



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ & ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

## ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

---

**«Κοινωνική πολιτική και περιφερειακή ανάπτυξη: Περιφερειακές ανισότητες ως προς την κατανομή των πόρων της δημόσιας δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα»**

---



Εκπόνηση:

**Αθανάσιος Δ. Αδαμόπουλος, MSc**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αναπλ. Καθηγήτρια Όλγα Γιώτη – Παπαδάκη,

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής: Καθηγήτρια Αντιγόνη Λυμπεράκη

Αναπλ. Καθηγητής Μανόλης Χριστοφάκης

Αθήνα, 2015



## «...ὕγεια

τίμιον  
ἀλλ' εὐμετάστατον...»  
Πλούταρχος, 45 - 120 μ.Χ.

Copyright © Αδαμόπουλος Αθανάσιος, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Οικονομικής και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Παντείου Πανεπιστημίου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος



## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	14
Περίληψη.....	15
Abstract.....	19
Σκοπός και αντικείμενο της διατριβής.....	22
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> .....</b>	<b>30</b>
<b>Θεωρητικές Προσεγγίσεις .....</b>	<b>30</b>
1.1 Θεωρίες και πολιτικές περιφερειακής ανάπτυξης.....	30
1.2 Το αγαθό «υγεία»: Ενοιολογικοί και χρονικοί προσδιορισμοί της υγείας.....	34
1.2.1 Η έννοια της Υγείας.....	34
1.2.2 Πρόληψη, προαγωγή και αγωγή υγείας .....	35
1.3 Μορφές παροχής υπηρεσιών υγείας: Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	37
1.4 Δομή των Συστημάτων Υγείας .....	41
1.5 Ταξινόμηση των Συστημάτων Υγείας.....	47
1.5.1 Τα Εθνικά Συστήματα .....	48
1.5.1.1 Το μοντέλο Beveridge .....	48
1.5.1.2 Το μοντέλο Bismarck.....	49
1.5.1.3 Το μοντέλο Semashko.....	49
1.5.2 Το φιλελεύθερο σύστημα.....	50
1.6 Ταξινόμηση συστημάτων υγείας από τον ΟΟΣΑ .....	53
1.7 Η χωροθέτηση των υπηρεσιών υγείας .....	58
1.7.1 Μοντέλα και προσεγγίσεις χωροθέτησης υπηρεσιών υγείας .....	58
1.7.2 Ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας του Hart.....	60
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>.....</b>	<b>65</b>
<b>Υφιστάμενη κατάσταση, τάσεις &amp; στρατηγικές του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στην ΕΕ. 65</b>	
2.1 Εισαγωγή .....	65
2.2 Η κατάσταση του νοσοκομειακού τομέα στην ΕΕ .....	66
2.2.1 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας: Βρετανική Προσέγγιση .....	66
2.2.2 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας: Καναδική Προσέγγιση .....	71
2.2.3 Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης ή Γερμανικό Μοντέλο ή Μοντέλο Bismarck.....	73
2.3 Σύγχρονες τάσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη.....	78
2.3.1 Συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων.....	78
2.3.2 Συμπλέγματα νοσοκομείων (hospital trust).....	79
2.3.3 Ανάπτυξη εναλλακτικών δομών.....	80



2.4	Διεθνείς τάσεις ως προς τη νοσηλευτική δραστηριότητα .....	81
2.4.1	Εξέλιξη ιατρικού πληθυσμού .....	81
2.4.2	Εξέλιξη νοσηλευτικού προσωπικού .....	83
2.4.3	Εξέλιξη ανεπτυγμένων κλινών .....	84
2.4.4	Εξέλιξη Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας .....	85
2.4.5	Εξέλιξη Βιοϊατρικής Τεχνολογίας .....	87
<b>Κεφάλαιο 3° .....</b>		<b>88</b>
<b>Η εξέλιξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα .....</b>		<b>88</b>
3.1	Η εξέλιξη του ΕΣΥ και οι προσπάθειες μεταρρύθμισής του .....	88
3.1.1	Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ τη δεκαετία του 1980 .....	88
3.1.2	Το πρώτο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του '90 .....	90
3.1.3	Το δεύτερο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του 2000 .....	92
3.1.4	Οι εξελίξεις στο ΕΣΥ μετά την υπογραφή του Μνημονίου .....	97
3.2	Η στρατηγική του ΥΓΚΑ στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2007-2013 .....	102
<b>Κεφάλαιο 4° .....</b>		<b>108</b>
<b>Μεθοδολογικό πλαίσιο - Δεδομένα .....</b>		<b>108</b>
4.1	Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας .....	108
4.1.1	Επίπεδα και κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας .....	108
4.1.2	Τι είναι ο δείκτης υγείας .....	110
4.1.3	Δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας .....	112
4.1.3.1	Δείκτες λειτουργικής αποδοτικότητας .....	113
4.1.3.2	Δείκτες νοσηρότητας .....	117
4.1.3.3	Δείκτες αναπαραγωγής .....	117
4.1.3.4	Δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας .....	118
4.1.3.5	Δείκτες επάρκειας .....	119
4.2	Δείκτες βέλτιστης κατανομής πόρων: Η μέθοδος της RAWP formula .....	124
<b>Κεφάλαιο 5° .....</b>		<b>127</b>
<b>Προσφερόμενες υποδομές και ζήτηση υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ .....</b>		<b>127</b>
5.1	Παρουσίαση νοσοκομειακών υποδομών και ανθρώπινων πόρων .....	127
5.1.1	Απεικόνιση χιλιομετρικών αποστάσεων νοσοκομειακών υποδομών ανά περιφέρεια .....	127
5.1.2	Παρουσίαση ανεπτυγμένων κλινών νοσοκομειακών μονάδων .....	143
5.1.3	Παρουσίαση ανθρώπινου δυναμικού .....	147
5.2	Παρουσίαση νοσηλευτικής δραστηριότητας .....	151
5.2.1	Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας .....	151
5.2.2	Κίνηση σε Εξωτερικά Ιατρεία και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ανά περιφέρεια .....	168
5.2.3	Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 1.000 κατοίκους ανά περιφέρεια .....	170



5.3	Παρουσίαση δεικτών λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας ανά περιφέρεια..	172
5.3.1	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας .....	172
5.3.2	Ποσοστό κάλυψης κλινών.....	179
5.3.3	Διάστημα εναλλαγής στα νοσοκομεία ανά γεωγραφική περιφέρεια.....	188
5.3.4	Ρυθμός εισροής .....	196
5.3.5	Κόστος ανά νοσηλευθέντα & κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στα νοσοκομεία ανά γεωγραφική περιφέρεια .....	203
	<b>Κεφάλαιο 6° .....</b>	<b>218</b>
	<b>Συγκριτική αποτίμηση περιφερειακών ανισοτήτων ως προς την κατανομή των πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης.....</b>	<b>218</b>
6.1	Ανισότητες ως προς τις ιατρικές υποδομές.....	218
6.1.1	Ανισότητες ως προς τις διαθέσιμες κλίνες .....	219
6.1.2	Ανισότητες ως προς τις διαθέσιμες κλίνες ανά κατηγορία κλινικών .....	221
6.1.3	Ανισότητες ως προς τον εξοπλισμό .....	228
6.1.3.1	Αξονικοί & μαγνητικοί τομογράφοι ανά γεωγραφική περιφέρεια .....	228
6.1.3.2	Έδρες Μονάδων Τεχνητού Νεφρού ανά γεωγραφική περιφέρεια .....	231
6.2	Ανισότητες ως προς το ανθρώπινο δυναμικό.....	233
6.3	Ανισότητες ως προς την κατακεφαλή περιφερειακή δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης .....	237
	<b>Κεφάλαιο 7° .....</b>	<b>240</b>
	<b>Συγκριτική αξιολόγηση αποδοτικότητας σταθμισμένων νοσοκομειακών μονάδων.....</b>	<b>240</b>
7.1	Μεθοδολογικό πλαίσιο αξιολόγησης .....	240
7.2	Συγκριτική αξιολόγηση νοσοκομειακών μονάδων.....	242
7.2.1	Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας.....	242
7.2.2	Μικρά νοσοκομεία (έως 250 κλίνες).....	250
7.2.3	Μεσαία νοσοκομεία (250 – 400 κλίνες) .....	260
7.2.4	Μεγάλα νοσοκομεία (>400 κλίνες).....	268
	<b>Κεφάλαιο 8ο.....</b>	<b>276</b>
	<b>Εκτίμηση της βέλτιστης περιφερειακής κατανομής των πόρων με τη μέθοδο της RAWP formula .....</b>	<b>276</b>
8.1	Υπολογισμός περιφερειακής κατανομής πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης .....	276
8.1.1	Κριτήριο ζήτησης χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο .....	277
8.1.2	Κριτήριο κατάστασης υγείας .....	286
8.1.3	Κριτήριο κάλυψης υπηρεσιών υγείας.....	293
8.1.4	Σύνθεση τελικής κατανομής των πόρων υγείας στα νοσοκομεία .....	297
8.2	Σύγκριση των αποτελεσμάτων με τη σημερινή κατανομή της χρηματοδότησης ανά περιφέρεια.....	299
	<b>Κεφάλαιο 9° .....</b>	<b>302</b>



<b>Συμπεράσματα - Προτάσεις .....</b>	<b>302</b>
9.1 Συμπεράσματα ως προς τη βέλτιστη κατανομή των πόρων του ΕΣΥ.....	302
9.2 Συμπεράσματα ως προς την αποδοτικότητα της χρήσης των πόρων.....	305
9.3 Προτάσεις πολιτικής.....	325
Βιβλιογραφία.....	330



## Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1: Εξέλιξη αριθμού γενικών νοσοκομείων σε χώρες της ΕΕ-19, 2010 .....	78
Πίνακας 3: Ιατρικό προσωπικό ανά 100.000 κατ. στην ΕΕ, 2005, 2011 .....	82
Πίνακας 4: Πίνακας ενδεικτικών δεικτών, τυπολόγιο δεικτών, επεξήγηση.....	120
Πίνακας 5: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Αττικής.....	129
Πίνακας 6: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Αττικής .....	130
Πίνακας 7: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας .....	132
Πίνακας 8: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας .....	133
Πίνακας 9: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας ΑΜΘ .....	134
Πίνακας 10: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας ΑΜΘ	134
Πίνακας 11: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Μακεδονίας .....	135
Πίνακας 12: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Μακεδονίας .....	135
Πίνακας 13: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Ηπείρου.	136
Πίνακας 14: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Ηπείρου .....	136
Πίνακας 15: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Θεσσαλίας	137
Πίνακας 16: Χρόνος πρόσβασης Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Θεσσαλίας.....	137
Πίνακας 17: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας .....	138
Πίνακας 18: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας .....	139
Πίνακας 19: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Ελλάδας .....	140
Πίνακας 20: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Ελλάδας .....	140
Πίνακας 21: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Πελοποννήσου .....	141
Πίνακας 22: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Πελοποννήσου.....	141
Πίνακας 23: Χιλιόμετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Κρήτης ...	142
Πίνακας 24: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Κρήτης .....	142
Πίνακας 25: Δυναμικότητα κλινών νοσοκομείων του ΕΣΥ, 2011 .....	146
Πίνακας 26 Απασχολούμενο προσωπικό νοσοκομείων του ΕΣΥ, 2011 .....	149
Πίνακας 27: Δείκτης ΤΕΠ & ΤΕΙ ανά Περιφέρεια, 2011.....	168



Πίνακας 28: Χειρουργικές Επεμβάσεις ανά Περιφέρεια, 2011 .....	170
Πίνακας 29: Δείκτης Κλίνες/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια .....	219
Πίνακας 30: Πλήθος αξονικών & Μαγνητικών Τομογράφων ανά Περιφέρεια, 2011.....	228
Πίνακας 31: Μονάδες Τεχνητού Νεφρού ανά Περιφέρεια, 2011.....	231
Πίνακας 32: Απογραφή Πληθυσμού 2011. Μόνιμος Πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών, Περιφέρειες (NUTS 2).....	279
Πίνακας 33: Προβολές Πληθυσμού της Ελλάδας κατά φύλο και ηλικία, ΕΛΣΤΑΤ, 2007 .....	281
Πίνακας 34: Νοσηλευθέντες κατά φύλο και κατηγορία νόσων, Έτος 2009.....	282
Πίνακας 35: Αναμενόμενος πληθυσμός ανά ηλικία και φύλο .....	283
Πίνακας 36: Ημέρες νοσηλείας ανά κατηγορία νόσου & φύλο .....	284
Πίνακας 37 Αναλογικές αναμενόμενες ημέρες νοσηλείας σε κάθε Γεωγραφική Περιφέρεια	285
Πίνακας 38: Σύγκριση της πληθυσμιακής κατανομής ανά Γεωγραφική Περιφέρεια και της κατανομής των Αναλογικών Αναμενόμενων Ημερών Νοσηλείας με βάση το κριτήριο της ζήτησης για τα νοσοκομεία (Τελική Κατανομή Κριτηρίου Α).....	286
Πίνακας 39: Θάνατοι ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Διοικητική Περιφέρεια για το 2011, ΕΛΣΤΑΤ .....	288
Πίνακας 40: Απογραφή Πληθυσμού 2011. Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο και Γεωγραφική Περιφέρεια, Περιφέρειες (NUTS 2), ΕΛΣΤΑΤ .....	289
Πίνακας 41: SMR ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Γεωγραφική Περιφέρεια για το 2011 ....	290
Πίνακας 42: ΜΔΝ Θανόντων ασθενών ανά διαγνωστική αιτία και φύλο, ΕΛΣΤΑΤ.....	291
Πίνακας 43: Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Διοικητική Περιφέρεια για το 2011.....	292
Πίνακας 44: Σύγκριση της πληθυσμιακής κατανομής ανά Διοικητική Περιφέρεια για το 2011 και της κατανομής των Αναμενόμενων Ημερών Νοσηλείας με βάση το κριτήριο Κατάστασης Υγείας (Τελική Κατανομή Κριτηρίου Β).....	293
Πίνακας 45: Αριθμός νοσοκομειακών ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού, λοιπού προσωπικού, κλινών νοσοκομείων και % ανά Γεωγραφική Περιφέρεια .....	295
Πίνακας 46: Κατανομή Εξεληθόντων Ασθενών για το 2009 από θεραπευτήρια νομικής μορφής ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, κατά Γεωγραφική Περιφέρεια με βάση την έδρα του θεραπευτηρίου.....	296
Πίνακας 47: Κριτήριο Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (Συνολική Κατανομή Κριτηρίου Γ).....	297
Πίνακας 48: Τελική Κατανομή Πόρων στα Νοσοκομεία .....	298
Πίνακας 49: Σύγκριση βέλτιστης κατανομής πόρων με τη σημερινή κατανομή της χρηματοδότησης ανά περιφέρεια (2011).....	299





## Ευρετήριο διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας .....	45
Διάγραμμα 2: Εξέλιξη ιατρικού προσωπικού σε χώρες της ΕΕ, 2000 έως 2012 .....	82
Διάγραμμα 3: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 κατ. & % μεταβολή μεταξύ 2000 και 2012....	83
Διάγραμμα 4: Σχέση νοσηλευτικό προς ιατρικό προσωπικό, 2012 .....	84
Διάγραμμα 5: Αριθμός κλινών/1.000 κατοίκους, 2000 και 2012.....	84
Διάγραμμα 6: Αριθμός κλινών κατά κατηγορία νοσηλείας, 2012.....	85
Διάγραμμα 7: Μέση διάρκεια νοσηλείας για όλες τις αιτίες σε νοσοκομεία, 2000 & 2012 .....	86
Διάγραμμα 8: Μέση διάρκεια νοσηλείας για φυσιολογικό τοκετό .....	86
Διάγραμμα 9: Μέση διάρκεια νοσηλείας από οξύ έμφραγμα, 2012.....	86
Διάγραμμα 10: Μαγνητικοί τομογράφοι/εκατομ. πληθυσμού, 2012.....	87
Διάγραμμα 11: Αξονικοί τομογράφοι/εκατομ. πληθυσμού, 2012.....	87
Διάγραμμα 12: Εξέλιξη σύστασης νοσοκομείων ΕΣΥ, 2011.....	101
Διάγραμμα 12: Ποσοστιαία κατανομή κλινών ανά περιφέρεια, 2011 .....	143
Διάγραμμα 13: Δυναμικότητα νοσοκομείων σε νησιωτικές και λοιπές περιοχές, 2011 .....	143
Διάγραμμα 14: Κατανομή νοσοκομείων ανά μέγεθος και δυναμικότητα, 2011 .....	144
Διάγραμμα 15: Δυναμικότητα Πανεπιστημιακών, Γενικών Νοσοκομείων και Γενικών Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας, 2011 .....	145
Διάγραμμα 16: Ποσοστιαία κατανομή ιατρικού προσωπικού, 2011.....	148
Διάγραμμα 17: Ποσοστιαία κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού, 2011 .....	148
Διάγραμμα 18: Ποσοστιαία κατανομή συνολικού προσωπικού, 2011.....	148
Διάγραμμα 19: Αριθμός νοσηλευθέντων ανά περιφέρεια, νοσοκομεία ΕΣΥ, 2011.....	151
Διάγραμμα 20: Ημέρες νοσηλείας ανά περιφέρεια, νοσοκομεία ΕΣΥ, 2011 .....	151
Διάγραμμα 21: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Αττικής, 2011 .....	154
Διάγραμμα 22: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011 .....	156
Διάγραμμα 23: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011 .....	157
Διάγραμμα 24: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011 .....	158
Διάγραμμα 25: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011 ..	159
Διάγραμμα 26: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011 .....	160
Διάγραμμα 27: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Στ. Ελλάδας, 2011 .....	161
Διάγραμμα 28: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011 .....	162
Διάγραμμα 29: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011.....	163



Διάγραμμα 30: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011.....	164
Διάγραμμα 31: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Β. Αιγαίου, 2011.....	165
Διάγραμμα 32: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011 .....	166
Διάγραμμα 33: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011 .....	167
Διάγραμμα 34: Επισκέψεις σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και Επείγοντα Περιστατικά ανά Περιφέρεια, 2011 .....	169
Διάγραμμα 35: Επισκέψεις σε Εξωτερικά Ιατρεία και Επείγοντα Περιστατικά/100.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 .....	169
Διάγραμμα 36: Χειρουργικές Επεμβάσεις ανά Περιφέρεια, 2011.....	171
Διάγραμμα 37: Χειρουργικές Επεμβάσεις/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011.....	171
Διάγραμμα 38: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Αττικής, 2011 .....	173
Διάγραμμα 39: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011.....	173
Διάγραμμα 40: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011 .....	174
Διάγραμμα 41: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011.....	174
Διάγραμμα 42: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011 .....	175
Διάγραμμα 43: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011.....	175
Διάγραμμα 44: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011.....	176
Διάγραμμα 45: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011 .....	176
Διάγραμμα 46: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011.....	177
Διάγραμμα 47: ΜΔΝ στη Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011 .....	177
Διάγραμμα 48: ΜΔΝ στη Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011 .....	178
Διάγραμμα 49: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011 .....	178
Διάγραμμα 50: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011.....	179
Διάγραμμα 51: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Αττικής, 2011 .....	180
Διάγραμμα 52: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011.....	181
Διάγραμμα 53: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011 .....	182
Διάγραμμα 54: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011.....	182
Διάγραμμα 55: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011.....	183
Διάγραμμα 56: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011.....	183
Διάγραμμα 57: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011.....	184
Διάγραμμα 58: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011 .....	185
Διάγραμμα 59: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011.....	185
Διάγραμμα 60: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011.....	186
Διάγραμμα 61: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011.....	186
Διάγραμμα 62: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011 .....	187
Διάγραμμα 63: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011.....	188
Διάγραμμα 64: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Αττικής, 2011.....	189



