305
	Sig. (2-tailed)	.	,122
	N	27	27
	Correlation Coefficient	-,305	1,000
	Sig. (2-tailed)	,122	.
	N	27	27

**Πίνακας 44: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα
Correlations**

	Κόστος Φαρμάκου/Ν οσηλευθέντα	ΜΔΝ

Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα	Pearson	1	,047
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,817
ΜΔΝ	N	27	27
	Pearson	,047	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,817	
	N	27	27

Πίνακας 45: Συσχέτιση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας * Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα

Correlations

		Κόστος Υγειον. Υλικού/Νοσ ηλευθέντα	ΜΔΝ
Κόστος Υγειον. Υλικού/Νοσηλευθέντα	Pearson	1	,201
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,314
ΜΔΝ	N	27	27
	Pearson	,201	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,314	
	N	27	27

Από τους πίνακες παρατηρείται ότι οι δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα, Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα και Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα που εξετάστηκαν έχουν θετική συσχέτιση με τον βασικό δείκτη, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας,

αλλά δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Αντιθέτως, οι δείκτες % Κάλυψη και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας έχουν αρνητική συσχέτιση με τον δείκτη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τους πλέον νευραλγικούς τομείς σε κάθε ανεπτυγμένη κοινωνία. Είναι μάλιστα αυτός μαζί με την παιδεία, οι οποίοι ξεχωρίζουν την ανάπτυξη και την ευημερία μιας κοινωνίας. Ένας ισχυρός τομέας υγείας σε ένα κράτος συνεπάγεται ότι οι πολίτες που κατοικούν σε αυτό (το κράτος) απολαμβάνουν το υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο και ζουν περισσότερο.

Βέβαια θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι ο τομέας των υπηρεσιών υγείας, αφενός είναι δύσκολο να οργανωθεί, αφετέρου είναι πιο δύσκολο να συντηρηθεί και να αναπτυχθεί. Αυτό σημαίνει ότι όχι μόνο το ίδιο το κράτος με τις επιλογές που κάνει, αλλά και όλοι οι άλλοι (εργαζόμενο σε αυτό, πολίτες, κλπ.) πρέπει να συμβάλλουν με τις δυνάμεις τους για να αναπτυχθεί ο τομέας των υπηρεσιών υγείας.

Οι αυξανόμενες προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο τομέας υγείας τα τελευταία χρόνια, αφορούν στο αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, το γεγονός ότι ο πληθυσμός των δυτικών χωρών τείνει να μεγαλώνει ηλικιακά, επομένως αυξάνονται τα χρόνια νοσήματα, τις ελλείψεις στο προσωπικό επαγγελματιών υγείας και στις ανισότητες που παρατηρούνται στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη.

Ένας ακόμη βραχνάς ο οποίος έχει προστεθεί τα τελευταία χρόνια είναι και η οικονομική κρίση που βιώνουν οι σύγχρονες κοινωνίες, κάνοντας ολοένα και πιο επιτακτική την ανάγκη για περιορισμό των δημοσιονομικών πόρων, άρα και περικοπών στον τομέα της υγείας, επιδεινώνοντας την βιωσιμότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Η παρούσα εργασία, έχει ως σκοπό την παρουσίαση του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» της Ελλάδας και ειδικότερα την αποδοτικότητα των νοσοκομείων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην Δυτική Ελλάδα.

Για να γίνει σαφέστερο, το Σύστημα Υγείας μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των υποσυστημάτων εκείνων τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, ώστε να επιτευχθεί ο αντικειμενικός στόχος του συστήματος ο οποίος είναι η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας των πολιτών (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007 σ. 67).

Με άλλα λόγια ένα Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα τρόπο οργάνωσης και διοίκησης τόσο του ανθρώπινου δυναμικού όσο και των υλικών πόρων που

απασχολούνται στην Υγεία, μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών για την προαγωγή του αγαθού της Υγείας, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας που δραστηριοποιείται το σύστημα (Λιαρόπουλος, 2007).

Στην Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1993 με τον νόμο 1397/Φ.43^Α/7-10-1993. Οι βασικοί του στόχοι είναι η προαγωγή την υγείας των πολιτών, η διατήρηση της υγείας τους και η επαναφορά της υγείας όπου χρειάζεται. Το Σύστημα Υγείας για να θεωρηθεί ολοκληρωμένο και επιτυχές θα πρέπει να βελτιώνει την υγεία των ανθρώπων και να προάγει την θεραπεία τους, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος γι' αυτούς, μιας και είναι δημόσιο αγαθό.