Διάγραμμα 65: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011 .....	190
Διάγραμμα 66: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011 ..	190
Διάγραμμα 67: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011 .....	191
Διάγραμμα 68: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011 .....	191
Διάγραμμα 69: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011 .....	192
Διάγραμμα 70: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011 .....	192
Διάγραμμα 71: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011.....	193
Διάγραμμα 72: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011 .....	193
Διάγραμμα 73: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011 .....	194
Διάγραμμα 74: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011.....	194
Διάγραμμα 75: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011.....	195
Διάγραμμα 76: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011 .....	195
Διάγραμμα 77: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Αττικής, 2011 .....	196
Διάγραμμα 78: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011.....	197
Διάγραμμα 79: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011 ..	197
Διάγραμμα 80: Ρυθμός Εισροής στη Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011.....	198
Διάγραμμα 81: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011.....	198
Διάγραμμα 82: Ρυθμός Εισροής στη Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011 .....	199
Διάγραμμα 83: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011 .....	199
Διάγραμμα 84: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011 .....	200
Διάγραμμα 85: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011.....	200
Διάγραμμα 86: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011.....	201
Διάγραμμα 87: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011.....	201
Διάγραμμα 88: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011 .....	202
Διάγραμμα 89: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011.....	202
Διάγραμμα 90: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Αττικής, 2011.....	203
Διάγραμμα 91: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Αττικής, 2011.....	204
Διάγραμμα 92: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011 .....	205
Διάγραμμα 93: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011.....	205
Διάγραμμα 94: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011	206
Διάγραμμα 95: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011 .....	206
Διάγραμμα 96: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011 .....	207
Διάγραμμα 97: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011 .....	207
Διάγραμμα 98: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011.....	208
Διάγραμμα 99: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011.....	208
Διάγραμμα 100: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011 .....	209
Διάγραμμα 101: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011 .....	209
Διάγραμμα 102: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011 .....	210
Διάγραμμα 103: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011 .....	210



Διάγραμμα 104: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011 .....	211
Διάγραμμα 105: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011 .....	211
Διάγραμμα 106: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011 .....	212
Διάγραμμα 107: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011 .....	212
Διάγραμμα 108: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011 .....	213
Διάγραμμα 109: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011 .....	213
Διάγραμμα 110: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011.....	214
Διάγραμμα 111: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011.....	214
Διάγραμμα 112: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011.....	215
Διάγραμμα 113: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011.....	215
Διάγραμμα 114: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011 .....	216
Διάγραμμα 115: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011 .....	216
Διάγραμμα 116: Δείκτης Κλίνες/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011.....	220
Διάγραμμα 117: Δείκτης Κλίνες Παθολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 ....	221
Διάγραμμα 118: Δείκτης Κλίνες Καρδιολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011..	222
Διάγραμμα 119: Δείκτης Κλίνες Παιδιατρικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 ....	223
Διάγραμμα 120: Δείκτης Κλίνες Χειρουργικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011....	223
Διάγραμμα 121: Δείκτης Κλίνες Γυναικολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011.	224
Διάγραμμα 122: Δείκτης Κλίνες Ορθοπαιδικών Κλινικών ανά 1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 .....	225
Διάγραμμα 123: Δείκτης Κλίνες Ουρολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 .....	225
Διάγραμμα 124: Δείκτης Κλίνες Οφθαλμολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 .....	226
Διάγραμμα 125: Δείκτης Κλίνες ΩΡΛ Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 .....	226
Διάγραμμα 126: Δείκτης Κλίνες ΜΕΘ/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 .....	227
Διάγραμμα 127: Αξονικοί & Μαγνητικοί Τομογράφοι ανά Περιφέρεια, 2011 .....	230
Διάγραμμα 128: Αξονικοί & Μαγνητικοί Τομογράφοι/100.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011 ...	230
Διάγραμμα 129: Πλήθος εδρών MTN/100.000 κατοίκους, 2011 .....	232
Διάγραμμα 130: Δείκτης Ιατρός/Κλίνη ανά Περιφέρεια, 2011.....	234
Διάγραμμα 131: Δείκτης Νοσηλευτής/Κλίνη ανά Περιφέρεια, 2011 .....	234
Διάγραμμα 132: Δείκτης Νοσηλευθέντες/Ιατρό ανά Περιφέρεια, 2011 .....	235
Διάγραμμα 133: Δείκτης Νοσηλευθέντες/Νοσηλευτή ανά Περιφέρεια, 2011 .....	235
Διάγραμμα 134: Αναλογία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ανά Περιφέρεια, 2011 ....	236
Διάγραμμα 135: Δείκτης ΜΔΝ στα μικρά Νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας της χώρας, 2011 .....	242
Διάγραμμα 136: Ποσοστό Κάλυψης στα μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας, 2011.	243
Διάγραμμα 137: Δείκτης Παραγωγικότητας στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας, 2011 .....	244
Διάγραμμα 138: Δείκτης Αποδοτικότητας ανά Περιφέρεια στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011 .....	245
Διάγραμμα 139: Κόστος/Νοσηλευθέντα στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011....	246



Διάγραμμα 140: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στα μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011.....	247
Διάγραμμα 141: Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα στα μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011 .....	248
Διάγραμμα 142: Κόστος Υγειονομικού Υλικού/Νοσηλευθέντα στα Μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011 .....	249
Διάγραμμα 143: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	251
Διάγραμμα 144: Ποσοστό κάλυψης στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	253
Διάγραμμα 145: Παραγωγικότητα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	254
Διάγραμμα 146: Αποδοτικότητα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	255
Διάγραμμα 147: Κόστος/Νοσηλευθέντα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	256
Διάγραμμα 148: Ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	257
Διάγραμμα 149: Κόστος φαρμάκου/νοσηλευθέντα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011 ...	258
Διάγραμμα 150: Κόστος υγειονομικού υλικού/νοσηλευθέντα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	259
Διάγραμμα 151: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	260
Διάγραμμα 152: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	261
Διάγραμμα 153: Παραγωγικότητα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	262
Διάγραμμα 154: Αποδοτικότητα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	263
Διάγραμμα 155: Κόστος ανά νοσηλευθέντα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	264
Διάγραμμα 156: Ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	265
Διάγραμμα 157: Κόστος φαρμάκου/νοσηλευθέντα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011.	266
Διάγραμμα 158: Κόστος υγειονομικού υλικού/νοσηλευθέντα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	267
Διάγραμμα 159: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	268
Διάγραμμα 160: Ποσοστό κάλυψης στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	269
Διάγραμμα 161: Παραγωγικότητα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	270
Διάγραμμα 162: Αποδοτικότητα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	271
Διάγραμμα 163: Κόστος ανά νοσηλευθέντα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	272
Διάγραμμα 164: Ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	273
Διάγραμμα 165: Κόστος φαρμάκου ανά νοσηλευθέντα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011 .....	274
Διάγραμμα 166: Κόστος υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011.....	275
Διάγραμμα 167: Απόκλιση από τη βέλτιστη χρηματοδότηση νοσοκομείων, 2011 .....	303
Διάγραμμα 168: Αναλογία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ανά περιφέρεια, 2011.....	304
Διάγραμμα 169: Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι ανά 100.000 κατοίκους, 2011.....	304
Διάγραμμα 170: Κόστος ανά νοσηλευθέντα και ημέρα νοσηλείας βάσει μεγέθους νοσοκομείου .....	306
Διάγραμμα 171: Ποσοστιαία κατανομή μισθοδοσίας με βάση το μέγεθος του νοσοκομείου, 2011	307
Διάγραμμα 172: Ποσοστιαία κατανομή μισθοδοσίας με βάση το μέγεθος του νοσοκομείου, 2011	307



## Ευχαριστίες

---

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής για τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους και ιδιαίτερα στην επιβλέπουσα της διδακτορικής μου διατριβής, κα'Όλγα Γιώτη-Παπαδάκη, Αναπλ. Καθηγήτρια του Τ.Ο.Π.Α. για την εμπιστοσύνη της όλα αυτά τα χρόνια στο πρόσωπό μου και για την καθοριστική συμβολή της στην πραγματοποίηση και ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής. Οι συνεχείς συμβουλές όχι μόνο σε επιστημονικό αλλά και σε τεχνικό επίπεδο, η καθοδήγηση και η επιμονή της αποτέλεσαν καθοριστικό παράγοντα στην ολοκλήρωση της διατριβής με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Την ευχαριστώ όμως ιδιαίτερα γιατί μέσα από την παρουσία της από τα προπτυχιακά μου χρόνια συνέβαλλε αποφασιστικά στο να αποκτήσω επιστημονική συνείδηση και κυρίως να αναζητώ συνεχώς δυνατότητες προσωπικής ανέλιξης.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω επίσης στον Ομότιμο Καθηγητή του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. Γιάννη Κυριόπουλο, αλλά και στον Ομότιμο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πατρών κ. Άρη Σισσούρα που μέσα από την πολύχρονη συνεργασία μας με έκαναν να αγαπήσω την έρευνα στον τομέα της υγείας και παράλληλα να μου μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις και εμπειρία τους για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το Τμήμα Οικονομικής και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Παντείου Πανεπιστημίου για τη φιλοξενία και την παροχή της υλικοτεχνικής υποδομής απαραίτητων για την ολοκλήρωση της διατριβής.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς και την οικογένειά μου για την παρότρυνση και την ηθική υποστήριξη που προσέφεραν για να συνεχίσω την προσπάθεια όλο αυτό το διάστημα.

Θάνος Αδαμόπουλος

Αθήνα, 2015



## Περίληψη

---

**Εισαγωγή:** Η διατήρηση υψηλού επιπέδου υγείας και ευεξίας του πληθυσμού μιας χώρας προϋποθέτει την ύπαρξη ενός βιώσιμου και αποδοτικού συστήματος υγείας και πρόνοιας. Τα συστήματα υγείας σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες καλούνται να ανταποκριθούν σε μια σειρά από καίριους παράγοντες όπως οι αυξανόμενες δαπάνες για την υγεία, οι αυξανόμενες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών, η δημογραφική γήρανση, η μετανάστευση κ.λπ. Στην χώρα μας, η τρέχουσα κοινωνικο-οικονομική συγκυρία (Μνημόνιο, περιορισμός δαπανών, ύφεση κ.λπ.) κάνει επιτακτικότερη την αναγκαιότητα ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου δημόσιου συστήματος υγείας που θα καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών και θα εξασφαλίζει ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες.

**Σκοπός** της παρούσας διατριβής είναι να διερευνήσει και εντοπίσει την ανισότητες και αποκλίσεις τόσο ως προς την κατανομή όσο και ως προς την αποδοτικότητα των πόρων του ΕΣΥ στη νοσοκομειακή περίθαλψη μέσα από τη συσχέτιση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας με τους προσφερόμενους πόρους (ανθρώπινο δυναμικό, βιοϊατρική τεχνολογία, κτιριακές υποδομές κ.λπ.). Η ανάδειξη των ανισοτήτων αυτών μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στην πολιτεία σε μια προσπάθεια προσέγγισης της βέλτιστης κατανομής με βάση το επιδημιολογικό προφίλ και τις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού της χώρας. Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα διατριβή καλείται να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Η υφιστάμενη κατανομή των πόρων της νοσοκομειακής περίθαλψης οδηγεί σε περιφερειακές ανισότητες ως προς την προσφορά υπηρεσιών υγείας και σε ποιο βαθμό;
2. Ποια είναι η βέλτιστη κατανομή των πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ);
3. Είναι η υφιστάμενη κατανομή των πόρων αποδοτική και, αν όχι, σε ποιες μονάδες εντοπίζονται αναξιοποίητοι πόροι με στόχο τη βέλτιστη ανακατανομή ;
4. Πως και με ποια εργαλεία μέτρησης των αναγκών υγείας μιας περιφέρειας, των ανισοτήτων στη παροχή υπηρεσιών υγείας και της ορθολογικής κατανομής των πόρων, η ανάπτυξη της υγειονομικής φροντίδας στη περιφέρεια συνιστά παράγοντα περιφερειακής ανάπτυξης;

**Μεθοδολογικό πλαίσιο:** Βασική μονάδα εξέτασης της παρούσας έρευνας αποτέλεσε το δημόσιο νοσοκομείο του ΕΣΥ. Ειδικότερα διερευνήθηκε η δραστηριότητα του συνόλου των νοσοκομείων στις 13 Περιφέρειες της χώρας (123 νοσοκομεία), με εξαίρεση τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία, λόγω των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν, δεν έχουν συμπεριληφθεί στην παρούσα



έρευνα, καθώς επίσης και τα στρατιωτικά νοσοκομεία και το Αρεταίειο λόγω έλλειψης στοιχείων. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν περιλαμβάνουν: α) στοιχεία υποδομών (ανεπτυγμένες κλίνες, προσωπικό, κλινικές, τομογράφοι, μονάδες τεχνητού νεφρού ανά νοσοκομείο) β) στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας (νοσηλευθέντες, ημέρες νοσηλείας, χειρουργικές επεμβάσεις, επισκέπτες ΤΕΠ, ΤΕΙ) και γ) στοιχεία κόστους νοσοκομειακής δραστηριότητας (φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, αντιδραστηρίων).

Η μεθοδολογία της παρούσας διατριβής βασίζεται:

I) Στον υπολογισμό της βέλτιστης κατανομής των μονάδων υγείας του ΕΣΥ μέσα από την αξιοποίηση ενός πολυκριτηριακού μοντέλου Περιφερειακής Κατανομής Πόρων Νοσοκομειακής Περίθαλψης με βάση τα κριτήρια:

- ζήτησης και χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο,
- κατάστασης υγείας πληθυσμού,
- κάλυψης υπηρεσιών υγείας.

II) στην αξιολόγηση της νοσηλευτικής δραστηριότητας των νοσοκομείων του ΕΣΥ μέσα από δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας. Επισημαίνεται ότι η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων προσεγγίστηκε με δύο τρόπους: α) συγκριτική αξιολόγηση ομοειδών νοσοκομειακών μονάδων κατόπιν ταξινόμησής τους σε τέσσερις κατηγορίες βάσει πλήθους ανεπτυγμένων κλινών (και ως εκ τούτου και προσωπικού, δεδομένου ότι συνδέονται βάσει σχετικής νομοθεσίας) και β) αξιολόγηση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων κάθε μεμονωμένης νοσοκομειακής μονάδας μέσα από τη χρήση ευρέως διαδεδομένων δεικτών βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας και τη σύγκρισή τους είτε με μια αποδεκτή –εμπειρικά– τιμή (όπου αυτό είναι εφικτό) είτε με το μέσο όρο της χώρας.

**Αποτελέσματα:** Με βάση το πολυκριτηριακό μοντέλο Περιφερειακής Κατανομής Πόρων Νοσοκομειακής Περίθαλψης προκύπτει ότι οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες της Περιφέρειας Αττικής –σε συνάρτηση πάντα και με την εκφρασμένη ζήτηση αλλά και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού- υποχρηματοδοτούνται και υπολείπονται σημαντικά από τη βέλτιστη κατανομή, έλλειμμα το οποίο σε χρηματικούς όρους προσεγγίζει τα 0,5 δις ευρώ ετησίως. Αν μάλιστα ήταν τεχνικά εφικτό στο υπόδειγμα να υπολογιστεί αντί του πληθυσμού της Περιφέρειας Αττικής ο πραγματικός πληθυσμός που εξυπηρετείται από τα νοσοκομεία της περιφέρειας, τότε είναι σίγουρο πως το «έλλειμμα» αυτό -και κατ' επέκταση η πραγματική απόκλιση χρηματοδότησης- θα ήταν πολύ μεγαλύτερο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα καθώς μέχρι σήμερα υπάρχει ευρέως διαδεδομένη η αντίληψη της υπερσυγκέντρωσης διαθέσιμων πόρων στην πρωτεύουσα σε σχέση με τις υπόλοιπες περιφέρειες. Αντίθετα, η πλειοψηφία των περιφερειών της χώρας, και ιδιαίτερα οι Περιφέρειες Κρήτης και Ηπείρου, που μάλιστα εξυπηρετούν σχεδόν αποκλειστικά τον πληθυσμό ευθύνης τους, φαίνεται να υπερχρηματοδοτούνται ετησίως με €123 εκ. και €100





εκ. αντίστοιχα. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει επίσης ότι οι περιφερειακές ανισότητες αφορούν τόσο την κατανομή του απασχολούμενου προσωπικού (κατά βάση ιατρικού και νοσηλευτικού) όσο και την κατανομή του εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, ένα επίσης σημαντικό στοιχείο που εξάγεται από την παρούσα έρευνα είναι οι σημαντικές αποκλίσεις που παρατηρούνται στους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας μεταξύ των νοσοκομειακών μονάδων. Οι αποκλίσεις αυτές, σταθμισμένες μάλιστα με το μέγεθος του νοσοκομείου, είναι τόσο σημαντικές που φαίνεται επιτακτική η ανάγκη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος να προχωρήσει άμεσα σε ενέργειες, αφενός, βέλτιστης ανακατανομής των διαθέσιμων –μη αξιοποιησιμων– πόρων και, αφετέρου, συστηματικού ελέγχου και παρακολούθησης της δραστηριότητας των μονάδων υγείας. Επισημαίνεται τέλος πως από τη σχετική ανάλυση των στοιχείων, στη χώρα μας διαπιστώνεται πως όσο μεγαλύτερο από πλευράς δυναμικότητας κλινών είναι ένα νοσοκομείο τόσο καλύτερη εικόνα από πλευράς δεικτών νοσηλευτικής δραστηριότητας (πληρότητα, μέση διάρκεια νοσηλείας κ.λπ.) και οικονομικής αποδοτικότητας (κόστος ανά νοσηλευθέντα, ημερήσιο κόστος νοσηλείας κ.λπ.) παρουσιάζει.

**Συμπεράσματα - Προτάσεις:** Η σύγχρονη πολιτική υγείας πρέπει να στοχεύει σε συντονισμένες προσπάθειες και διατομεακές δράσεις που θα περιλαμβάνουν τον αναπροσανατολισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας, την έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων. Υπό το πρίσμα αυτό, με βάση τα ευρήματα και τα συμπεράσματα της παρούσα διατριβής, στο πλαίσιο εξορθολογισμού των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και της εξασφάλισης της βιωσιμότητας του ΕΣΥ, η Πολιτεία θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες που μεταξύ άλλων θα στοχεύουν:

- Στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων για χαμηλής βαρύτητας περιστατικά.
- Στη συγχώνευση νοσοκομείων ή/και τη μείωση των νοσοκομειακών κλινών, με σκοπό τη βέλτιστη χρήση των πόρων.
- Στην αλλαγή χρήσης μη αποδοτικών νοσοκομειακών μονάδων σε συνδυασμό με την ανάπτυξη νέων εξειδικευμένων δομών υπηρεσιών υγείας (π.χ. ξενώνες τελικού σταδίου, μονάδες βραχείας νοσηλείας, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, κέντρα αποκατάστασης κ.λπ.).
- Στη βελτίωση της κατανομής του προσωπικού, και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού, μεταξύ των νοσοκομείων της χώρας.
- Στην υλοποίηση ενεργειών βελτίωσης της οργάνωσης και απόδοσης των μονάδων υγείας (π.χ. ορισμός διοικητών με επαγγελματικά και επιστημονικά κριτήρια, εφαρμογή του



μοντέλου των κλειστών νοσηλίων (DRG's), διαχείριση σε κεντρικό επίπεδο των διαδικασιών προμηθειών κ.λπ.).

**Λέξεις κλειδιά:** Υγεία, νοσοκομείο, ΕΣΥ, ανισότητες, rawp formula, δείκτες αποδοτικότητας, ιατρικό προσωπικό, υποδομές, βέλτιστη κατανομή πόρων.



# Abstract

---

**Introduction:** Maintaining a high level of health and prosperity of a country's population requires a viable and efficient health and welfare system. Health systems in almost all developed countries have to respond to a number of key factors such as rising healthcare costs, the increasing needs and expectations of citizens, aging, immigration etc. In our country, the current socioeconomic situation (Memorandum, cost containment, recession, etc.) makes the necessity of an efficient and sustainable public health system that meets the needs of citizens and ensures quality and comprehensive services more urgent.

The **purpose** of this thesis is to explore and identify the inequalities and divergences in the distribution and the profitability of the resources of the NHS in hospital care, through the correlation between the demand for health care services and the offered resources (manpower, biomedical technology, building infrastructure, etc.). The emergence of these inequalities can be a useful tool that the state can use in an attempt to approximate the optimal allocation based on the epidemiological profile and the current needs of the country's population. In this context, the present thesis is called to answer the following research questions:

1. Is the existing allocation of resources in hospital care leading to regional inequalities in the provision of health care services, and to what extent?
2. What is the optimum allocation of hospital care resources in the National Health System (NHS)?
3. Is the current allocation of resources efficient and, if not, in what hospital units can underutilized resources be identified in order to have an optimal redistribution?

**Methodological Framework:** The NHS' public hospitals was the basic test unit of this thesis. The activity of all hospitals in the 13 regions of the country was investigated (123 hospitals), excluding the psychiatric hospitals that were not included in this study due to their particularities, as well as the military hospitals and Aretaeio Hospital due to lack of evidence. The data collected include: a) infrastructure data (existing beds, staff, clinics, scanners, dialysis units per hospital) b) nursing activity data (inpatients, days of hospitalization, surgeries, ER visitors, Outpatients Department) and c) cost of hospital activity data (drugs, medical supplies, reagents).

The methodology of this study is based on:

a) the calculation of the optimal allocation of health care units in the NHS through the utilization of a multicriteria model of Regional Resource Allocation in Hospital Care based on the criteria:

- demand and utilization of health care services by age group and sex



- population health status
- coverage of health care services

b) the assessment of nursing activity in the NHS hospitals, through operational and financial performance indicators. It is indicated that the evaluation of hospital efficiency was approached in two ways: i) benchmarking of similar hospitals after their classification into four categories based on the number of existing beds (and hence staff, since there is a link between them under the relevant legislation) b) assessment of the available resources used by each individual hospital with the use of widespread indicators based on international bibliography and their comparison with either an acceptable -empirically- value (where possible) or with the country's average.

**Results:** Based on the multicriteria model of Regional Resource Allocation in Hospital Care it becomes evident that the public hospitals in the Region of Attica -always in relation to the expressed demand and the epidemiological profile of the population- are underfunded and are substantially below the optimal allocation, and this deficit in monetary terms is estimated in 0.5 billion EUR annually. Indeed, if it was technically feasible to calculate the actual population treated by the hospitals in the Region of Attica instead of the population that lives in the region, then it is certain that this "deficit", and consequently the actual deviation in funding, would be even greater. This is an especially important finding because until today there is a widespread perception that in the capital there is an over-concentration of available resources compared to the other regions. On the other hand, the majority of the country's regions, and especially the Regions of Crete and Epirus which indeed treat almost exclusively the population living in the area, seem to be over-funded annually by 123 mil. € and 100 mil. € respectively. Analysis of the data also shows that regional inequalities regard both the distribution of employees (mainly medical and nursing), and the distribution of biomedical technology equipment. In conjunction with the above, an important fact that is extracted from this study is the significant divergences in the operational and financial performance indicators between hospitals. These divergences, even by taking account the size of the hospital, are so important and it is imperative that the Greek health system should take immediate action for the optimal reallocation of available, underutilized, resources and for the systematic control and monitoring of the hospitals activity. Finally it should be noted that after analyzing 123 hospitals of the National Health System it has become evident that the hospitals with greater bed capacity have better indicators of nursing activity (occupancy, average length of stay, etc.) and economic efficiency (cost per inpatient, daily cost of hospitalization, etc.).

**Conclusion - Suggestions:** Modern health policies should aim at coordinated efforts and intersectoral action, which include: reorientation of hospital care, development of primary care



and public health, emphasis on primary and secondary prevention and reduction of health inequalities. In this context, based on the findings and conclusions of this thesis, in order to rationalize the cost of health care services and ensure the sustainability of the NHS, the State should take initiatives that among others will aim at:

- Enhancing of primary health care in order to decongest the hospitals of low severity incidents.
- Merging of hospitals and/or reduction of hospital beds, for the optimal use of resources.
- Changing the use of inefficient hospitals in conjunction with the development of new, specialized health care structures (e.g. hospices, one day clinics, home care services, rehabilitation centers, etc.)
- Improving of staff allocation, and especially the nursing staff, among the country's hospitals.
- Implementing actions in order to improve the organization and performance of hospitals (e.g. appointment of hospital administrators with professional and scientific criteria, implementation of the Diagnosis Related Group model (DRG), central management of procurement procedures, etc.).

**Keywords:** Health, Hospital, NHS, inequalities, rawp formula, performance indicators, medical personnel, infrastructure, optimal resource allocation.



## Σκοπός και αντικείμενο της διατριβής

---

Η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) αποτελεί σήμερα παγκοσμίως το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται στον προσανατολισμό για πολλά χρόνια της ιατρικής επιστήμης –συνεπώς και των ιατρικών συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας– κυρίως προς τη θεραπευτική κατεύθυνση. Ο προσανατολισμός αυτός, που ισχύει σε μεγάλο βαθμό και σήμερα, είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία και οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας, οι οποίες απαιτούν αυξημένους πόρους τόσο για την κατασκευή και τον εξοπλισμό τους όσο και για τη λειτουργία τους (Σιγάλας, 1997).

Τα σύγχρονα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετες μονάδες παραγωγής υπηρεσιών, εκπαίδευσης και έρευνας. Η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας έχει δεχθεί έντονη κριτική, η οποία τείνει να επικεντρωθεί σε τέσσερις αιτίες (Κυριόπουλος κ.ά., 2000):

- Οι δημόσιες «επιχειρήσεις» ανθίστανται ή αρνούνται να σχεδιάσουν με βάση την ικανοποίηση των «πελατών» τους (ασθενών).
- Δεν κατανέμουν τους πόρους τους αποδοτικά και ισότιμα, σύμφωνα με κριτήρια και στόχους, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού (needs for health).
- Υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής, γιατί δεν έχουν κίνητρα για αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς.
- Ανθίστανται ή τουλάχιστον καθυστερούν τον οποιοδήποτε εκσυγχρονισμό ή αλλαγή εμπρός στο φόβο της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας.

Η βασική έλλειψη παρουσιάζεται στην απουσία εσωτερικού και εξωτερικού σχεδιασμού καθώς και οικονομικού ελέγχου, με αποτέλεσμα οι αποφάσεις να παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά περισσότερο «επιλογής του δημοσίου» παρά της «κοινωνικής επιλογής» την οποία πρέπει να εκφράζει το δημόσιο (Stretton & Orchard, 1994).

Στην κλίμακα αξιολόγησης των πολιτών, τα νοσοκομεία κατατάσσονται στην κορυφή του συστήματος υγείας και γίνονται αντιληπτά ως ο κύριος φορέας προστασίας της υγείας. Παρά τις κριτικές που μπορούν να διατυπωθούν σε επιστημονικό επίπεδο για την πραγματική τους



συμβολή στην αντιμετώπιση της σύγχρονης νοσηρότητας και τη μείωση της θνησιμότητας των χρόνιων νοσημάτων σε σύγκριση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είναι γεγονός ότι ο πληθυσμός έχει υψηλές προσδοκίες από αυτά και στη συνείδησή του είναι ταυτισμένα με την έννοια της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης (Ζηλίδης, 2005).

Η βέλτιστη κατανομή και διαχείριση των πόρων στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η χώρα μας. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, η γεωγραφική κατανομή των πόρων του τομέα της υγείας (υποδομές, ανθρώπινο δυναμικό, βιοϊατρική τεχνολογία κ.λπ.) θα έπρεπε να είναι αποτέλεσμα ενός ευρύτερου στρατηγικού σχεδιασμού, λαμβάνοντας υπόψη διάφορους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης υπηρεσιών υγείας: γεωγραφικούς, δημογραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς, επιδημιολογικούς κ.λπ. (Asefzadeh, 1996). Δυστυχώς, στη χώρα μας η διαχρονική εξέλιξη της κατανομής των πόρων του ΕΣΥ άλλοτε είναι προϊόν κεντρικού σχεδιασμού και άλλοτε αποτέλεσμα ριζοσπαστικών επιλογών που επιδιώκουν να λύσουν άμεσα προβλήματα υπό το κράτος της πίεσης της κοινωνικής γνώμης, των οικονομικών αδιεξόδων ή της θεαματικής επιβάρυνσης των δεικτών δημόσιας υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα εμφανής η απουσία κριτηρίων και μηχανισμών ορθολογικής περιφερειακής κατανομής των πόρων (Οικονόμου, 2012).

Οι βασικές αρχές που διέπουν την κατανομή των πόρων και των ωφελειών της υγειονομικής φροντίδας με ορθό και δίκαιο τρόπο είναι η αποδοτικότητα και η ισότητα. Η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας έχει δύο όψεις. Η μία, η κατανομητική αποδοτικότητα, αναφέρεται στο σύνολο των πόρων που διατίθενται στο σύστημα υγείας και στην κατανομή αυτών των πόρων στις περιφέρειες. Η δεύτερη, η τεχνική αποδοτικότητα, αναφέρεται στη χρήση των διαθέσιμων πόρων και εξετάζει αν το προϊόν παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Η εκτίμηση και αξιολόγηση της βέλτιστης κατανομής των πόρων στα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνήθως υπολογίζεται με τη χρήση πολυκριτηριακών μοντέλων, όπως η μέθοδος RAWP (Resource Allocation Working Party ή αλλιώς RAWP formula).

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να διερευνήσει και να εντοπίσει τις περιφερειακές ανισότητες και αποκλίσεις τόσο ως προς την κατανομή όσο και ως προς την αποδοτικότητα των πόρων του ΕΣΥ στη νοσοκομειακή περίθαλψη μέσα από τη συσχέτιση του πληθυσμού και των αναγκών της υγείας της κάθε περιφέρειας με τους προσφερόμενους πόρους (ανθρώπινο δυναμικό, βιοϊατρική τεχνολογία, παρεχόμενες υπηρεσίες κ.λπ.).

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα διατριβή καλείται να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:



- Η υφιστάμενη κατανομή των πόρων της νοσοκομειακής περίθαλψης οδηγεί σε περιφερειακές ανισότητες ως προς την προσφορά υπηρεσιών υγείας και σε ποιο βαθμό;
- Ποια είναι η βέλτιστη κατανομή των πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ);
- Είναι η υφιστάμενη κατανομή των πόρων αποδοτική και, αν όχι, σε ποιες μονάδες εντοπίζονται αναξιοποίητοι πόροι με στόχο τη βέλτιστη ανακατανομή ;
- Πως και με ποια εργαλεία μέτρησης των αναγκών υγείας μιας περιφέρειας, των ανισοτήτων στη παροχή υπηρεσιών υγείας και της ορθολογικής κατανομής των πόρων, η ανάπτυξη της υγειονομικής φροντίδας στη περιφέρεια συνιστά παράγοντα περιφερειακής ανάπτυξης;

Το βασικό πεδίο εφαρμογής της παρούσας διατριβής αποτελεί το νοσοκομείο του ΕΣΥ. Προκειμένου να εκτιμηθεί η αποδοτικότητα αλλά και ο βαθμός της βέλτιστης κατανομής των πόρων υγείας της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, συλλέχθηκαν και επεξεργάστηκαν σε βάθος στοιχεία από συνολικά 123 δημόσια νοσοκομεία. Επισημαίνεται ότι τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία καθώς τα νοσηλευτικά τους στοιχεία δεν περιλαμβάνονται στην παρούσα ανάλυση καθώς, λόγω του ειδικού τους χαρακτήρα, θα οδηγούσαν σε σημαντικές στρεβλώσεις στους δείκτες των περιφερειών που είναι χωροθετημένα. Στην έρευνα δεν συμμετέχουν επίσης και δεν συνυπολογίζονται τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας του Αρεταίειου νοσοκομείου, των Στρατιωτικών Νοσοκομείων αλλά και των νοσοκομείων του ΙΚΑ (βάσει του Ν. 3918/2011 οι υπηρεσίες νοσοκομειακής υποστήριξής τους εντάσσονται στο ΕΣΥ), καθώς δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας κατά την περίοδο αναφοράς. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης θα είχε η ανάλυση –οικονομικών κυρίως– δεικτών σε επίπεδο κλινικών και τμημάτων για κάθε νοσοκομείο, προσκρούει ωστόσο στην αδυναμία καταγραφής σχετικών στοιχείων ως αποτέλεσμα της έλλειψης τμηματικών προϋπολογισμών στις νοσοκομειακές μονάδες.

Επισημαίνεται επίσης πως ο σχεδιασμός σήμερα στη χώρα για τον έλεγχο και την εποπτεία των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης πραγματοποιείται μέσω των επτά «υγειονομικών περιφερειών». Ωστόσο, δεδομένου ότι ο πληθυσμός κάθε υγειονομικής περιφέρειας δεν μπορεί εύκολα να προσδιοριστεί (μέρος των διοικητικών περιφερειών κατανέμεται σε περισσότερες από μία υγειονομικές περιφέρειες), αλλά και λόγω «ψυχολογικής διαχρονικής ταύτισης» του πληθυσμού με τα όρια των νομών και των παραδοσιακών περιφερειών, προτιμήθηκε η παρούσα ανάλυση των περιφερειακών ανισοτήτων να γίνει σε επίπεδο διοικητικής περιφέρειας.





Για την αξιολόγηση της κατανομής των πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης μεταξύ των περιφερειών στη παρούσα διατριβή αξιοποιείται η μέθοδος RAWP (Resource Allocation Working Party), της οποίας το βασικό πολυκριτηριακό μοντέλο αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά για την «ορθολογική κατανομή των πόρων στις υγειονομικές περιφέρειες του ελληνικού συστήματος υγείας» στη Μονάδα Ανάλυσης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών (Σισσούρας & Μητρόπουλος, 2004). Το πολυκριτηριακό αυτό μοντέλο εξειδικεύτηκε στον τομέα νοσοκομειακής περίθαλψης στο πλαίσιο ειδικού ερευνητικού προγράμματος (Τμήμα Επιχειρησιακού Σχεδιασμού και Πληροφοριακών Συστημάτων του ΤΕΙ Πατρών, υπό τον καθηγητή κ. Ι. Μητρόπουλο). Στη παρούσα εργασία, αξιοποιώντας το μοντέλο του ΤΕΙ Πατρών, γίνεται ο υπολογισμός της βέλτιστης περιφερειακής κατανομής των πόρων για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ με τα πλέον πρόσφατα δημοσιευμένα στοιχεία (2011) και υπολογίζονται οι αποκλίσεις σε χρηματικούς όρους για κάθε περιφέρεια με βάση τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων για το 2011. Το μοντέλο περιλαμβάνει τα ακόλουθα κριτήρια:

- ❖ Κριτήριο χρησιμοποίησης νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο: Πληθυσμός σταθμισμένος κατά ηλικιακή ομάδα, φύλο και μελλοντικές προβολές. Νοσηλευθέντες ασθενείς κατά διαγνωστική αιτία, φύλο, ηλικιακή ομάδα και ημέρες νοσηλείας.
- ❖ Κριτήριο κατάστασης υγείας: Προτυποποιημένα πηλικά θνησιμότητας (SMR) για κάθε διαγνωστική αιτία.
- ❖ Κριτήριο κάλυψης υπηρεσιών υγείας: Ανεπτυγμένες κλίνες, προσωπικό, εξελθόντες ασθενείς.

Επιπροσθέτως, για την εκτίμηση και αξιολόγηση των περιφερειακών ανισοτήτων αλλά κυρίως τη λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων, αξιοποιείται –βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας– το κριτήριο της (οριζόντιας) ισότητας, της δυνατότητας δηλαδή ισότιμης πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας και ποιότητας φροντίδας από το σύνολο του πληθυσμού μιας χωρικής ενότητας. Για τον υπολογισμό αυτό, και στο πλαίσιο συγκριτικής αξιολόγησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε περιφερειακό αλλά και ενδοπεριφερειακό επίπεδο, τέθηκε το ζήτημα της ανομοιογένειας των μονάδων, της διαφορετικής οργάνωσης και στόχευσής τους (Πανεπιστημιακά, Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας κ.λπ.), καθώς και του μίγματος των ασθενών που εξυπηρετούν. Έτσι, με γνώμονα την υιοθέτηση ενός αποδεκτού μεθοδολογικού πλαισίου για την επίτευξη ρεαλιστικών συγκρίσεων, έγινε διαχωρισμός των νοσοκομειακών μονάδων σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το μέγεθος και το βαθμό επιρροής τους, οι οποίες περιλαμβάνουν:



- 1) *Μεγάλα νοσοκομεία*: Νοσοκομεία του ΕΣΥ που έχουν περισσότερες από 400 κλίνες.
- 2) *Μεσαία νοσοκομεία*: Νοσοκομεία του ΕΣΥ τα οποία διαθέτουν από 250 έως 400 κλίνες.
- 3) *Μικρά νοσοκομεία*: Νοσοκομεία τα οποία δεν είναι ταυτόχρονα και Κέντρα Υγείας και διαθέτουν έως 250 κλίνες (και δεν χαρακτηρίζονται ως Κέντρα Υγείας).
- 4) *Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας*: Μικρές μονάδες παροχής –κατά βάση– πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω κατηγοριοποίηση, υπολογίστηκαν οι ακόλουθοι δείκτες αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας:

- Εισροών (κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη, τομογράφοι ανά 1.000 κατοίκους κ.λπ.).
- Εκροών (μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης, ρυθμός εισροής, διάστημα εναλλαγής).
- Αποδοτικότητας (παραγωγικότητα, αποδοτικότητα, κόστος ανά ασθενή, ημερήσιο κόστος νοσηλείας κ.λπ.).

Παράλληλα, δεδομένης της παραπάνω κατηγοριοποίησης, διερευνήθηκε η σχέση του μεγέθους ενός νοσοκομείου του ΕΣΥ (βάσει δυναμικότητας ανεπτυγμένων κλινών), με τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητάς του. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες είναι περισσότερο οικονομικά αποδοτικές συγκριτικά με τις μικρότερες (Athanassopoulos, Gounaris & Sissouras, 1999). Ωστόσο, σύμφωνα με ευρήματα πολλών μελετών, συχνά αποδεικνύεται ότι σε ιδιαίτερα μεγάλα μεγέθη τα παραπάνω οφέλη εξαντλούνται πολύ νωρίς. Παράλληλα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, το μέγεθος ενός νοσοκομείου συνδέεται απόλυτα με τη διάρθρωση των περιστατικών (case mix), καθώς οι ασθενείς με τις σοβαρότερες ασθένειες, τη μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και το ακριβότερο κόστος νοσηλεύονται συνήθως στα μεγαλύτερα νοσοκομεία (Shi, 1996). Συνεπώς, η διερεύνηση της σχέσης μεγέθους και αποδοτικότητας έχει ιδιαίτερο επιστημονικό ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο για τη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας μας όσο και διεθνώς.

Για τη διεξαγωγή της παρούσας διατριβής, στοιχεία συλλέχθηκαν –κατά βάση– από τις ακόλουθες πηγές:

- Το πληροφοριακό σύστημα καταγραφής της νοσηλευτικής δραστηριότητας των νοσοκομείων (ESY.net) του Υπουργείου Υγείας (απογραφή 2011).



- Το πληροφοριακό σύστημα καταγραφής της νοσηλευτικής δραστηριότητας των νοσοκομείων του Υγειονομικού Χάρτη του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (απογραφή 2011)
- Την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) ως προς τα δημογραφικά, κοινωνικά και επιδημιολογικά δεδομένα (στοιχεία 2007-2011).

Επιπρόσθετες πληροφορίες και δεδομένα απαραίτητα για την παρούσα διατριβή αντλήθηκαν από ετήσιες εκθέσεις του Υπουργείου Υγείας, από μελέτες που εκπονήθηκαν στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ καθώς και από προσωπικές συνεντεύξεις με στελέχη του Υπουργείου Υγείας, προσωπικό νοσοκομειακών μονάδων αλλά και καθηγητές οικονομικών της υγείας.