Στην Ελλάδα λειτουργούν νοσοκομεία, τα οποία είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), τα Νοσοκομεία Ένοπλων Δυνάμεων και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία τα οποία είναι Ανώνυμες Εταιρίες (Τούντας κ.ά., 2007). Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι Ν.Π.Δ.Δ. δηλαδή είναι οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία διακρίνονται σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (Tountas et al., 1995).

Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, δραστηριοποιούνται σε όλη την επικράτεια της χώρας, προσφέροντας από πρωτοβάθμια έως και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναλόγως το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται, είναι λιγότερο ή περισσότερο στελεχωμένα, έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του πληθυσμού για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Ο κύριος σκοπός των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων είναι, αρχικά η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη με ίδιους όρους και προϋποθέσεις για κάθε έναν πολίτη της χώρας. Ένας ακόμη σκοπός των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων είναι η εφαρμογή των νέων μεθόδων και πρακτικών της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Τέλος, τα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία έχουν σκοπό την προαγωγή κάθε άλλης εργασίας πέραν των ήδη αναφερομένων με τους στόχους μιας σύγχρονης και πλήρως οργανωμένης νοσηλευτικής μονάδας.

Ωστόσο, τα δημόσια νοσοκομεία όπως και κάθε οργανισμός οφείλουν να λειτουργούν κάτω από ορισμένους κανόνες και πρακτικές. Οι σύγχρονοι οργανισμοί

οφείλουν, εφόσον θέλουν να είναι βιώσιμοι να λειτουργούν αποτελεσματικά θα πρέπει να οργανώνονται με τρόπο αποδοτικό. Η οργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων θα πρέπει να αφορά την τάξη στα διάφορα αποθέματα πόρων, έτσι ώστε αυτά να είναι χρήσιμα για την πραγματοποίηση ενός σκοπού.

Όπως είναι φυσικό, η οργάνωση προϋποθέτει μια ιεραρχία η οποία θα θέτει τις βάσεις για μια αποδοτική συνεργασία, μέσω του συντονισμού των εμπλεκόμενων μελών για δεδομένους σκοπούς. Η οργάνωση χωρίζεται σε τρία βασικά στάδια τα οποία είναι τα εξής:

- Πρώτον ο καθορισμός του έργου που είναι αναγκαίο να εκτελεστεί.
- Δεύτερο στάδιο αποτελεί η λήψη μιας απόφασης για το τι πρέπει να γίνει ώστε να ικανοποιηθεί ο παραπάνω σκοπός.
- Τρίτο στάδιο αποτελεί ο προσδιορισμός του είδους, της εμπειρίας και τον αριθμό των ατόμων που απαιτούνται για το έργο που πρέπει να πραγματοποιηθεί.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν αρχίσει να οργανώνονται τα τελευταία χρόνια. Εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης των ιδρυμάτων αυτών, αλλά και της ιδιομορφίας του ΕΣΥ, τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα όλων των βαθμίδων και μορφών. Ακόμη, είναι εκείνα τα ιδρύματα τα οποία εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές), προάγοντας την έρευνα.

Όσον αφορά τους πόρους των δημόσιων νοσοκομείων, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό με την μορφή της επιχορήγησης. Μια ακόμη μορφή χρηματοδότησης είναι και οι εισφορές από την κοινωνική ασφάλιση. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια της κοινωνικής ευθύνης τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να είναι προσπελάσιμα από όλες τις κοινωνικές ομάδες και τάξεις που ζουν στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων και των ανέργων και των ανασφάλιστων. Ενώ, όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων, δυστυχώς όπως αναφέρει ο Λιαρόπουλος (2001), η νομική μορφή υπό την οποία λειτουργούν τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και είναι ΝΠΔΔ, απαγορεύει ρητά την εφαρμογή πολιτική κινήτρων απόδοσης εντός του ιδρύματος.

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της σύγχρονης οικονομικής κατάστασης, όπου όλο και περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, δεν

αφήνουν ανεπηρέαστα τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών. Οι παράμετροι, οι οποίοι επηρεάζουν το παραπάνω είναι η αυξανόμενη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, η αύξηση στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας και του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται ως ένας από τους πρωταρχικούς παραγωγικούς τομείς των σύγχρονων οικονομιών (Σουλιώτης, 2000).

Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων στη σύγχρονη εποχή που διατείνεται από οικονομική κρίση επηρεάζεται από την ίδια την κρίση, τον ρυθμό ανάπτυξης της οικονομίας, τα δημοσιονομικά προβλήματα των οικονομικών και τη στενότητα στους πόρους που αντιμετωπίζουν οι κοινωνίες (Σουλιώτης, 2000). Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι διάφορες δημογραφικές μεταβολές του πληθυσμού, οι οποίες οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης, επομένως και του κόστους λειτουργίας, καθώς επίσης και στις αλλαγές στα καταναλωτικά πρότυπα των ατόμων (Σουλιώτης, 2000).

Στη σύγχρονη εποχή η αποδοτικότητα των νοσοκομείων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αποτελεσματικότητα, δηλαδή του βαθμού επίτευξης των στόχων που θέτει η διοίκηση βάσει του σχεδιασμού και του προγραμματισμού (Τούντας, 2010). Η αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων απορρέει από την μέτρηση ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών. Οι ποσοτικοί δείκτες αφορούν το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε συνάρτηση με τον αριθμό των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Γείτονα, 2007). Από την άλλη πλευρά, οι ποιοτικοί δείκτες, οι οποίοι είναι και αρκετά δύσκολα μετρήσιμοι, προσπαθούν να αποτυπώσουν την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

Στην παρούσα εργασία, το πρώτο μέρος αποτελεί την βιβλιογραφική ανασκόπηση, και το δεύτερο αποτελεί το ερευνητικό σκέλος, με το οποίο γίνεται μια προσπάθεια να ερευνηθεί το κατά πόσο τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά. Επειδή ωστόσο, τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας είναι πολλά σε αριθμό στο σύνολό τους, προτιμήθηκε η παρούσα εργασία να εστιάσει το ερευνητικό τμήμα της στα νοσοκομεία της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, τα οποία αποτελούν το σύνολο των νοσοκομείων των Περιφερειών Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Ο σκοπός που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη Υγειονομική Περιφέρεια είναι το γεγονός ότι καλύπτει ένα πολύ μεγάλο χωρικό μέγεθος της Ελλάδας αφενός, αφετέρου οι κάτοικοι των Περιφερειών αυτών είναι χαρακτηριστικό δείγμα του συνόλου της ελληνικής επικράτειας όσον αφορά τα κοινωνικό-οικονομικά κριτήρια. Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη Υγειονομική Περιφέρεια έχει ενσωματωμένα δημόσια νοσοκομεία όλων των κατηγοριών, από μικρά Κέντρα Υγείας έως και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Συνεπώς, μπορεί να περιγράψει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την κατάσταση των Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας.

Για της ανάγκες της παρούσας εργασίας, λήφθησαν υπόψη 6 βασικοί δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Νοσοκομείων, οι οποίοι καταγράφονται σε έρευνες παγκοσμίως. Οι δείκτες οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν αφορούν ποσοτικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι εύκολα μετρήσιμα και αντλήθηκαν από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Τελική Αναφορά Αποτελεσμάτων, 2012. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία αφορούν τα έτη 2010 και 2011. Αναλυτικότερα, οι δείκτες που εξετάστηκαν είναι οι εξής:

- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας = $(\text{Σύνολο Ημερών Έτους} / \text{Αριθμός Εισαγωγών Έτους}) * 100$
- Ποσοστό Κάλυψης = $\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Έτους} * 100 / \text{Αριθμός Κλινών Έτους}$
- Κόστος Νοσοκομείου ανά Ασθενή = $\text{Συνολικό Κόστος Έτους} / \text{Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών}$
- Κόστος ανά Ημέρα = $\text{Συνολικό Κόστος Έτους} / \text{Ημέρες Λειτουργίας Νοσοκομείου}$
- Κόστος Φαρμάκου ανά Ασθενή = $\text{Κόστος Φαρμάκου} / \text{Συνολικά Νοσηλευθέντες Ασθενείς}$
- Κόστος Υγειονομικού Υλικού ανά Ασθενή = $\text{Συνολικό Κόστος Υγειονομικού Υλικού} / \text{Συνολικά Νοσηλευθέντες Ασθενείς}$