Η διατριβή χωρίζεται συνολικά σε εννέα κεφάλαια. Το 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική επισκόπηση που αφορά εννοιολογικούς προσδιορισμούς σχετικά με την έννοια, τις μορφές, τη δομή και την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας, θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με πολιτικές της περιφερειακής ανάπτυξης καθώς και μοντέλα χωροθέτησης των υπηρεσιών υγείας. Το 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περιλαμβάνει την περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης του νοσοκομειακού τομέα σε χώρες της ΕΕ, τις σύγχρονες τάσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη (συγχωνεύσεις, hospital trust, εναλλακτικές δομές περίθαλψης κ.λπ.) καθώς επίσης και ποσοτικά δεδομένα ως προς την εξέλιξη των εισροών και της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού τομέα στην Ευρώπη. Στο 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται συνοπτική παρουσίαση της εξέλιξης των πολιτικών στη νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα από τις αρχές της δεκαετίας του '80 έως και σήμερα. Στο 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περιγράφεται το μεθοδολογικό πλαίσιο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας καθώς και τα δεδομένα και οι δείκτες εισροών και εκροών που θα αξιοποιηθούν για τη μέτρηση των περιφερειακών ανισοτήτων και τη βέλτιστη κατανομή των πόρων στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής. Στο 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προσφερόμενες υποδομές και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ παράλληλα γίνεται εκτίμηση δεικτών νοσηλευτικής δραστηριότητας και οικονομικής αποδοτικότητας ανά νοσοκομείο. Στο 6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται συγκριτική αποτίμηση των περιφερειακών ανισοτήτων ως προς την κατανομή των πόρων της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στο 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται κατηγοριοποίηση των νοσοκομειακών μονάδων βάσει μεγέθους και επιχειρείται συγκριτική αξιολόγηση ομοειδών νοσοκομείων βάσει δεικτών νοσηλευτικής δραστηριότητας και αποδοτικότητας. Στο 8<sup>ο</sup> Κεφάλαιο πραγματοποιείται –με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία– εκτίμηση της βέλτιστης περιφερειακής κατανομής των πόρων της νοσοκομειακής περίθαλψης σε χρηματικούς όρους, αξιοποιώντας το πολυκριτηριακό μοντέλο που σχεδιάστηκε από το Τμήμα Επιχειρησιακού Σχεδιασμού και Πληροφοριακών Συστημάτων του ΤΕΙ Πατρών, υπό τον καθηγητή κ. Ι. Μητρόπουλο. Τέλος, η διατριβή ολοκληρώνεται με το 9<sup>ο</sup> Κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζονται τα τελικά συμπεράσματα



από την ανάλυση των δεδομένων καθώς και προτάσεις πολιτικής στο πλαίσιο ενίσχυσης της βέλτιστης κατανομής των πόρων, του εξορθολογισμού των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και της εξασφάλισης της βιωσιμότητας του ΕΣΥ.



# Ενότητα Α΄

Θεωρητικό πλαίσιο



# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

## Θεωρητικές Προσεγγίσεις

### 1.1 Θεωρίες και πολιτικές περιφερειακής ανάπτυξης

Η εμφάνιση ή ακριβέστερα η ενσωμάτωση της μεταβλητής του χώρου στις οικονομικές θεωρίες, όσο κι αν σήμερα θεωρείται αυτονόητη, αρχίζει σταδιακά από τις αρχές του 20ού αιώνα. Μέχρι τότε, η παραδοσιακή οικονομική ανάλυση παραμελούσε τη χωρική διάσταση των οικονομικών φαινομένων, γιατί στήριζε τις υποθέσεις της στην τέλεια κινητικότητα των συντελεστών παραγωγής από περιοχή σε περιοχή. Κατά συνέπεια, κατά τους νεοκλασικούς οικονομολόγους, η επίδραση του χώρου στις οικονομικές δραστηριότητες είναι ανύπαρκτη γιατί το κόστος μεταφοράς είναι μηδενικό επειδή οι πόροι κινούνται στιγμιαία, αυτόματα και αδάπανα και μπορούν να κατανεμηθούν ομοιόμορφα στο χώρο. Οποιαδήποτε ανισορροπία μπορεί να εμφανιστεί στις τιμές και στα εισοδήματα εξαλείφεται από τη λειτουργία του μηχανισμού της αγοράς (Χριστοφάκης, 2001).

Στις κεϋνσιανές πολιτικές το κράτος, μέσα από μεγάλης κλίμακας δημόσιες επενδύσεις (υποδομές, υπηρεσίες κ.λπ.), ενισχύει κυρίως τις κεντρικές περιοχές προκειμένου να δοθεί ώθηση στην ανάπτυξη. Οι στρατηγικές αυτές ήταν ένα μέσο αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων από την κρίση του 1929, αλλά και των μετέπειτα πολέμων που γνώρισε η ανθρωπότητα, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '50.

Η διερεύνηση ωστόσο του περιφερειακού προβλήματος, και ειδικότερα των περιφερειακών ανισοτήτων, άρχισε να μελετάται εμπειριστικώς από τα τέλη της δεκαετίας του '60. Η ασύμμετρη ανάπτυξη στον εθνικό χώρο παρουσιάζεται με διάφορες μορφές, οι οποίες εξελίσσονται ανάλογα με τη φάση ανάπτυξης που βρίσκεται η χώρα.

Ο Hirschmann (1958) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι οι ανισότητες αποτελούν αναπόφευκτη συνέπεια και βασική προϋπόθεση της ίδιας της ανάπτυξης.



Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Rostow (1960), μια χώρα ακολουθεί πέντε στάδια ανάπτυξης, κάθε ένα εκ των οποίων συνδέεται διαδοχικά με το επόμενο. Στο πρώτο στάδιο της παραδοσιακής κοινωνίας, η πλειοψηφία του πληθυσμού ασχολείται με τον πρωτογενή τομέα και η παραγωγικότητα της οικονομίας είναι πολύ χαμηλή. Στο δεύτερο στάδιο αρχίζουν να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για τη βελτίωση της οικονομίας μέσα από τη σταδιακή συσσώρευση του κεφαλαίου, **τη βελτίωση των συνθηκών υγείας**, τον εκσυγχρονισμό της γεωργίας κ.λπ. Στο επόμενο στάδιο παρατηρούνται συστηματικοί ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας εστιάζοντας σε συγκεκριμένους κλάδους, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι επενδύσεις και αποταμιεύσεις. Στο τέταρτο στάδιο ενισχύεται σημαντικά το κατά κεφαλήν εισόδημα του πληθυσμού, ο οποίος σταδιακά αστικοποιείται, ενώ το εργατικό δυναμικό εξειδικεύεται ενισχύοντας της παραγωγικότητα της οικονομίας. Τέλος, στο πέμπτο στάδιο μαζικοποιείται η κατανάλωση αγαθών και επεκτείνεται η κοινωνική ευημερία. Γενικότερα, η διαδικασία της ανάπτυξης, όπως περιγράφεται στη θεωρία των σταδίων ανάπτυξης του Rostow, ενισχύει τις περιφερειακές ανισότητες μέσα από τη δημιουργία ηγετικών περιφερειών (Κόνσολας, 1997).

Ο Friedman (1966 και 1973) προτείνει τέσσερις φάσεις ανάπτυξης οι οποίες συνδέονται με τη λήψη μέτρων πολιτικής για την αντιμετώπιση του περιφερειακού προβλήματος και οι οποίες κατηγοριοποιούνται με βάση τη συμμετοχή της βιομηχανίας στο ΑΕΠ μιας χώρας. Στη πρώτη φάση (ποσοστό βιομηχανίας 0-10%), λόγω των εξαιρετικά περιορισμένων πόρων, η έμφαση της περιφερειακής πολιτικής δίνεται στην ενίσχυση βασικών πεδίων κοινωνικής πολιτικής, όπως **της υγείας**, της εκπαίδευσης καθώς και της βελτίωσης μεταφορικών υποδομών σε κεντρικές περιοχές της χώρας. Στη δεύτερη φάση (ποσοστό 10-25%) η οικονομία περνάει σε μια μεταβατική περίοδο όπου, λόγω των οικονομιών συγκέντρωσης της βιομηχανίας, οδηγούμαστε σταδιακά στην ενίσχυση του κέντρου σε σχέση με την περιφέρεια. Στη φάση αυτή η περιφερειακή πολιτική καλείται να λάβει μέτρα ισορροπίας ανάπτυξης. Στην τρίτη φάση (ποσοστό 25-50%) προτεραιότητα από πλευρά πολιτικών δίνεται στη λήψη μέτρων για την ενίσχυση των απομονωμένων αγροτικών περιοχών, τη βελτίωση της οργάνωσης των αστικών κέντρων στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων από την εξάρτηση περιοχών από συγκεκριμένους οικονομικούς κλάδους κ.λπ. Τέλος, στην τέταρτη φάση οι πολιτικές εστιάζουν στη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας, στην προστασία του περιβάλλοντος, στην **ενίσχυση των κοινωνικών υπηρεσιών** κ.λπ. (Κόνσολας, 1997).

Η σημαντικότερη ωστόσο συμβολή στη διερεύνηση των περιφερειακών ανισοτήτων είναι αυτή της σωρευτικής αιτιότητας του Myrdal (1957), σύμφωνα με την οποία προβλέπονται τρία στάδια ανάπτυξης της οικονομίας μιας χώρας. Στο πρώτο στάδιο οι περιφερειακές ανισότητες



είναι εξαιρετικά περιορισμένες, ωστόσο στο δεύτερο στάδιο η διαδικασία της σωρευτικής αιτιότητας οδηγεί στη διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, λόγω και των συγκριτικών πλεονεκτημάτων που διαθέτουν, απομυζώντας μάλιστα συντελεστές παραγωγής από αυτές. Στο τρίτο στάδιο, όμως, τα αναπτυξιακά αποτελέσματα –με τη συμβολή και των μέτρων περιφερειακής πολιτικής– διαχέονται σε όλες τις περιοχές της χώρας με αποτέλεσμα τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Η ενίσχυση των δημοσίων επενδύσεων για την εξασφάλιση καλύτερης υποδομής για τον πληθυσμό και τη βιομηχανία (οδικά δίκτυα, ηλεκτροδότηση, υδροδότηση, **νοσοκομεία**, σχολεία κ.λπ.) αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες προσέλκυσης νέων βιομηχανικών μονάδων στη θεωρία του Myrdal.

Άλλες θεωρίες που προσπάθησαν να ερμηνεύσουν τα αίτια των περιφερειακών ανισοτήτων είναι αυτές της χωρικής κατανομής των οικονομικών δραστηριοτήτων, στις οποίες στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό η διαμόρφωση και εφαρμογή του προτύπου της πολιτικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με τη θεωρία της κεντρικής θέσης του Christaller (1933), η αναπτυξιακή διαδικασία εμφανίζεται σε διάφορες κεντρικές περιοχές της χώρας οι οποίες εξυπηρετούν τις ίδιες και άλλες συμπληρωματικές περιοχές. Σταδιακά αυτό οδηγεί στη δημιουργία ενός συστήματος οικισμών ιεραρχικά διαρθρωμένων, όπου το κάθε κέντρο περιβάλλεται από άλλα έξι με τη μορφή των εξαγώνων.

Μία από τις πιο σημαντικές θεωρίες των πόλων ανάπτυξης ήταν αυτή του Perroux (1950), όπου με ένα άρθρο του που δημοσιεύτηκε το 1950 εισήγαγε την έννοια του οικονομικού χώρου, τον οποίο θεωρεί αφηρημένο, και ορίζεται από τις οικονομικές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των οικονομικών συντελεστών. Στη συνέχεια διετύπωσε τη *θεωρία των πόλων ανάπτυξης*. Ως πόλους ανάπτυξης θεωρεί κέντρα από και προς τα οποία αναπτύσσονται κεντρομόλες και κεντρόφυγες δυνάμεις. Ακόμη εισήγαγε την έννοια της προωθητικής βιομηχανίας που εγκαθίσταται σε έναν πόλο ανάπτυξης για λόγους που μπορεί να οφείλονται σε μια σειρά αιτιών, όπως η ύπαρξη φυσικών πόρων ή υποδομών ή άλλων, και στη συνέχεια δημιουργούν εξωτερικές οικονομίες για τις περιοχές όπου έχουν εγκατασταθεί και αυξάνουν την ελκτική δύναμη του κέντρου προς άλλες επιχειρήσεις και πληθυσμό. Η θεωρία των πόλων ανάπτυξης επηρέασε τόσο τους μεταγενέστερους θεωρητικούς όσο και την άσκηση πολιτικής, γιατί έγινε πιστευτό ότι ο εξοπλισμός περιφερειακών αστικών κέντρων με τις απαραίτητες υποδομές θα ήταν η επαρκής συνθήκη για την προσέλκυση βιομηχανικών μονάδων που στη συνέχεια θα λειτουργούσαν ως προωθητικές βιομηχανίες (Παπαδάκη, 2005).

Προς τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η κορύφωση της κρίσης, παράλληλα με τη σταδιακή εμφάνιση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, άσκησαν σημαντικούς κλυδωνισμούς στο





κυρίαρχο αναπτυξιακό πρότυπο των πόλων ανάπτυξης. Στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές οι συνθήκες και η ποιότητα ζωής δεν βελτιώθηκαν όσο αναμενόταν, ενώ στα μεγάλα αστικοβιομηχανικά συγκροτήματα οι εντεινόμενες τάσεις συσσώρευσης πληθυσμού και δραστηριοτήτων δημιουργούσαν έντονα προβλήματα κορεσμού, υποβάθμισης του περιβάλλοντος και αρνητικών εξωτερικών οικονομιών. Τα προβλήματα αυτά ενισχύθηκαν ιδιαίτερα με την εμφάνιση της παγκόσμιας κρίσης των βιομηχανικά αναπτυγμένων κρατών, η οποία κατανεμήθηκε άνισα ανάμεσα στους κλάδους της βιομηχανίας (Κόνσολας κ.ά., 2009).

Στο τέλος της δεκαετίας του '80 διατυπώθηκαν τα πρώτα μοντέλα *ενδογενούς ανάπτυξης* (Romer, 1994). Σύμφωνα με αυτά, σημαντικό ρόλο στις στρατηγικές περιφερειακής και τοπικής ανάπτυξης μπορεί να παίξει η επιτάχυνση των καινοτομικών ανακαλύψεων, η αύξηση των επενδύσεων στο ανθρώπινο κεφάλαιο, η έρευνα, η δικτύωση κ.λπ.

Στη διερεύνηση των περιφερειακών ανισοτήτων ιδιαίτερη σημασία αποκτούν πλέον οι σύγχρονες θεωρίες του Krugman (1991) και του Porter (1990). Σύμφωνα με τον Krugman, η αλληλεπίδραση των εξωτερικών οικονομιών κλίμακας και του μεταφορικού κόστους εξηγούν την περιφερειακή βιομηχανική συγκέντρωση και το σχηματισμό των κέντρων και των περιφερειών. Με τη σταδιακή μείωση του κόστους μεταφοράς, η συγκέντρωση δραστηριοτήτων στο χώρο είναι αναπόφευκτη στο πλαίσιο εξασφάλισης οικονομιών κλίμακας. Ο Porter με τη σειρά του υποστηρίζει ότι ο βαθμός της γεωγραφικής συγκέντρωσης της παραγωγής διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό των κλάδων εκείνων που μπορούν να αποκτήσουν συγκριτικό πλεονέκτημα. Η απομόνωση και η έλλειψη ανταγωνιστικών προκλήσεων και καινοτόμων πρωτοβουλιών οδηγούν σε καθυστέρηση και στασιμότητα (Κόνσολας, 1997).



## 1.2 Το αγαθό «υγεία»: Εννοιολογικοί και χρονικοί προσδιορισμοί της Υγείας

### 1.2.1 Η έννοια της Υγείας

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας έχει αποτελέσει, σε βάθος χρόνου, αντικείμενο προβληματισμού των μελετητών και έχει επιδεχθεί πολλές αλλαγές. Η απουσία σαφούς, συνεχούς και διακρατικά αποδεκτού τρόπου ορισμού της υγείας –σύμφωνα με τα όσα η Unesco ανέφερε το 1972– είναι κατά κάποιο τρόπο λογική, καθώς διαχρονικά αλλάζει συνεχώς ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται την υγεία, οι γνώσεις του και οι απαιτήσεις του σχετικά με αυτήν (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τη κλασική ιατροκεντρική προσέγγιση, το αποκαλούμενο βιοϊατρικό μοντέλο, ως υγεία νοείται η απουσία παρέκκλισης από το «φυσιολογικό». Το δε φυσιολογικό προσδιορίζεται είτε σε αντιδιαστολή με τη νόσο είτε με τη χρήση επιδημιολογικών δεικτών, βιοστατιστικών μετρήσεων, βιολογικών τιμών. Το βιοϊατρικό μοντέλο προσδιορίζει την υγεία ως απουσία νόσου, ενώ ταυτόχρονα αγνοεί την ψυχική και κοινωνική διάσταση του ατόμου. Ο ορισμός αυτός έχει μια αρνητική χροιά καθώς στηρίζεται κατά βάση στη μηχανιστική προσέγγιση του ανθρώπινου οργανισμού, στο διαχωρισμό σώματος και πνεύματος και ουσιαστικά χρήζει την ιατρική και τους ιατρούς ως θεματοφύλακες της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007· ΙΤΑ, 2009).

Στον αντίποδα των παραπάνω αντιλήψεων τοποθετείται η σχολή της ολιστικής προσέγγισης της υγείας η οποία, αναγνωρίζοντας την κρίση του βιοϊατρικού μοντέλου και του σύγχρονου ιατρικού παραδείγματος, προτείνει έναν ολιστικό ορισμό για την υγεία. (Μπένος, 1993· Κούτης, 1998). Βέβαια, ήδη από την αρχαιότητα, οι Έλληνες ιατροί επισήμαναν τη σχέση της υγείας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η πιο γνωστή και διαδεδομένη απόπειρα ολιστικής προσέγγισης της υγείας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, με το γνωστό πλέον ορισμό της υγείας «ως μιας κατάστασης πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο ως απουσίας νόσου ή αναπηρίας» (WHO, 1958).

Με τον ορισμό του ΠΟΥ αναγνωρίστηκαν δύο νέες παράμετροι στην υγεία: η απουσία της ασθένειας και η ύπαρξη της ευεξίας, ενώ πλέον αναγνωρίζεται η ύπαρξη της κοινωνικής και



ψυχικής διάστασης πέραν της σωματικής. Ο ορισμός αυτός αναφέρεται συχνά και ως ο θετικός ορισμός της υγείας.

### 1.2.2 Πρόληψη, προαγωγή και αγωγή υγείας

Το βασικότερο στοιχείο της διατήρησης της Δημόσιας Υγείας αποτελεί η πρόληψη, η προαγωγή και η αγωγή υγείας. Ως πρόληψη (prevention) ορίζεται η διαδικασία εξάλειψης των αιτιών θανάτου οι οποίες σχετίζονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά και μπορούν να αποφευχθούν. Η πρόληψη έχει ιδιαίτερη σημασία για τη βελτίωση της υγείας του ατόμου και της ποιότητας ζωής, ενώ μακροπρόθεσμα οδηγεί και σε μείωση των δαπανών υγείας.

Η πρόληψη μπορεί να είναι είτε πρωτογενής, με αποφυγή της επαφής με νοσογόνους παράγοντες ή με ενίσχυση της φυσικής άμυνας του οργανισμού, είτε δευτερογενής, με έγκαιρη διάγνωση και προσυμπτωματικό έλεγχο για νοσήματα όπου αυτό είναι εφικτό, είτε τριτογενής, με περιορισμό της ανικανότητας που ενδέχεται να επέλθει ως αποτέλεσμα ενός νοσήματος. Σε αντίθεση με την πρωτογενή πρόληψη η οποία αποσκοπεί στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης μιας νόσου, η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην αναστολή της εξέλιξης της νόσου, ενώ η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση των παρενεργειών της κλινικής θεραπείας, η οποία όμως έχει ήδη εμφανιστεί (Αθανασάκης κ.ά., 2009· Λιαρόπουλος, 2007).

Η προαγωγή της υγείας (health promotion) είναι, σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα αποκτούν ικανότητα ελέγχου και βελτίωσης της υγείας τους. Η προαγωγή της υγείας αφορά σε υγιή άτομα και επιδιώκει την ανάπτυξη συμπεριφορών που προστατεύουν ή βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας διατύπωσε επίσης τις απαραίτητες επιμέρους στρατηγικές για την Προαγωγή της Υγείας, όπως η οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής υποστηρικτικής προς την υγεία, η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η ενίσχυση της κοινοτικής δράσης, η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και ο αποπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας ([www.healthpromotion.med.uoa.gr](http://www.healthpromotion.med.uoa.gr)).

Επιπλέον, το 1997, η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την Προαγωγή της Υγείας αναφέρθηκε σε καθοριστικούς παράγοντες για την προώθηση της υγείας οι οποίοι αντιμετωπίζονται από την προαγωγή υγείας ώστε να δημιουργηθεί το μεγαλύτερο κέρδος στην υγεία, να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανισότητες στο χώρο της υγείας και να ισχυροποιηθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τελικός στόχος ήταν να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης και να αμβλυνθούν οι



διαφορές ανάμεσα σε χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες. Ως προτεραιότητες ορίστηκαν: η προώθηση της κοινωνικής ευθύνης, η αύξηση των επενδύσεων για την υγεία, η εδραίωση και διεύρυνση των συνεργασιών για την υγεία, η αύξηση του δυναμικού της κοινότητας και η ενδυνάμωση του ατόμου καθώς και η εξασφάλιση της υποδομής για την προαγωγή της υγείας ([www.healthpromotion.med.uoa.gr](http://www.healthpromotion.med.uoa.gr)).

Τέλος, η αγωγή υγείας (health education), σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αποτελεί μια διαδικασία η οποία βοηθά τα άτομα να λαμβάνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής τους ευεξίας. Οι στόχοι της αγωγής υγείας αφορούν σε ευαισθητοποίηση των ατόμων, σε παροχή γνώσης, ιεράρχηση αξιών, ανταλλαγή απόψεων, λήψη αποφάσεων, αλλαγή περιβάλλοντος και συμπεριφοράς (Τούντας, 2009).



### 1.3 Μορφές παροχής υπηρεσιών υγείας: Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και συνιστά βασική προϋπόθεση για μια συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι η φροντίδα που δέχεται ένα άτομο από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, όπως γιατρούς και νοσοκομεία. Ύστερα από 1970, και αφού δόθηκε έμφαση στην έννοια της πρόληψης των διαφόρων νοσημάτων, οι υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται σε τρία επίπεδα:

**Το πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας** περιλαμβάνει τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (πολυϊατρείο, κέντρο υγείας, γενικός ιατρός). Αυτές οι υπηρεσίες αφορούν τόσο τον υγιή όσο και τον μη υγιή πληθυσμό και στοχεύουν στη θεραπεία, την πρόληψη και την φροντίδα για κάθε περίπτωση που δεν απαιτείται η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνεται και η αυτοφροντίδα.

**Το δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας** περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τοπικά μικρού ή μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία. Στα νοσοκομεία αυτά υπάρχουν συνήθως οι βασικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, γυναικολογία) και τα βασικά εργαστήρια (микροβιολογικό, ακτινολογικό).

**Το τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας** περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Η ύπαρξη στα νοσοκομεία αυτά όλων των ειδικοτήτων καθώς και η δυνατότητα κάλυψης κάθε εξειδικευμένης ανάγκης καθιστά εφικτή την αντιμετώπιση οποιουδήποτε ιατρικού προβλήματος.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα, την ενδιαίτησή του, την οποιασδήποτε φύσεως ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς αυτόν συνδρομή και ειδικότερα τη δέουσα αγωγή και θεραπεία για αποκατάσταση σωματικών και ψυχικών αναπηριών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και τις αναγκαίες θεραπείες, παρακλινικές εξετάσεις, κάθε αναγκαία φαρμακευτική αγωγή, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται σε: α) νοσηλευτικά ιδρύματα των σχηματισμών του ΕΣΥ, β) πανεπιστημιακά νοσοκομεία, γ) νοσηλευτικά ιδρύματα ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δ) συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, ε) στρατιωτικά νοσοκομεία, στ) κέντρα



αποκατάστασης/αποθεραπείας κλειστής νοσηλείας, ζ) κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων, η) Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και θ) Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση και των τριών επιπέδων. Η λειτουργική διασύνδεση επιτρέπει την καλύτερη ιατρική αντιμετώπιση του ασθενή αυξάνοντας την ικανοποίησή του και περιορίζοντας ταυτόχρονα το χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται ένα βασικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος, στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου και συνεχούς σχεδίου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, και όχι ένα πρόσθετο και αποκομμένο από το υπόλοιπο σύστημα υγείας τμήμα (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Η πρωτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει να αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας, ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα να δρουν υποστηρικτικά και συμπληρωματικά.

Το Σεπτέμβριο του 1978, στο Διεθνές Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διατυπώνεται η περίφημη Διακήρυξη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο πλαίσιο της Στρατηγικής «Υγεία για Όλους» όπου καθόρισε μια νέα φιλοσοφία για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων εντάσσοντας κοινωνική, κοινοτική και οικονομική διάσταση. Τριάντα και πλέον χρόνια αργότερα ένας μεγάλος αριθμός έγκυρων πανεπιστημιακών και ερευνητικών ιδρυμάτων και επιστημονικών περιοδικών αναφέρονται στην αναγκαιότητα ανασυγκρότησης των συστημάτων υγείας στις βιομηχανικές χώρες με «οδηγό» τη Διακήρυξη της Alma-Ata.

Η έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι βασικές προϋποθέσεις για την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, όπως καθορίστηκαν στη διακήρυξη της *Alma-Ata*, περιλαμβάνουν:

- Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα που απαιτεί τη συνεργασία και το συντονισμό του κοινωνικού τομέα, του οικονομικού και του υγειονομικού.
- Οι μεγάλες ανισότητες στα επίπεδα υγείας είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες.
- Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη είναι ουσιαστικής σημασίας για την πλήρη επιτυχία του στόχου «Υγεία για όλους το 2000».
- Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα και καθήκον να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την εφαρμογή προγραμμάτων του τομέα υγείας.
- Οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία των λαών τους.



- Η πρωτοβάθμια φροντίδα βασίζεται σε πρακτικές, σε επιστημονικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσιτές σε όλους.
- Όλες οι κυβερνήσεις θα πρέπει να αναπτύξουν την εθνική πολιτική τους και στρατηγική τους για να επιτύχουν το στόχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας μέχρι το 2000 μπορούσε να επιτευχθεί με καλύτερη χρησιμοποίηση των παγκόσμιων πόρων.
- Μια συνεπής πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού μπορεί και πρέπει να αποδεσμεύσει πόρους για ειρηνικούς σκοπούς.

Στις παραπάνω αρχές δόθηκαν διαφορετικές ερμηνείες από τα κράτη-μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, γιατί κάθε χώρα είχε τη δική της κοινωνικο-οικονομική υποδομή και το δικό της προγραμματισμό για την υγεία. Υπάρχουν όμως πέντε θεμελιώδεις αρχές που καθορίζουν τους βασικούς άξονες ανάπτυξης και αποτελούν τα κύρια κοινά χαρακτηριστικά σε όλα τα πρωτοβάθμια συστήματα. Οι αρχές αυτές είναι:

- **Η διαθεσιμότητα** των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών 24 ώρες ημερησίως και για 365 μέρες το χρόνο. Η αρχή αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη της κατάλληλης κτιριακής υποδομής καθώς και τον κατάλληλο προγραμματισμό του ωραρίου απασχόλησης προσωπικού.
- **Η προσπελασιμότητα**, δηλαδή η δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας όταν και όπου χρειασθούν. Η αρχή αυτή προϋποθέτει ορθολογικό περιφερειακό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και παράλληλη ανάπτυξη του οδικού δικτύου και των μέσων επικοινωνίας.
- **Η συνέχεια της προσφοράς** υπηρεσιών υγείας, δηλαδή η μακροχρόνια και στενή παρακολούθηση όχι μόνο των ασθενών μιας κοινότητας αλλά όλων των ατόμων της. Η αρχή αυτή προϋποθέτει όχι μόνο την υγειονομική αλλά και κοινωνική ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας και τη διαρκή επικοινωνία του Κέντρου Υγείας με τον πληθυσμό της κοινότητας.
- **Η σύνδεση μεταξύ του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου συστήματος υγείας.** Η αρχή αυτή προϋποθέτει ένα καλά οργανωμένο σύστημα παραπομπής (referral) των ασθενών από τους γενικούς γιατρούς προς τους ειδικευόμενους γιατρούς. Το σύστημα παραπομπής βασίζεται σε μια συνεχή ροή προσφοράς υπηρεσιών υγείας από τον γενικό γιατρό, το κέντρο υγείας, τους ειδικευόμενους γιατρούς, το νομαρχιακό νοσοκομείο, το περιφερειακό νοσοκομείο μέχρι την ειδική πανεπιστημιακή κλινική ή το πανεπιστημιακό ινστιτούτο ερευνών. Αυτό σημαίνει ότι



στο όλο σύστημα θα υπάρχει συνεχής ροή πληροφοριών για το πού υπάρχουν οι συγκεκριμένες ειδικές υπηρεσίες, για παράδειγμα αιματολογίας, βακτηριολογίας, βιοχημείας, πυρηνικής ιατρικής, πώς θα λειτουργούν οι υπηρεσίες αυτές και πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο αποδοτικά.

- **Η οικονομική και κοινωνική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.** Μέχρι σήμερα η έρευνα για την αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών έχει επικεντρωθεί σε βιομετρικές και επιδημιολογικές μελέτες. Οι οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις των διάφορων προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν έχουν μετρηθεί ούτε αξιολογηθεί αρκετά. Το ερευνητικό ενδιαφέρον θα πρέπει να στραφεί στη διερεύνηση της αρχής αυτής, γιατί πολλές συζητήσεις και προτάσεις έχουν γίνει από πολλούς οργανισμούς, ακόμα και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, που υποστηρίζουν ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι οικονομικά λιγότερο δαπανηρή από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ωστόσο, η πρόταση αυτή πρέπει να αξιολογηθεί με σύγχρονες ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους για να διερευνηθεί το οικονομικό και κοινωνικό όφελος που προκύπτει από διαφορετικές μορφές περίθαλψης (Υφαντόπουλος, 1988).





## 1.4 Δομή των Συστημάτων Υγείας

Η εφαρμογή της πολιτικής υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική υγείας και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι το *σύστημα υγείας*. Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας διαμορφώθηκε στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζει ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι τα δεδομένα με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν και αυτό δημιουργεί την ανάγκη τα σχετικά συστήματα υγείας να αναπροσαρμόζονται στα νέα δεδομένα, ενώ ενίοτε απαιτείται να σχεδιαστούν εκ νέου για να μπορούν να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Τι εννοούμε όμως λέγοντας «σύστημα υγείας»; Ο όρος σύστημα παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Επίσης, το σύστημα υγείας θα μπορούσε να οριστεί και ως ένα άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων, συνδεδεμένων μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που να συνθέτουν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μια λειτουργία. Σήμερα, η αντίληψη αυτή είναι ολοένα και λιγότερο σημαντική και το έδαφος το κερδίζει η συστημική αντίληψη, δηλαδή ότι το σύστημα δεν είναι άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων αλλά είναι ένα ενιαίο σύνολο το οποίο έχει τη δική του λειτουργία.

Το σύστημα ορίζεται από τον Λιαρόπουλο υπό αυτή την έννοια, θεωρώντας το ως οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του ορισμού είναι η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων και διαδικασιών.

Ένας περισσότερο εξειδικευμένος ορισμός του συστήματος θεωρεί το σύστημα ως μια ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία αποτελείται από επιμέρους στοιχεία τα οποία βρίσκονται σε μια δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Ακολουθώντας τη συστημική θεωρία μπορούμε να ορίσουμε την έννοια «σύστημα» στη βάση των ακόλουθων στοιχείων/υποθέσεων (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Το σύστημα δεν είναι μόνο άθροισμα των επιμέρους στοιχείων του.
- Τα επιμέρους στοιχεία βρίσκονται σε διαρκή και δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, αλλά και σε αλληλεπίδραση και με το περιβάλλον.



- Το σύστημα ως ολότητα –όπως και τα επιμέρους στοιχεία/υποσύνολά του– λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνει το λόγο της ύπαρξής του και τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκε.

Όλα τα συστήματα παρουσιάζουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά, που είναι τα ακόλουθα:

- Μεταξύ του συστήματος και του περιβάλλοντος αναπτύσσεται σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης.
- Κάθε σύστημα είναι οριοθετημένο, και αυτό ορίζει τα όριά του σε σχέση με το περιβάλλον.
- Μεταξύ συστήματος και περιβάλλοντος υπάρχει συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών.
- Η πολυπλοκότητα ενός συστήματος εξαρτάται κυρίως από το πλήθος των στοιχείων που περιλαμβάνει και από τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των στοιχείων.
- Κάθε σύστημα διακρίνεται από την ιεραρχική δομή που το διέπει.
- Κάθε σύστημα έχει ένα συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης και συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να πετύχει.
- Η λεπτομερής ανάλυση της συμπεριφοράς του συστήματος προσδιορίζει και τη δυνατότητά του να εκπληρώσει τους στόχους του και να πραγματοποιεί αλλαγές ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν μπορούμε να ορίσουμε ότι το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού<sup>1</sup>. Μπορούμε επίσης να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας<sup>2</sup>.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007, σ. 66), το σύστημα υγείας είναι συνδυασμός πολλαπλών υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Ειδικότερα αποτελείται από τρία υποσυστήματα: το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο

<sup>1</sup> Ο ορισμός αυτός αναφέρεται από τους Καλογεροπούλου, Μ. και Μουρδουκούτα, Π. (2007, σ. 67).

<sup>2</sup> Ο ορισμός αυτός αναφέρεται από τον Λιαρόπουλο (2007, σ. 202).



υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Μια άλλη εναλλακτική προσέγγιση είναι να θεωρήσει κανείς ότι το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με τη χρηματοδότηση της υγείας, το δεύτερο υποσύστημα σχετίζεται με τη διοικητική υποστήριξη του συστήματος, το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Επίσης θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι το πρώτο υποσύστημα υγείας αναφέρεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το δεύτερο υποσύστημα υγείας αναφέρεται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και το τρίτο σύστημα υγείας αναφέρεται στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον Σούλη (1999, σ. 33-36), το σύστημα υγείας μπορεί να προσδιοριστεί με τρεις τρόπους :

- Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών
- Σύστημα υγείας συνολικού κύκλων εργασιών
- Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία

Σύμφωνα με την πρώτη θεώρηση, το σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα τριών μεταβλητών:

1. Μηχανισμός διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.
2. Μηχανισμός παραγωγής και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας.
3. Μηχανισμός κάλυψης των δαπανών της υγείας.

Η δεύτερη θεώρηση του συστήματος υγείας ως συνολικού κύκλου εργασιών θεωρεί ότι το σύστημα υγείας αποτελείται από εννέα υποσυστήματα κύκλου εργασιών :

- ❖ Υποσύστημα ιατρικού κύκλου. Περιλαμβάνει κλασικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης όπως κέντρα υγείας, αγροτικά νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, φαρμακεία, οδοντιατρεία, το ΕΚΑΒ κ.ά.
- ❖ Υποσύστημα ιατροκοινωνικού κύκλου. Παρέχεται περίθαλψη σε ιδρύματα ατόμων με ειδικές ανάγκες, γηροκομεία, θεραπευτήρια πασχόντων και γενικότερα σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικής παθολογίας.
- ❖ Υποσύστημα περιβάλλοντων τομέων. Φροντίζει την εξασφάλιση δημόσιας υγείας, την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, την περιβαλλοντική υγιεινή και τη σχολική υγιεινή.



- ❖ Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών φροντίδας. Παρέχει νοσηλεία στο σπίτι, υποστηρίζει συμβουλευτικούς σταθμούς για AIDS, για κακοποιημένες γυναίκες κ.ά.
- ❖ Υποσύστημα ερευνητικών κέντρων. Περιλαμβάνει τις ερευνητικές μονάδες που ασχολούνται αμιγώς με τον τομέα της υγείας, όπως Αντικαρκινικό Ινστιτούτο κ.ά.
- ❖ Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών ιατρικής. Περιλαμβάνει τα ομοιοπαθητικά κέντρα, τα ιατρεία βελονισμού, τα κέντρα οστεοπαθολογίας κ.ά.
- ❖ Υποσύστημα παραγωγής. Περιλαμβάνει τις μονάδες παραγωγής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αναλώσιμων ιατρικών υλικών κ.ά.
- ❖ Υποσύστημα δευτερεύουσας παραγωγής. Δεν έχει ως κύριο έργο την παραγωγή υπηρεσιών υγείας αλλά χρησιμοποιεί τους επαγγελματίες υγείας για προσφορά υπηρεσιών υγείας σε κέντρα αισθητικής, διαιτητικής, ιατροτουριστικά κέντρα κ.λπ.

Η τρίτη θεώρηση του συστήματος υγείας ως παραγωγική διαδικασία θεωρεί το σύστημα υγείας ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής που περιλαμβάνει :

- ❖ Τις εισροές (είναι οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικοτεχνικές υποδομές, ο τεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά).
- ❖ Τη διαδικασία (είναι η διαδικασία που χρησιμοποιείται για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, π.χ. ιατρικές επισκέψεις, εξετάσεις κ.ά.).
- ❖ Τις εκροές (το αποτέλεσμα της διαδικασίας παραγωγής που μετριέται με μέρες νοσηλείας, με αριθμό και είδος εξετάσεων κ.ά.).
- ❖ Τα αποτελέσματα (είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής).

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη (2001, σ.72-73), το σύστημα υγείας είναι ένα ανοικτό σύστημα υγείας<sup>3</sup> το οποίο επηρεάζεται και επηρεάζει τους εξωτερικούς παράγοντες. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το σύστημα υγείας αλλά και από το περιβάλλον του, το οποίο επιδρά στη δομή και στη λειτουργία του. Το περιβάλλον του συστήματος υγείας αποτελείται από τα εξής συστήματα: πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό.

Σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (1993), το σύστημα υγείας αποτελείται από :

- Το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού

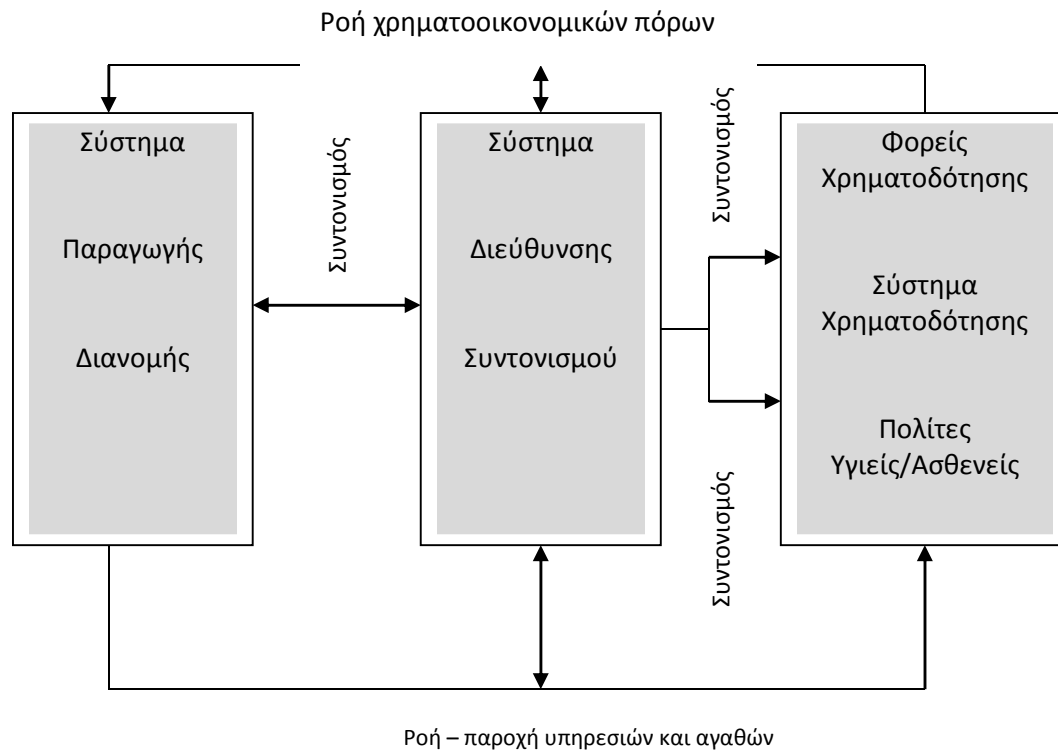
<sup>3</sup> Ένα σύστημα θεωρείται «ανοικτό» όταν ανταλλάσσει ενέργεια, ύλη, πληροφορίες, προϊόντα και υπηρεσίες με το περιβάλλον, ενώ θεωρείται «κλειστό» όταν δεν έχει σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με αυτό (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σ. 65).