Τα αποτελέσματα της έρευνας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, την ανάλυση της περιγραφικής στατιστικής και την συσχέτιση των δεικτών. Όσον αφορά την περιγραφική στατιστική, για το 2010, παρατηρήθηκε ότι όλες οι τιμές των δεικτών για την ασυμμετρία και την κύρτωση είναι θετικές, γεγονός που δηλώνει ότι έχουμε θετική ασυμμετρία,

δηλαδή προς τα δεξιά και λεπτόκυρτη. Με εξαίρεση τον δείκτη % Κάλυψη, που φαίνεται να ακολουθεί την κανονική κατανομή, λόγω των τιμών του που βρίσκονται κοντά στο 0. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι όλοι οι δείκτες ακολουθούν την κανονική κατανομή, με εξαίρεση του δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας. Ενώ, όσον αφορά την ανεξαρτησία του δείγματος, κανείς από τους εξεταζόμενους δείκτες δεν πληροί τις προϋποθέσεις του τεστ και έτσι δεν μπορούμε να βγάλουμε στατιστικά συμπεράσματα για το αν το δείγμα μας είναι ανεξάρτητο. Τέλος, ελέγχτηκε η συσχέτιση των δεικτών με βάση το κύριο δείκτη εξέταση, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας. Από τα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε ότι οι δείκτες που εξετάστηκαν έχουν θετική συσχέτιση με τον βασικό δείκτη, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, αλλά δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Αντιθέτως, οι δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας έχουν στατιστικώς σημαντική θετική μέτρια και αρνητική μέτρια συσχέτιση, καθώς οι τιμές τους είναι 0,473 και -0,405, αντίστοιχα, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Η ίδια ανάλυση για τους δείκτες πραγματοποιείται και για το 2011. Αναλυτικότερα όλες οι τιμές που αφορούν την ασυμμετρία και την κύρτωση των δεικτών είναι θετικές, εκτός από την τιμή της ασυμμετρίας του δείκτη % Κάλυψη. Αυτό δείχνει ότι όλες οι κατανομές έχουν μια ασυμμετρία προς τα δεξιά, ενώ η αρνητική τιμή του % Κάλυψη δείχνει ασυμμετρία προς τα αριστερά. Ενώ, όλες οι τιμές δείχνουν λεπτόκυρτες κατανομές. Επιπλέον, από την πραγματοποίηση των τεστ κανονικότητας παρατηρήθηκε ότι όλοι οι δείκτες ακολουθούν την κανονική κατανομή, με εξαίρεση τους δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας. Συνεχίζοντας, έγινε ο έλεγχος για την ανεξαρτησία του δείγματος μας, με βάση το X^2 Τεστ, όπως έγινε και για το 2010, όπου και στην περίπτωση αυτή 2011 δεν μπορούμε να βγάλουμε στατιστικά συμπεράσματα για το αν το δείγμα μας είναι ανεξάρτητο. Τέλος, έγινε ανάλυση της συσχέτισης των δεικτών με τον βασικό δείκτη, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, όπως και το 2010. Από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι οι δείκτες Κόστος / Νοσηλευθέντα, Κόστος Φαρμάκου / Νοσηλευθέντα και Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Νοσηλευθέντα που εξετάστηκαν έχουν θετική συσχέτιση με τον βασικό δείκτη, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, αλλά δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Αντιθέτως, οι δείκτες % Κάλυψη και Κόστος / Ημέρα Νοσηλείας έχουν αρνητική συσχέτιση με τον δείκτη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι είναι δύσκολο να μελετηθεί και να ελεγχθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς υπάρχουν πάρα πολλοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αυτά τα δύο στοιχεία. Ειδικότερα, σε μια περίοδο σαν την σημερινή, κατά την οποία η χώρα βρίσκεται σε οικονομική ύφεση, οι διαθέσιμοι πόροι ελαχιστοποιούνται και η αποδοτικότητα των νοσοκομείων, ως αποτέλεσμα, μειώνεται σημαντικά. Επιπλέον, σημαντική είναι και η έλλειψη περισσότερων δεδομένων για τα Νοσοκομεία που λήφθησαν υπόψη στο δείγμα, καθώς δεν υπάρχει μια οργανωμένη βάση δεδομένων, από την οποία θα μπορούσαν να αντληθούν δεδομένα για τα συγκεκριμένα Νοσοκομεία. Τέλος, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα προβλέπει πάρα πολλά Νοσοκομεία, τα οποία μπορεί να είναι και δύο ή τρία τον αριθμό σε κάθε νομό. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι για μια ολοκληρωμένη έρευνα θα πρέπει να συγκεντρωθούν δεδομένα για πάνω από 150 Νοσοκομεία. Αυτό από μόνο του το καθιστά αρκετά δύσκολο και χρονοβόρο, αλλά παράλληλα όπως προαναφέρθηκε και αδύνατο, μιας και τα Νοσοκομεία δεν είναι υποχρεωμένα να τηρούν τα στοιχεία δημοσιευμένα στο διαδίκτυο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Γείτονα Μ. (2007): Η αξιολόγηση τεχνολογιών εργαλείο αποτελεσματικής περίθαλψης. Αφιέρωμα Φάρμακο και Υγεία. Ναυτεμπορική, Φεβρουάριος, 56-57
- Δίκαιος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές αρχές Διοίκησης – Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Συντονισμός ανάπτυξης εκπαιδευτικού υλικού και γενική επιμέλεια των εκδόσεων, Ομάδα εκτέλεσης έργου ΕΑΠ/ 1997 – 1999, Πάτρα
- Έλληνας Δ. (2001): Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας. Αρθρογραφία, Ι.Θ. Τεύχος 48
- Ζαβλάνου, Μ. (1996) Οργάνωση και Διοίκηση. Αθήνα, Έλλην
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
- Λιαργκόβας Π. (2004): Σύγχρονες προκλήσεις στην Οικονομική Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
- Λιαρόπουλος, Λ. (2001): Η Αγορά Στελεχών και τα Δημόσια Νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2001, 12(69):58
- Λιαρόπουλος, Λ., (2007): Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα
- Μεγαλακάκη, Α, Χατζοπούλου, Μ. (2001): Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Νοσηλευτική, 40(1):34-40.
- Μόσιαλος, Η. (2003): Οι ασθενείς του ΕΣΥ δεν θεραπεύονται με παυσίπονα. Επιθεώρηση Υγείας 2003, 14(80):37-39
- Μόσιαλος, Η., Θεοδώρου, Μ. (2003): Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Στο Νιάκας, Δ. (ed.), Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας σελ. 25-48. Αθήνα, Mediforce.