- Το σύστημα χρηματοδότησης
- Το σύστημα παραγωγής και διανομής

Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζεται η δομή και λειτουργία τους συστήματος υγείας, όπως την έχει οριοθετήσει ο Μπουρσανίδης<sup>4</sup> (1996).

**Διάγραμμα 1: Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας**



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας<sup>5</sup> ορίζει το σύστημα υγείας ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Κατά τον Roemer, σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».

Το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης

<sup>4</sup> Αναφέρεται από τον Σουλιώτη Κ. (2000, σ. 40)

<sup>5</sup> Βλ. Λιαρόπουλος, Λ. (2007, σ. 201)



υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλος, 2007).

Επιπλέον, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Έχει ως βασικές αρχές λειτουργίας την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει και ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως εμφάνιση προκλητής ζήτησης<sup>6</sup>, ηθικός κίνδυνος, μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Με βάση όσα έχουμε αναφέρει μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται τόσο μεταξύ τους όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον, και έχει ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Το σύστημα υγείας, ως υποσύστημα του συστήματος κοινωνικής προστασίας, πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο, δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

---

<sup>6</sup> Με τον όρο «προκλητή ζήτηση» εννοούμε ότι παρουσιάζεται αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας η οποία δεν οφείλεται σε πραγματικές ανάγκες αλλά στην εμφάνιση πλασματικών αναγκών. Με τον όρο «ηθικό κίνδυνο» εννοούμε ότι όταν ο ασθενής δεν συμμετέχει άμεσα στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, π.χ. ο ασφαλισμένος σ' ένα Ταμείο, δεν τον νοιάζει να ζητά υπηρεσίες υγείας, έστω και αν δεν τις χρειάζεται.

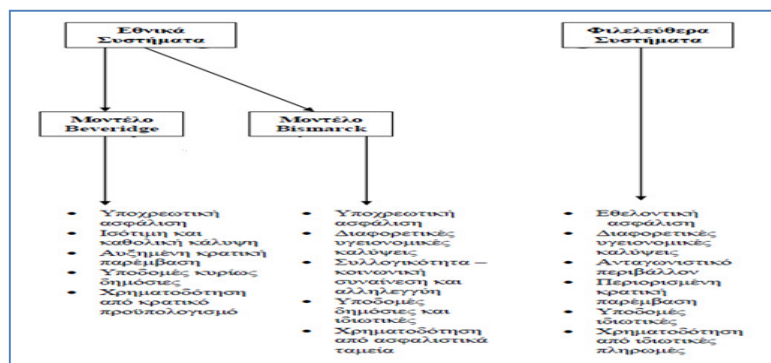


## 1.5 Ταξινόμηση των Συστημάτων Υγείας

Η δομή του συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει την ίδια τη φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Στην περίπτωση του συστήματος υγείας, η δομή του προσδιορίστηκε στη βάση του πώς καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας/αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας (Χλέτσος, 2008).

Ο τομέας της υγείας –και κατ' επέκταση το υγειονομικό σύστημα– κάθε χώρας βρίσκεται σε έναν αέναο διάλογο με τις δυνάμεις που διαμορφώνουν και χαρακτηρίζουν την κοινωνία σε κάθε ιστορική της στιγμή. Κοινωνικο-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το χαρακτήρα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος (μάκρο-επίπεδο), αλλά και τον τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, διαχείρισης (μίκρο-επίπεδο) (Θεοδώρου, 2000).

Στη περίπτωση που η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε αναφερόμαστε σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark). Εάν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων/υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge). Ενώ, εάν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε μιλάμε για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας (όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση) (Χλέτσος, 2008). Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία, μπορούμε να διακρίνουμε διαφορετικούς τύπους κατηγοριοποίησης των συστημάτων υγείας. Στη συγκεκριμένη διατριβή χρησιμοποιούμε την κατηγοριοποίηση του Μ. Θεωδώρου, όπως παρουσιάζεται ακολούθως.



Πηγή: Θεοδώρου Μ., Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2000.



Με την προσέγγιση αυτή τα υγειονομικά συστήματα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στα εθνικά και στα φιλελεύθερα. Η ταξινόμηση αυτή είναι σχετικά απλή και γίνεται κυρίως με κριτήριο την πηγή χρηματοδότησης και με βάση αρχές όπως η ιδιωτική πρωτοβουλία, η ελεύθερη επιλογή, η κοινωνική συμμετοχή και η συλλογική κάλυψη (Θεοδώρου & Μητροσύλη).

### 1.5.1 Τα Εθνικά Συστήματα

Τα εθνικά συστήματα χαρακτηρίζονται από την υποχρεωτική ασφάλιση, την καθολική κάλυψη, τη συλλογικότητα και την αυξημένη κρατική παρέμβαση, και βασίζονται κυρίως στα παρακάτω τρία μοντέλα: το μοντέλο Beveridge, το μοντέλο Bismarck και το μοντέλο Semashko.

#### 1.5.1.1 Το μοντέλο Beveridge

**Το πρότυπο Beveridge** βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στηρίζεται στην αναδιανομή των εσόδων από τη φορολογία και προήλθε από τη μελέτη «Το Σύστημα Ασφάλισης και των Συναφών Υπηρεσιών» του Άγγλου οικονομολόγου Beveridge το 1942. Στο πλαίσιο αυτής της μελέτης διαμορφώθηκε ένα σχέδιο για τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας. Το «National Health Service» θεσμοθετήθηκε το 1946 λόγω των ελλείψεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του προηγούμενου συστήματος και με στόχο την παροχή τους από το κράτος.

Ο Υπουργός Υγείας της Βρετανίας Aneurin Bevan (1948), θερμός υποστηρικτής της κεϋνσιανής θεωρίας, πίστευε στην «ενεργό συμμετοχή» του κράτους στον τομέα της υγείας. Αρχικά, θα δημιουργούνταν νέες εγκαταστάσεις και θέσεις απασχόλησης στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, ενώ το ενεργό δυναμικό της χώρας θα γινόταν όλο και πιο παραγωγικό λόγω της αύξησης των δημοσίων δαπανών. Οικονομική άνοδο, σύμφωνα με την κεϋνσιανή αντίληψη, θα προκαλούσε η διεύρυνση του ρόλου του κράτους και η ενεργότερη παρέμβασή του. Η μαζική αντιμετώπιση των χρόνιων νόσων θα μείωνε το ανά μονάδα κόστος θεραπείας, οπότε οι δαπάνες υγείας μεσοπρόθεσμα θα μειώνονταν. Αντίθετα, όμως, οι δαπάνες αυξήθηκαν σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν λόγω της επέκτασης των παροχών και της συνεχιζόμενης κοινωνικής ζήτησης για βελτιωμένη ποιοτική και ποσοτική περίθαλψη. Ακολουθώντας το παράδειγμα της Βρετανίας, πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ελλάδα, η Σουηδία και η Ιταλία, δημιούργησαν Εθνικά Συστήματα Υγείας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα ακόλουθα:





- ο Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας προέρχεται κυρίως από τη φορολογία.
- ο Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική, ενώ στο μικτό σύστημα υγείας είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη.
- ο Οι ανάγκες του πληθυσμού επηρεάζουν τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής.
- ο Στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας υπάρχει και ο διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο. Μέσω αυτού του διαχωρισμού, η Κεντρική Διοίκηση στοχεύει στην προσαρμογή της υγειονομικής πολιτικής στον εκάστοτε πληθυσμό, αγροτικό, ημιαστικό και αστικό.

### 1.5.1.2 Το μοντέλο Bismarck

*Το πρότυπο Bismarck* (1883) ονομάζεται και «πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης», με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία και τη Γαλλία. Το 1880 ο γερμανός Καγκελάριος Bismarck θέσπισε το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με στόχο την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής δικαιοσύνης (Rawls, 1971).

Η χρηματοδότησή του γίνεται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών με κριτήριο για την καταβολή των εισφορών το ύψος του εισοδήματος και τις δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλιση έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί με αποτέλεσμα η παροχή των υπηρεσιών υγείας να συντελείται στο πλαίσιο ενός μικτού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο αυτό είναι θεσμοθετημένη και συνίσταται τόσο στη χρηματοδότηση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και στη χάραξη πολιτικής προγραμματισμού και λειτουργίας του. Στόχος είναι η επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω της αποκέντρωσης, χωρίς όμως να εξασφαλίζεται η άριστη κατανομή των πόρων υγείας στις περιφέρειες (Υφαντόπουλος, 2006).

### 1.5.1.3 Το μοντέλο Semashko

Ένα τρίτο μοντέλο εθνικού συστήματος υγείας αποτελεί το μοντέλο Semashko (ή σοβιετικό μοντέλο), το οποίο πήρε το όνομα του από τον Δρ. Νικολάϊ Σεμάσκο, τον πρώτο υπουργό υγείας της πρώην ΕΣΣΔ. Εφαρμόστηκε αρχικά στην ΕΣΣΔ και μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο επεκτάθηκε στις υπόλοιπες χώρες τις Ανατολικής Ευρώπης. Το συγκεκριμένο μοντέλο



χαρακτηρίζεται από άκρατο κρατικισμό και γραφειοκρατία και κατέρρευσε μαζί με τη διάλυση του πολιτικού συστήματος αυτών των χωρών.

Κύριο χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι ότι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, με δημόσιας ιδιοκτησίας κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας και δημοσίως παρεχόμενες υπηρεσίες. Στο σύστημα αυτό η παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Κύριο χαρακτηριστικό όμως ήταν και η υπερσυγκέντρωση εξουσίας στην κεντρική διοίκηση, γεγονός που είχε ως επακόλουθο την αύξηση της γραφειοκρατίας.

Απόρροια της φιλοσοφίας του καθεστώτος ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και πρέπει να το απολαμβάνουν όλοι –όπως αναφερόταν και στο πρώτο Σύνταγμα, το οποίο συντάχθηκε από τον Β.Ι. Λένιν– ήταν οι δωρεάν εκτεταμένες παροχές υγείας στους πολίτες, ενώ περιελάμβανε σημαντική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας (π.χ. προγράμματα εμβολιασμών).

Κατά διάρκεια εφαρμογής του, το μοντέλο Semashko συνέβαλε στη σημαντική βελτίωση της υγείας των πολιτών λόγω των δωρεάν παροχών αλλά και της καλά οργανωμένης πολιτικής δημόσιας υγείας. Στην πορεία όμως, που οι ανάγκες υγείας έγιναν πιο απαιτητικές και πολύπλοκες και τα συστήματα υγείας μετατράπηκαν περισσότερο σε εντάσεως τεχνολογίας, δεν μπόρεσε να εξελιχθεί και να ανταποκριθεί τόσο στις απαιτήσεις των πολιτών των χωρών όπου εφαρμόστηκε καθώς και στον έλεγχο κόστους και δαπανών.

### 1.5.2 Το φιλελεύθερο σύστημα

Το **Φιλελεύθερο Σύστημα** βασίζεται στη φιλοσοφία και τους νόμους της ελεύθερης αγοράς, γεγονός που αντιτίθεται στον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγείας. Υπάρχει ατομική ιδιοκτησία και οικονομική ελευθερία. Συγκεκριμένα, στην αμερικανική κοινωνία, η οποία αποτελεί τον κλασικότερο εκπρόσωπο του συγκεκριμένου μοντέλου, είναι κοινά παραδεκτό ότι το δικαίωμα στην υγεία εξαρτάται κυρίως από την οικονομική δυνατότητα του κάθε ατόμου να πληρώσει για να τύχει της ανάλογης περίθαλψης. Εξάλλου, η ασφάλιση υγείας δεν είναι υποχρεωτική, είναι επομένως επιλογή του κάθε χρήστη/καταναλωτή το αν θα ενταχθεί σε κάποιο σύστημα ασφάλισης (Κοντούλη–Γείτονα, 1997). Απόρροια των παραπάνω αποτελεί το γεγονός ότι για την ασφάλιση υγείας μεριμνούν κυρίως οι ασφαλιστικές εταιρίες.

Επίσης, οι πολίτες ζητούν υπηρεσίες υγείας τις οποίες προσφέρουν οι προμηθευτές οι οποίοι είναι ιδιώτες. Η κρατική συμμετοχή στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη. Η παρέμβαση του κράτους περιορίζεται στη χάραξη του γενικότερου



πλαίσιου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, η ομοσπονδιακή και οι πολιτειακές κυβερνήσεις χρηματοδοτούν εν μέρει ή πλήρως τα προγράμματα Medicare & Medicaid.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος είναι τα παρακάτω:

- Η ατομική ιδιοκτησία είναι ελεύθερη.
- Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται μέσα από τη λειτουργία του συστήματος των τιμών υπηρεσιών υγείας, με κριτήριο τη ζήτηση από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.
- Οι καταναλωτές αγοράζουν τα αγαθά που επιθυμούν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους.
- Το άτομο προσφέρει την εργασία με τον αποδοτικότερο τρόπο για να μεγιστοποιεί το εισόδημά του.
- Οι παραγωγοί είναι ελεύθεροι να παράγουν οποιαδήποτε αγαθά σε οποιοσδήποτε ποσότητες και να τις διαθέτουν σε οποιαδήποτε αγορά επιθυμούν.
- Οι παραγωγοί κάνουν επενδύσεις και αγοράζουν κεφαλαιουχικά αγαθά στοχεύοντας στο μακροχρόνιο κέρδος.
- Το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς διαμορφώνεται από το κράτος αλλά δεν υπάρχει άλλος παρεμβατισμός στις συναλλαγές μεταξύ των καταναλωτών και των παραγωγών.
- Το αξίωμα της επίτευξης του μέγιστου αποτελέσματος με το ελάχιστο δυνατό κόστος διέπει τις αποφάσεις των καταναλωτών και των παραγωγών.
- Το πρότυπο υγείας στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μένει ανασφάλιστο.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πελατών των ασφαλιστικών εταιριών.
- Το κόστος της ασφάλισης διαφοροποιείται ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τους κινδύνους του κάθε ασφαλισμένου.
- Δεν υπάρχει επικοινωνία και ίση πληροφόρηση ανάμεσα στους χρήστες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας.



Το αποτέλεσμα της ευρωπαϊκής ενοποίησης είναι να παρατηρούνται σημαντικές δομικές συγκλίσεις των συστημάτων. Κοινό γνώρισμα είναι η επικράτηση μικτών συστημάτων υγείας. Ακόμη και στις χώρες που επικρατεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας συνυπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας. Παράδειγμα χωρών που συναντάται αυτό είναι η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ιταλία και η Μεγάλη Βρετανία. Φαίνεται λοιπόν ότι σήμερα δεν ακολουθείται αυστηρά ένα πρότυπο σύστημα υγείας σύμφωνα με τη παραδοσιακή και θεωρητική μορφή του. Κοινός στόχος των μικτών συστημάτων (public/private mix) είναι η επίτευξη της αρμονικής συνεργασίας των δύο τομέων προκειμένου να διασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας για το σύνολο του πληθυσμού με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης, αλλά ταυτόχρονα να επιτευχθεί και η συγκράτηση του κόστους.



## 1.6 Ταξινόμηση συστημάτων υγείας από τον ΟΟΣΑ

Η ταξινόμηση των υγειονομικών συστημάτων βασίζεται σε δύο σημαντικά χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και τον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών.

Η **χρηματοδότηση** μπορεί να γίνεται είτε **υποχρεωτικά**, δηλαδή από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση, είτε **εθελοντικά**, δηλαδή από τους ανασφάλιστους ή τα άτομα που έχουν ιδιωτική ασφάλιση.

Ο **τρόπος πληρωμής των προμηθευτών** μπορεί να πραγματοποιηθεί με έναν από τους τέσσερις ακόλουθους τρόπους:

- Άμεσα, από τον ίδιο τον ασθενή, με δικά του χρήματα.
- Άμεσα, από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος στη συνέχεια θα αποζημιωθεί από τον φορέα ασφάλισής του.
- Έμμεσα, από το φορέα ασφάλισης του ασθενή μέσω των συμβάσεων που τηρεί με τους προμηθευτές.
- Έμμεσα, από το φορέα ασφάλισης του ασθενή μέσω των ετήσιων προϋπολογισμών που συντάσσονται και των σχετικών μισθών που προβλέπονται σε αυτούς και εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα.

Συσχετίζοντας τους τρόπους χρηματοδότησης με τους τρόπους αμοιβής των προμηθευτών προκύπτουν οκτώ διαφορετικά μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης ή υποσυστήματα υγείας. Στην πράξη συναντώνται μόνο τα επτά μοντέλα καθώς είναι αδύνατο να λειτουργήσει ένα μοντέλο που προβλέπει υποχρεωτική ασφάλιση και πληρωμή των προμηθευτών από τον ίδιο τον ασθενή.

Τα **οκτώ υποσυστήματα υγείας** που προκύπτουν με βάση την προαναφερθείσα ανάλυση είναι τα εξής:

1. Το **εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή** (the voluntary out of pocket model).
2. Το **εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή** (the voluntary reimbursements model).
3. Το **δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή** (the public reimbursement model).
4. Το **εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις** (the voluntary contract model).
5. Το **δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις** (the public contact model).



6. Το **εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο** (the voluntary integrated model).
  7. Το **δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο** (the public integrated model).
  8. Το **μικτό μοντέλο**.
1. Το **εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή** παρουσιάζει δύο σοβαρά μειονεκτήματα: αφενός, εξαρτάται από την ικανότητα του ασθενή να ανταπεξέλθει στις πληρωμές, αφετέρου, δεν εμπεριέχει καμία πρόβλεψη για έκτακτα πιστωτικά/χρηματοοικονομικά γεγονότα, για παράδειγμα έλλειψη ρευστότητας.
  2. Το **εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή** δεν προβλέπει την ύπαρξη καμίας σχέσης μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών και προμηθευτών. Ο ασθενής καταβάλλει τα ασφάλιστρά του στην επιλεγμένη από αυτόν εταιρία και πληρώνει τον προμηθευτή στα πλαίσια της λογικής fee for service. Στη συνέχεια αποζημιώνεται από την ασφαλιστική του εταιρία.

Το συγκεκριμένο μοντέλο περιλαμβάνει την πρόβλεψη ενδεχόμενων κινδύνων και απρόβλεπτων γεγονότων από τις ασφαλιστικές εταιρίες. Οι προβλέψεις αυτές ενσωματώνονται στα καταβαλλόμενα από τον ασθενή ασφάλιστρα. Επίσης, λόγω της καταβολής ασφαλίσεων, η δημόσια χρηματοδότηση και η επιβολή φορολογίας δεν καθίσταται απαραίτητη.

Ως μειονέκτημα του εν λόγω μοντέλου μπορεί να αναφέρει κανείς το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν έχουν λόγο να περιορίσουν τη ζήτηση υπηρεσιών καθότι το ασφάλιστρό τους είναι ήδη καταβεβλημένο, ενώ οι πάροχοι έχουν κάθε κίνητρο παρακίνησης της ζήτησης υπηρεσιών με στόχο την αύξηση των εισοδημάτων τους. Το αποτέλεσμα ενδέχεται να είναι η μεγάλη αύξηση των τιμών.

3. Το **δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή** είναι παρόμοιο με το προαναφερθέν μοντέλο, με μόνη προϋπόθεση την αντικατάσταση των εταιριών από το κράτος.

Τα πλεονεκτήματα της υποχρεωτικής ασφάλισης είναι ότι υπάρχει ισότιμη και καθολική πρόσβαση για τους ασθενείς, η συνεισφορά στην ασφάλιση αποτελεί συνάρτηση του εισοδήματος του ασθενούς, και με τον τρόπο αυτό το μοντέλο εξασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την πρόβλεψη κινδύνων.