- Μουτζόπουλος, Ν (1996): Η υπεροχή της ποιότητας. Αθήνα, Πανεπιστημιακές σημειώσεις
- Μπακάλης, Ν, Μπατσολάκη, Μ. (2006): Χαρακτηριστικά σχεδιασμού ενός οργανισμού. Εφαρμογή σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Νοσηλευτική, 45(1):59-67
- Πολύζος, Ν, Μπαλασοπούλου, Α, Δουλή, Α. (1991): Πολιτισμικές αντιλήψεις των Διοικητικών στελεχών των Ελληνικών Νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας, 2(1):52-56.
- Σουλιώτης Κ. (2000): Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Στάθης, Γ. (2004): Το μέλλον των ελληνικών νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 1996, 7(1): 7-10
- Τερζίδης Κ. (2015): Μάνατζμεντ Στρατηγικής Προσέγγισης, Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα
- Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Bollars, C., Van den Broucke, S., Kok, H., Molleman G. (2007): Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Το ευρωπαϊκό εργαλείο Equihr. Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 24(1), 79-88
- Τούντας Γ., (2010): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μια Διαχρονικής Συζήτησης, Λ. Χρήστος, Κ. Σουλιώτης (επιμ.). Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
- Χλέτσος Μ.. Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Νέες τάσεις και πολιτικές. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Αθήνα

ΞΕΝΗ

- Clarke, M. (1984): Planning and analysis of healthcare systems. London, Pion Limited.
- Handy, C. (1985): Gods of management: the changing word of organizations. London, Souvenir Press.
- Mellum, M. TQM: steps to success. Hospitals 1990, 64(23):42-44.

- Y. Tountas, H. Stefannson, S. Frissiras (1995): Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *Int J Health Plann and Manage*, 10(4), 283- 304.
- Y. Tountas, P. Karnaki, E. Pavi (2005): The Unexpected Growth of the Private Health Sector in Greece. *Health Policy*, 74(2), 167-180.