Τα μειονεκτήματα είναι ότι στην περίπτωση αυτή οι πάροχοι έχουν σοβαρό κίνητρο αύξησης της ζήτησης, όπως και οι ασθενείς. Η αυξημένη ζήτηση και κατάχρηση μπορεί να οδηγήσει σε εκτροχιασμό των τιμών. Αυτό το ενδεχόμενο ενέχει μεγαλύτερο ρίσκο



σε σχέση με το προηγούμενο μοντέλο καθότι εδώ το κράτος λειτουργεί ως ασφαλιστική εταιρία και, ως εκ τούτου, ο περιορισμός του κόστους καθίσταται δυσκολότερος.

4. Το **εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις** είναι το πιο δημοφιλές μοντέλο σήμερα. Η ασφάλιση είναι εθελοντική, αλλά στην προκειμένη περίπτωση οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν απευθείας συμβάσεις με τους προμηθευτές υπηρεσιών. Η ασφαλιστική εταιρία έχει την υποχρέωση να πληρώσει τον πάροχο είτε κατά κεφαλήν, είτε με τη λογική fee for service, είτε κατά περίπτωση κ.ο.κ. Ο ασθενής έχει μονόδρομη σχέση με την ασφαλιστική εταιρία που επιλέγει και μέσω της καταβολής του ασφάλιστρου αποκτά πρόσβαση στον προμηθευτή.

Το πρωταρχικό πλεονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι η δυνατότητα ισχυρότερης διαπραγμάτευσης τιμών και υπηρεσιών από τη μεριά της ασφαλιστικής εταιρίας προς τους παρόχους με στόχο την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής σχέσης ποιότητας-τιμής. Επίσης, οι πάροχοι δεν έχουν κίνητρο να προκαλέσουν αύξηση της ζήτησης καθότι έχουν προκαθορισμένες συμβάσεις και οι ασφαλιστικές εταιρίες δύνανται να «ελέγχουν» τη συμπεριφορά των προμηθευτών μέσω πυλώνων παρακολούθησης. Παράλληλα, υπάρχει κίνητρο περιορισμού του διοικητικού κόστους.

Αναφορικά με τα μειονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου, οι ασθενείς έχουν περιορισμένες δυνατότητες επιλογής παρόχου καθότι είναι καθορισμένοι οι πάροχοι με τους οποίους τηρούνται συμβάσεις. Επίσης, οι πάροχοι έχουν κίνητρο περιορισμού των προσφερόμενων υπηρεσιών εφόσον οι αμοιβές τους είναι προκαθορισμένες και δεν έχουν περιθώριο περαιτέρω αύξησης των εσόδων τους. Τέλος, ενδέχεται να προκληθούν αναμονές λόγω των κατά κεφαλήν συμβάσεων που έχουν συνάψει οι ασφαλιστικές με τους προμηθευτές. Ο προμηθευτής δεν έχει κίνητρο να επισπεύσει τις διαδικασίες ώστε να εξυπηρετήσει περισσότερους ασθενείς.

5. Το **δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις** περιλαμβάνει συμβάσεις του κράτους με τους παρόχους. Η συνεισφορά στην ασφάλιση αποτελεί συνάρτηση του εισοδήματος του ασθενούς και οι ασφαλιστικές εταιρίες αντικαθίστανται από την κρατική ασφάλιση.

Εξακολουθεί να υπάρχει το πλεονέκτημα της ισχυρής διαπραγμάτευσης τιμών και υπηρεσιών από τη μεριά του κράτους, πλέον, με τους παρόχους με στόχο την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής σχέσης ποιότητας-τιμής. Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε πολλαπλούς προμηθευτές, γεγονός που συμβάλλει στην αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων και πάλι με στόχο την



εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής σχέσης προσφερόμενης υπηρεσίας-τιμής. Τα διοικητικά κόστη είναι σαφώς χαμηλότερα. Παράλληλα, το σύστημα αυτό εξασφαλίζει ισότιμη και καθολική πρόσβαση λόγω της κρατικής παρουσίας, περιορίζει την κατάχρηση των υπηρεσιών και εμπεριέχει πρόβλεψη ενδεχόμενων κινδύνων.

Και πάλι, στην προκείμενη περίπτωση, ο ασθενής έχει περιορισμένες δυνατότητες επιλογής παρόχου, οι πάροχοι έχουν κίνητρο περιορισμού των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης ενδέχεται να προκληθούν αναμονές λόγω των κατά κεφαλήν συμβάσεων που έχει συνάψει το κράτος με τους προμηθευτές.

6. Το **εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο** προβλέπει τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιριών ως επιχειρήσεων που κατέχουν τα κτίρια περίθαλψης, απασχολούν τους υπαλλήλους και τους γιατρούς οι οποίοι πλέον είναι έμμισθοι υπάλληλοι και λειτουργούν με συγκεκριμένο προϋπολογισμό.

Ως πλεονέκτημα θεωρείται η ελευθερία επιλογής του ασθενή μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών. Επιτυγχάνονται οικονομίες κλίμακας λόγω της λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών ως επιχειρηματιών. Οι ασφαλιστικές και οι προμηθευτές θεωρούνται πλέον συνεργάτες. Στη συγκεκριμένη περίπτωση παρουσιάζονται δυνατότητες δημιουργίας σημαντικών κερδών εφόσον οι συνεργασίες είναι αποδοτικές και αποτελεσματικές. Η κάθετη ολοκλήρωση εξασφαλίζει την εξοικονόμηση διοικητικών πόρων και αυτό δύναται να μετακυλιέται ως έκπτωση των καταβαλλόμενων ασφαλίσεων στον ασθενή.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, η επιλογή της ασφαλιστικής συνεπάγεται και την επιλογή των παρόχων με τους οποίους συνεργάζεται. Και πάλι οι πάροχοι έχουν κίνητρο περιορισμού των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης και οι ασφαλιστικές έχουν κίνητρο αποφυγής ρίσκων. Το αποτέλεσμα είναι ο σχεδόν αποκλεισμός ευπαθών ομάδων από πληθώρα προσφερόμενων υπηρεσιών.

7. Το **δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο** έχει την ίδια λειτουργία με το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο, με μόνη διαφορά ότι οι ασφαλιστικές εταιρίες αντικαθίστανται από το κράτος. Η συνεισφορά στην ασφάλιση αποτελεί συνάρτηση του εισοδήματος του ασθενούς, εξασφαλίζει καθολική και σχετικά ισότιμη πρόσβαση, εξοικονόμηση διοικητικού κόστους, ευκολότερη παρακολούθηση των εξόδων και πρόβλεψη ενδεχόμενων καταστροφικών γεγονότων. Εδώ δεν υπάρχει επιλογή μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών. Και πάλι οι πάροχοι έχουν κίνητρο περιορισμού των προσφερόμενων υπηρεσιών.





8. Το **μικτό μοντέλο** περιλαμβάνει στοιχεία από όλα τα προηγούμενα υγειονομικά συστήματα. Η κάθε χώρα επιλέγει τα χαρακτηριστικά που επιθυμεί και την εξυπηρετούν. Ένα εθελοντικό σύστημα πληρωμών μπορεί να λειτουργήσει ως δικλείδα ασφαλείας για ένα υποχρεωτικό σύστημα. Ο επιμερισμός του αναλαμβανόμενου κόστους αντισταθμίζει τις αρνητικές επιπτώσεις κάλυψης από τρίτους. Για παράδειγμα, το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις είναι δημοφιλές για την παροχή ασθενοφόρων, οπότε και χρησιμοποιείται συχνά το χαρακτηριστικό αυτό σε ένα μικτό μοντέλο.



## 1.7 Η χωροθέτηση των υπηρεσιών υγείας

### 1.7.1 Μοντέλα και προσεγγίσεις χωροθέτησης υπηρεσιών υγείας

Στην υγειονομική περίθαλψη οι συνέπειες των ακατάλληλων αποφάσεων για χωροθέτηση των υπηρεσιών υγείας επεκτείνονται πέρα από το κόστος και την εξυπηρέτηση των χρηστών. Εάν πολύ λίγες υποδομές χρησιμοποιούνται ή/και δεν χρησιμοποιούνται σωστά, τότε μπορεί να δημιουργηθούν σοβαρές επιπτώσεις στα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Συνεπώς, η μοντελοποίηση της χωροθέτησης των εγκαταστάσεων έχει ακόμη μεγαλύτερη σημασία όταν εφαρμόζεται στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Ammagi και Miyagi (1993), τα βασικά θέματα σχετικά με τη χωροθέτηση των υπηρεσιών υγείας, τα οποία απασχολούν τους ερευνητές, αφορούν: (α) τον τρόπο κατανομής της ζήτησης με βάση το είδος των υποδομών, (β) πού θα τοποθετηθούν και (γ) πώς οι ασθενείς θα πρέπει να κινούνται μέσα στο σύστημα.

Υπάρχουν τρία βασικά μοντέλα χωροθέτησης εγκαταστάσεων που αποτελούν τη βάση για τη χωροθέτηση υπηρεσιών υγείας. Αυτά είναι: το μοντέλο κάλυψης, το μοντέλο μέγιστης κάλυψης και το P-διάμεσος μοντέλο.

Σύμφωνα με τους Daskin και Dean (2004), όσον αφορά την εφαρμογή αυτών των μοντέλων στη χωροθέτηση υπηρεσιών υγείας, προκύπτουν τρία βασικά θέματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη: προσβασιμότητα, ικανότητα προσαρμογής και διαθεσιμότητα.

Με τον όρο προσβασιμότητα εννοείται η δυνατότητα των ασθενών να προσεγγίσουν τις υποδομές υγείας είτε, στην περίπτωση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, η ικανότητα του παρόχου υπηρεσιών υγείας να προσεγγίσει τον ασθενή. Εν συντομία, τα μοντέλα προσβασιμότητας συνήθως εξετάζουν το σύστημα μια συγκεκριμένη στιγμή στο χρόνο και σχεδιάζουν με βάση τις συνθήκες εκείνης της χρονικής στιγμής. Συνεπώς, αποτελούν στατικά μοντέλα.

Τα μοντέλα προσαρμοστικότητας συνήθως λαμβάνουν υπόψη πολλαπλές μελλοντικές συνθήκες και προσπαθούν να επιλέξουν καλές συμβιβαστικές λύσεις. Με αυτό τον τρόπο τείνουν να έχουν μια πιο μακροπρόθεσμη εικόνα για το σύστημα. Τα μοντέλα διαθεσιμότητας εστιάζουν στη βραχυπρόθεσμη ισορροπία ανάμεσα στη συνεχώς μεταβαλλόμενη ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών.

Οι αποφάσεις χωροθέτησης με βάση την προσαρμοστικότητα πρέπει να είναι ισχυρές σε σχέση με τις αβέβαιες συνθήκες του μέλλοντος, και ειδικότερα για τα νοσοκομεία τα οποία



είναι δύσκολο έως αδύνατον να μεταφερθούν ή να αλλάξουν όταν οι συνθήκες το απαιτούν. Ο σχεδιασμός με τη λογική των σεναρίων χρησιμοποιείται συχνά για να διαχειριστεί η αβεβαιότητα για το μέλλον.

Σε πολλές περιπτώσεις, ο πραγματικός αριθμός των υποδομών που μπορούν να αναπτυχθούν μακροπρόθεσμα είναι αβέβαιος στην αρχή του σχεδιασμού. Στη συνέχεια, είναι σημαντικό να είναι εφικτή η χωροθέτηση ενός γνωστού αριθμού υπηρεσιών λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα ότι επιπλέον εγκαταστάσεις θα μπορούσαν να κατασκευαστούν στο μέλλον.

Τα μοντέλα προσαρμοστικότητας των εγκαταστάσεων αντικατοπτρίζουν τη μακροπρόθεσμη αβεβαιότητα για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες το σύστημα θα λειτουργεί. Από την άλλη μεριά, η διαθεσιμότητα ασχολείται με βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην κατάσταση του συστήματος, που προκύπτει από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες είναι απασχολημένες. Τα τελευταία μοντέλα εφαρμόζονται συνήθως στα συστήματα υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, στα οποία ένα όχημα μπορεί να είναι απασχολημένο με την κάλυψη ενός σημείου ζήτησης, ενώ χρειάζεται να καλύψει και κάποιο άλλο επείγον περιστατικό.

Παράλληλα, σύμφωνα με τους Afshari και Peng (2004), ο σχεδιασμός για τη χωροθέτηση υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει πέντε προκλήσεις:

1. Δυσκολίες των ασθενών στην πρόσβασή τους σε δομές υγείας: Μια βασική πρόκληση κατά το σχεδιασμό χωροθέτησης είναι η ελαχιστοποίηση της απόστασης μεταξύ της δομής και των σημείων ζήτησης (ασθενής). Μεταξύ των διαφόρων μεθόδων σχεδιασμού από απόσταση για ένα δεδομένο αριθμό υποδομών, το P-διάμεσος μοντέλο επιδιώκει να ελαχιστοποιήσει τη συνολική απόσταση του ταξιδιού για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας για τις πιο κοντινές εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας. Τα P-διάμεσος μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στη διαμόρφωση των προβλημάτων χωροθέτησης υγειονομικής περίθαλψης. Έχουν φανεί ακόμη χρήσιμα στο σχεδιασμό ελέγχου ασθενειών. Το P-διάμεσος είναι ένα βασικό μοντέλο με μόνο ένα στόχο.
2. Διερεύνηση των απαραίτητων υποδομών για την κάλυψη όλων των ασθενών: Δεδομένου του αριθμού των απαιτούμενων υποδομών που είναι απαραίτητος για την κάλυψη της ζήτησης, το μοντέλο αυτό επιδιώκει να μεγιστοποιήσει το σύνολο των χρηστών υπηρεσιών υγείας που θα καλύπτεται από αυτές τις εγκαταστάσεις εντός της μέγιστης αποδεκτής απόστασης. Το μοντέλο κατανέμει τις δομές ελαχιστοποιώντας τη μέση απόσταση που διανύεται. Παρ' όλα αυτά, η πλήρης κάλυψη είναι δύσκολο να επιτευχθεί στην πραγματικότητα εξαιτίας των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων.



3. Δυσκολίες της κάλυψης όλων των αναγκών για υπηρεσίες υγείας δεδομένου του συγκεκριμένου αριθμού υπηρεσιών υγείας: Η πρόκληση προκύπτει από την αδυναμία των πόρων να καλύψουν το ζητούμενο αριθμό υπηρεσιών που προκύπτει από το LSCP model (μοντέλο βελτιστοποίησης: πρόβλημα κάλυψης και χωροθέτησης). Ο στόχος είναι η μεγιστοποίηση της κάλυψης υπηρεσιών υγείας για έναν προκαθορισμένο αριθμό υποδομών.
4. Βελτιστοποίηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς που πρέπει να καλύψουν μεγάλες αποστάσεις για να επισκεφθούν τις υπηρεσίες υγείας: Ένας βασικός προβληματισμός που προκύπτει κατά τη χωροθέτηση των υπηρεσιών υγείας είναι οι ασθενείς με την ελάχιστη κάλυψη, οι οποίοι είναι ευάλωτοι στην απόρριψη της πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, η βελτίωση της παραπάνω ομάδας ασθενών είναι ιδιαίτερα κρίσιμη.
5. Προβλήματα αβεβαιότητας στην κάλυψη ασθενών με υπηρεσίες υγείας: Η αβεβαιότητα είναι αναπόφευκτη στα μοντέλα χωροθέτησης όταν δεν υπάρχει διαθέσιμη πληροφόρηση για τις πιθανότητες η πολιτεία να βελτιστοποιήσει τις περιπτώσεις χειρότερης απόδοσης στο σύστημα.

### 1.7.2 Ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας του Hart

Η έννοια της ανισότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας έχει αποτυπωθεί καλύτερα στο γνωστό «νόμο της αντίστροφης Φροντίδας» (Inverse Care Law) (Hart, 1971). Ο αυτοαποκαλούμενος αυτός νόμος διατυπώθηκε για πρώτη φορά το 1971 από έναν Ουαλό γενικό ιατρό, τον Julian Tudor Hart, μετά από επισκόπηση της κατάστασης που επικρατούσε στις περιοχές των ανθρακωρυχείων της Ουαλίας. Τόσο η χωροταξική κατανομή των υφιστάμενων δομών παροχής φροντίδας υγείας όσο και η ποιότητά τους ήταν κατά πολύ χειρότερη στις φτωχότερες πόλεις, όπου διέμεναν οι ανθρακωρύχοι και οι οποίοι υπέφεραν από επαγγελματικές νόσους, απ' ό,τι στις εύπορες πόλεις όπου τα ποσοστά νοσηρότητας ήταν χαμηλότερα.

Οι φτωχοί αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια όσον αφορά τις υπηρεσίες (όχι μόνο τις υπηρεσίες υγείας αλλά και όλα τα είδη των κοινωνικών υπηρεσιών), όπως το κόστος μετακίνησης, η απόσταση, ο χρόνος που απαιτείται καθώς και η γνώση του τι είναι διαθέσιμο και πώς μπορούν να έχουν πρόσβαση στους διαθέσιμους πόρους. Αυτά τα εμπόδια επικαλείται ο J. T. Hart, ο οποίος υποστήριξε ότι: *«η διαθεσιμότητα καλής ιατρικής περίθαλψης τείνει να μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα με την ανάγκη αυτής για τον εξυπηρετούμενο*



πληθυσμό». Με άλλα λόγια, όσοι χρειάζονται περισσότερο υγειονομική περίθαλψη είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε αυτή (νόμος της αντίστροφης φροντίδας).

Αυτό το φαινόμενο περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1968 από τον Titmuss, ο οποίος ανέφερε ότι: «Έχουμε μάθει, έπειτα από 15 χρόνια εμπειρίας στις Υγειονομικές Υπηρεσίες, ότι οι υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις γνωρίζουν πώς να κάνουν καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τείνουν να λαμβάνουν περισσότερο εξειδικευμένη φροντίδα, να καταλαμβάνουν περισσότερες κλίνες σε καλύτερα εξοπλισμένα και στελεχωμένα νοσοκομεία, να λαμβάνουν πιο εκλεκτική χειρουργική επέμβαση, να έχουν καλύτερη μητρική φροντίδα και πολύ πιο πιθανό να λαμβάνουν ψυχιατρική φροντίδα και ψυχοθεραπεία από τις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις, ιδίως τους ανειδίκευτους». Αναγνωρίστηκε, ακόμη και τότε, ότι οι χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου τάξεις τείνουν να έχουν χειρότερη υγεία. Έτσι ο Hart επισημοποίησε αυτές τις παρατηρήσεις με τη θεωρία του. Το δεύτερο μέρος της θεωρίας του Hart είναι ότι ο Νόμος της Αντίστροφης Φροντίδας «λειτουργεί πληρέστερα όπου η ιατρική περίθαλψη είναι πιο εκτεθειμένη στις δυνάμεις της αγοράς, και σε μικρότερο βαθμό όταν η έκθεση αυτή μειώνεται», δηλαδή ότι αυτό το μοτίβο της ανισότητας οδηγείται από το κέρδος.

Ο Hart βασίζεται και σε πορίσματα άλλων για να στηρίξει τη θεωρία του, όπως στη μελέτη της Ann Cartwright, η οποία διαπίστωσε ότι οι ασθενείς μεσαίας κοινωνικο-οικονομικής τάξης ήταν «ταυτόχρονα σε πιο κρίσιμη κατάσταση και εξυπηρετούνταν καλύτερα». Οι μεσαίες τάξεις περιμένουν και απαιτούν περισσότερα από τις υπηρεσίες υγείας και είναι επίσης πιθανό να έχουν τους καλύτερους ιατρούς γενικής ιατρικής. Ο Hart καταλήγει στο συμπέρασμα αυτό για να δείξει ότι οι γιατροί που βρίσκονται σε θέση να επιλέγουν πού εργάζονται τείνουν να επιλέγουν να εργαστούν σε πιο εύπορες περιοχές, πράγμα που καθιστά απίθανη τη «διανομή των ιατρών με υψηλότερο ηθικό σε περιοχές όπου ότι το ηθικό είναι περισσότερο αναγκαίο». Αυτό οδηγεί σε συσσώρευση της υπεροχής σε πιο εύπορες (και ως εκ τούτου συνήθως πιο υγιείς) περιοχές. Όπως περιγράφει ο Hart, *«οι περισσότεροι πλούσιες, καλύτερα εξοπλισμένες και καλύτερα στελεχωμένες περιοχές προσελκύουν περισσότερο και καλύτερο υγειονομικό προσωπικό, περισσότερο και καλύτερο εξοπλισμό, και κατ' αυτόν τον τρόπο η υπεροχή τους επιτείνεται»*. Το «ηθικό» των γιατρών στις μειονεκτικές περιοχές αποδυναμώνεται περαιτέρω από το στρες που προκαλείται από την επέκταση των λιστών και πιθανώς επηρεάζει επίσης και την ποιότητα της εργασίας τους. Ο Hart δίνει μια χρήσιμη περίληψη του νόμου της αντίστροφης φροντίδας: *«Σε περιοχές με την περισσότερη νοσηρότητα και θνητότητα, οι γενικοί ιατροί έχουν περισσότερη δουλειά, μεγαλύτερες λίστες, λιγότερη νοσηλευτική υποστήριξη και κληρονομούν περισσότερο κλινικά αναποτελεσματικές*



συμβουλευτικές μεθόδους σε σχέση με τις πιο υγιεινές περιοχές. Οι νοσοκομειακοί γιατροί επωμίζονται πιο σοβαρά κλινικά περιστατικά με λιγότερο προσωπικό και εξοπλισμό, με πιο απαρχαιωμένα κτίρια, και υποφέρουν από επαναλαμβανόμενες κρίσεις όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των κλινών και προσωπικού αντικατάστασης».

Αν και η αρχική μελέτη του Hart έχει περιγραφεί ως «μη συστηματική εξέταση των στοιχείων, μια πολεμική που περιγράφει την επίδραση των δυνάμεων της αγοράς για την υγειονομική περίθαλψη» (Watt, 2002), από το 1971 πολλά στοιχεία έχουν συγκεντρωθεί για το Νόμο της Αντίστροφης Φροντίδας και έχει ακόμη ειπωθεί ότι τα στοιχεία αυτά έχουν γίνει «συμβατική σοφία» (Asthana & Gibson, 2008).

Αρχικά ο Hart ασχολήθηκε κυρίως με τις επιδράσεις των δυνάμεων της αγοράς στην υγειονομική περίθαλψη. Τότε, όπως και τώρα, είχε εμπλακεί ο ιδιωτικός τομέας στην παροχή λύσεων σε προβλήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης αλλά, όπως δήλωσε ο Hart, «καμία αγορά δεν θα μετακινήσει ποτέ εταιρικές επενδύσεις από όπου είναι πιο επικερδής, εκεί όπου υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη». Ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα για κάθε κοινωνία όπου οι δυνάμεις της αγοράς καθορίζουν ποιος παίρνει τι στον τομέα της υγείας και οι ανισότητες αναπτύσσονται μέσα στο σύστημα.

Όπως αναφέρεται και σε μια επισκόπηση ενός δημιουργικού άρθρου για τη προαγωγή της υγείας του Flament, η νεοφιλελεύθερη ατζέντα, με την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών και την εμπορική εξυγίανση σε ορισμένες χώρες, συχνά επιδεινώνει την κατάσταση αυτή. Σε πολλές χώρες η υγειονομική περίθαλψη και οι κοινωνικές μεταρρυθμίσεις μπορεί να καταστήσουν την πρόσβαση πιο δύσκολη. Για παράδειγμα, η αύξηση των σούπερ μάρκετ έχει οδηγήσει σε κλείσιμο των μικρών καταστημάτων, και αγροτικές υπηρεσίες κατέρρευσαν μετά από ιδιωτικοποιήσεις. Κατά συνέπεια, σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ, όπως υποβαθμισμένα προάστια μερικών μεγάλων πόλεων, είναι σχεδόν αδύνατο να αποκτήσουν νωπά φρούτα και λαχανικά σε προσιτές τιμές, και σε αυτές τις περιπτώσεις έχει επινοηθεί ο όρος «έρημος τροφίμων». Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας έχουν συχνά οδηγήσει σε πιο ειδικές κεντρικές υπηρεσίες, δημιουργώντας δυσκολίες πρόσβασης για εκείνους τους ανθρώπους που δεν έχουν μεταφορικό μέσο. Αυτές οι «ιατρικές έρημοι» μπορούν να βρεθούν στη Γαλλία όπου, για παράδειγμα, στα βόρεια προάστια του Παρισιού όλο και περισσότεροι γενικοί ιατροί αποχωρούν επειδή δέχονται συχνές επιθέσεις. Η ΜΚΟ Γιατροί του Κόσμου άνοιξε ένα κέντρο στην περιοχή της Ωβέρνης, μια άλλη «ιατρική έρημο», προκειμένου να προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη σε απομονωμένους αγροτικούς πληθυσμούς. Λόγω αυτής της ιατρικής ερημοποίησης, μια μητέρα έχασε το παιδί της, τον Οκτώβριο του 2012, στην αγροτική



περιοχή Limousin. Γέννησε το μωρό της στο αυτοκίνητό της στο δρόμο της προς το Μαιευτικό Κέντρο. Η πλησιέστερη μονάδα φροντίδας υγείας ήταν 100 χιλιόμετρα από το σπίτι της (Flament, 2012).

Επίσης, ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας έχει επανειλημμένως εντοπιστεί να εφαρμόζεται σε μια σειρά από προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, όπως την παροχή παιδικών εμβολίων, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας για παιδιά, την παροχή υπηρεσιών για την επαναγγείωση των στεφανιαίων αρτηριών και τους χρόνους αναμονής για εγχείρηση καρδιάς, την προσβασιμότητα στις αγροτικές περιοχές, τη διαχείριση της κατάθλιψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τις επισκέψεις των γενικών ιατρών σε σχέση με τους ετήσιους ελέγχους υγείας για τους ηλικιωμένους (Johnson & De Souza, 2008). Ο ίδιος ο Hart σχολίασε το 2000: «Παραδεχτείτε το, υπάρχει τώρα κάποιος νόμος γι' αυτό, ή θα υπάρξει σύντομα. Ο κόσμος ποτέ δεν εξαντλείται από αδικία».

Ταυτόχρονα, στα 33 χρόνια από τη δημοσίευση του άρθρου του Hart, ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας έχει αποτελέσει άρθρο αυξανόμενου ενδιαφέροντος για τους κλινικούς γιατρούς, τους ερευνητές και τους φορείς χάραξης πολιτικής. Μια αναζήτηση στο PubMed δείχνει ότι 36 μελέτες εφάρμοσαν το νόμο της αντίστροφης φροντίδας. Οι εργασίες αυτές ήταν κυρίως από το Ηνωμένο Βασίλειο (όπου η ισότιμη πρόσβαση στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας εκτιμάται ιδιαίτερα), αλλά και από τη Νέα Ζηλανδία, την Αυστραλία, την Ισπανία και τη Βραζιλία.

Οι μελέτες εξετάζουν τη διαθεσιμότητα των διαφόρων υπηρεσιών (πρωτοβάθμιες, μαιευτικές, κοινωνικές, ψυχιατρικές ή καρδιακές) σε διάφορους πληθυσμούς (παιδιά, ηλικιωμένους ή γενικός πληθυσμός) και συγκρίνουν στερημένες περιοχές έναντι εύπορων περιοχών, καθώς και πλούσιες χώρες έναντι φτωχών. Τα αποτελέσματα των μελετών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας φαίνεται να έχει καθολική εφαρμογή στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν και παραμένει σήμερα τόσο επίκαιρος όσο όταν ήταν την πρώτη φορά που περιγράφηκε από τον Hart (Watt, 2002). Δύο από τις μελέτες έχουν διερευνήσει αν σχετίζεται ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας με το μαιευτικό πληθυσμό. Μια δημοσίευση, η οποία αφορούσε μια έρευνα ικανοποίησης των γυναικών που γέννησαν στη Βικτώρια στην Αυστραλία, διαπίστωσε ότι οι γυναίκες χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης (που ήταν πιο πιθανό να χρειάζονται φροντίδα) ήταν πιο πιθανό να έχουν περιορισμένες δυνατότητες στις επιλογές τους για τον πάροχο υγειονομικής φροντίδας και να είναι δυσαρεστημένες από την παρεχόμενη φροντίδα. (Brown & Lumley, 1993).



Η δεύτερη δημοσίευση ήταν μια έρευνα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην επιλογή τοκετού με καισαρική τομή μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των γυναικών σε νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επιτρέποντας οι προτεραιότητες του τοκετού να καθοριστούν από τους «προνομιούχους» κρίσιμα περιορισμένοι πόροι μπορεί να εκτραπούν μακριά από τομείς μεγάλης κλινικής ανάγκης (Johanson, El-Timini, Rigby, Young & Jones, 2001).

Και οι δύο αυτές μελέτες κατέληξαν στο ότι ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας σχετίζεται με τη μαιευτική, ωστόσο το πώς ο νόμος αφορά στην παροχή μαιευτικών υπηρεσιών δεν έχει ακόμη εξεταστεί.

Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι, παρά το γεγονός ότι στο άρθρο του ο Hart περιέγραψε την κατάσταση της Μεγάλης Βρετανίας, ο νόμος της αντίστροφης φροντίδας αναγνωρίζεται ευρέως να έχει εφαρμογή και σε άλλες περιοχές του κόσμου. Είναι σημαντικό να καταστεί σαφές ότι αυτός ο νόμος επηρεάζει το αποτέλεσμα ακόμη και αυτών των πρωτοβουλιών που αποσκοπούν να εξυπηρετήσουν τις μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού σε αναπτυσσόμενες χώρες. Ακόμα και πρωτοβουλίες όπως αυτές τείνουν να είναι πιο προσβάσιμες στις καλύτερα οικονομικά τάξεις απ' ό,τι σε φτωχότερες τάξεις, τις οποίες είχαν σχεδιαστεί για να εξυπηρετήσουν (Flament, 2012).





## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

# Υφιστάμενη κατάσταση, τάσεις & στρατηγικές του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στην ΕΕ

### 2.1 Εισαγωγή

Τα υγειονομικά συστήματα, όπως προαναφέρθηκε, διακρίνονται βάσει των δύο ακόλουθων χαρακτηριστικών:

- Της διοικητικής δομής των παρόχων υπηρεσιών υγείας (δημόσιοι, ιδιωτικοί ή συνδυασμός των δύο).
- Της βασικής πηγής χρηματοδότησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. φόροι, πόροι κρατικού προϋπολογισμού για κοινωνική ασφάλιση, συνδυασμός φόρων και προαναφερθέντων πόρων, ιδιωτικοί πόροι, συνδυασμός κρατικών και ιδιωτικών πόρων).

Βασιζόμενοι στην παραπάνω διάκριση, συναντάμε τα ακόλουθα μοντέλα υγειονομικών συστημάτων που λειτουργούν σήμερα:

- *Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας ή Μοντέλο Beveridge*, με δύο διαφορετικές προσεγγίσεις, τη Βρετανική και την Καναδική.
- *Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης ή Γερμανικό Μοντέλο ή Bismarckian Model*, και *Μοντέλο Ιδιωτικής Ασφάλισης*.



## 2.2 Η κατάσταση του νοσοκομειακού τομέα στην ΕΕ

### 2.2.1 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας: Βρετανική Προσέγγιση

Η βρετανική προσέγγιση του Μοντέλου Εθνικού Συστήματος Υγείας απαιτεί την ύπαρξη κρατικών παρόχων υπηρεσιών υγείας οι οποίοι χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Όλοι οι πολίτες έχουν ισότιμη πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης. Η εκάστοτε κυβέρνηση είναι ιδιοκτήτης και συντονιστής των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης καθώς και «αγοραστής» των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το Βρετανικό Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας συναντάται στην Αγγλία, την Ισλανδία, την Ιρλανδία, τη Δανία, την Ιταλία και την Ελλάδα.

#### 2.2.1.1 Αγγλία

##### 2.2.1.1.1 Εισαγωγή

Η Αγγλία αποτελεί μία από τις χώρες που πρωτοπόρησαν με τις μεταρρυθμίσεις τους στο σύστημα υγείας. Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS) ανήκει στα μοντέλα συστημάτων υγείας που διέπονται από τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της υποχρεωτικής συμμετοχής και της ισότιμης και καθολικής κάλυψης. Κύριο χαρακτηριστικό των συστημάτων αυτών αποτελεί ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός και η κρατική παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Αρχικά, η ασφάλιση στην Αγγλία καλυπτόταν από την Εκκλησία. Η διαμόρφωση της κεντρικά σχεδιασμένης φροντίδας υγείας διαμορφώθηκε το 1942 με την έκθεση Beveridge. Ο διάσημος οικονομολόγος Sir William Beveridge –από τον οποίο ονομάστηκε και το Βρετανικό Σύστημα Υγείας «Μοντέλο Beveridge»– συνέταξε τη Λευκή Βίβλο για την Υγεία, παρουσιάζοντας μια πρόταση για δημόσιο σύστημα υγείας με δωρεάν περίθαλψη για ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας. Το 1946 ψηφίστηκε ο νόμος «NHS Act» και το 1948 τέθηκε σε λειτουργία το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν το 1973 και το 1998 έχουν διαμορφώσει τη σημερινή δομή και λειτουργία του NHS.

##### 2.2.1.1.2 Οργανωτική δομή

Συντονιστής του NHS είναι ο εκάστοτε Υπουργός Υγείας. Κάτω από το Υπουργείο Υγείας συναντώνται οι RHAs (Περιφερειακές Αρχές αρμόδιες για την υγεία). Κάτω από τις RHAs



συναντώνται οι Τοπικές Αρχές Υγείας, οι οποίες διαιρούνται σε Τομείς και διοικούνται από την Ομάδα Διοίκησης Τομέων.

Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες στην Αγγλία. Υπάρχουν οι εξής υπεύθυνοι ανά κλάδο:

- Γραφείο CMO (Chief Medical Officer)/Γενικού Διευθυντή: Αρμόδιο για την παροχή ιατρικών συμβουλών στους NHSE και Permanent Secretary.
- NHSE (National Health System Executive) και Chief Executive: Αρμόδιοι για την κεντρική διαχείριση του NHS, την ανάπτυξη της πολιτικής υγείας και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων του Συστήματος Υγείας. Υπό την ευθύνη του NHSE είναι τα επαρχιακά γραφεία που έχουν ως αρμοδιότητα την εφαρμογή της πολιτικής υγείας στην εκάστοτε περιφέρεια.
- Permanent Secretary/Μόνιμος Γραμματέας.

Για τη χάραξη της πολιτικής υγείας, το Υπουργείο Υγείας συνεπικουρείται από κάποιους οργανισμούς, όπως την Care Quality Commission (CQC) με αρμοδιότητες τη διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος, τον ανεξάρτητο ρυθμιστή των NHS Foundation Trusts, τη Health Protection Agency (HPA) με αρμοδιότητες σε θέματα Δημόσιας Υγείας και το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE).

Σε περιφερειακό επίπεδο βρίσκονται οι SHAs (Strategic Health Authorities), οι Στρατηγικές Αρχές Υγείας, οι οποίες έχουν αρμοδιότητες ελέγχου της εύρυθμης λειτουργίας του NHS, της επίτευξης του ετήσιου στόχου που τίθεται καθώς και της διαμόρφωσης των στόχων του επόμενου έτους.

Σε τοπικό επίπεδο συναντάμε τα PCTs (Primary Care Trusts) τα οποία συντονίζουν και διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας υγείας. Το πλήθος τους ανά περιοχή εξαρτάται από τον πληθυσμό. Τα PCTs επιβλέπονται από τις SHAs.

Η εισαγωγή του ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πραγματοποιείται από τους Γενικούς Γιατρούς (General Practitioners), οι οποίοι είναι κατά κύριο λόγο είτε αυτοαπασχολούμενοι σε δικά τους ιατρεία ή απασχολούμενοι σε άλλες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Η νοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται από τους consultants (γιατροί ειδικοτήτων) που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία (NHS trusts) και αμείβονται με μισθό. Παράλληλα λειτουργούν ορισμένα ιδιωτικά νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καθώς και από συμβάσεις με το Υπουργείο Υγείας και τα PCTs.



Στην ουσία οι GPs, οι λεγόμενοι οικογενειακοί γιατροί γενικής ιατρικής, καθοδηγούν τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Θεωρούνται οι gatekeepers του Βρετανικού Συστήματος Υγείας, καθώς οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Παρέχουν 24ωρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν το δικό τους γενικό γιατρό ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή στην οποία διαμένουν.

Επιπλέον υγειονομικό προσωπικό είναι οι γενικές νοσηλεύτριες ιατρείων και περιφερειών (practice nurses, district nurses), οι μαίες και οι επισκέπτες υγείας (health visitors). Οι τελευταίοι παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και ενημέρωση σε θέματα υγείας καθώς και νοσηλευτική φροντίδα σε περιπτώσεις κατ' οίκον νοσηλείας.

#### **2.2.1.1.3 Χρηματοδότηση Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Το βρετανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται πρωταρχικά από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της γενικής φορολογίας και δευτερευόντως από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (National Insurance Contributions, NICs) καθώς και κάποιους τοπικούς φόρους. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό καλύπτεται από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος κάποιων υπηρεσιών υγείας (user charges) και από άμεσες πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα.

Στη γενική φορολογία περιλαμβάνονται ο φόρος εισοδήματος, ο ΦΠΑ, ο φόρος επί των εταιρικών κερδών και οι φόροι επί καυσίμων, αλκοόλ και καπνού. Οι ασφαλιστικές εισφορές είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Χρησιμοποιούνται κυρίως για τη χρηματοδότηση των συντάξεων και των πάσης φύσεως επιδομάτων. Οι τοπικοί φόροι χρηματοδοτούν κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους δήμους όπως, για παράδειγμα, η κατ' οίκον φροντίδα.

Υπεύθυνο για τη συλλογή των ασφαλιστικών εισφορών και φόρων είναι το Τμήμα Εσόδων και Δασμών. Στη συνέχεια κατανέμονται στα Υπουργεία υπό μορφή ετήσιου προϋπολογισμού. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει το μεγαλύτερο ποσοστό (περίπου 80%) του συνολικού προϋπολογισμού για το ΕΣΥ κατευθείαν στα PCTs. Τα Primary Care Trusts συνάπτουν συμβόλαια για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές όπως, για παράδειγμα, τα foundation trusts, τα mental health trusts, αλλά και από άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού και του εθελοντικού τομέα.

Για την κατανομή των πόρων στα PCTs χρησιμοποιείται μια «σταθμισμένη κατά κεφαλή» προσέγγιση (weighted capitation), που αποτελεί εξελιγμένη μορφή της μεθόδου Resource Allocation Working Party (WRAP). Η συγκεκριμένη προσέγγιση στοχεύει στη βελτιστοποίηση



της αντιστοίχισης των χρησιμοποιούμενων πόρων με τις τοπικές ανάγκες υγείας και στη μεγαλύτερη δυνατή μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων. Η φόρμουλα που χρησιμοποιείται για την κατανομή των πόρων ανά PCT υπόκειται σε συνεχή παρακολούθηση και διόρθωση από την ομάδα εμπειρογνομόνων του Department of Health's Advisory Committee on Resource Allocation.

#### **2.2.1.1.4 Δικαιούχοι**

Δικαιούχοι υπηρεσιών υγείας του NHS είναι όσοι διαμένουν νόμιμα στη χώρα. Οι ξένοι που επισκέπτονται τη χώρα έχουν δωρεάν πρόσβαση μόνο στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων και στα walk-in centers.

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από τους φαρμακοποιούς και συνταγογραφούνται από τους παθολόγους.

#### **2.2.1.2 Δανία**

##### **2.2.1.2.1 Εισαγωγή**

Η Δανία χαρακτηρίζεται από Κράτος Κοινωνικής Πρόνοιας και οι υπηρεσίες υγείας καλύπτονται κατά κύριο λόγο από τη φορολογία. Εκτός από την οδοντιατρική περίθαλψη και τη φυσιοθεραπεία, οι πολίτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

##### **2.2.1.2.2 Οργανωτική δομή**

Στην κορυφή του δανικού συστήματος υγείας συναντάμε την κυβέρνηση –συγκεκριμένα το Υπουργείο Υγείας– το οποίο είναι αρμόδιο για τη χάραξη του γενικού νομικού πλαισίου που διέπει την υγειονομική περίθαλψη. Το Υπουργείο Υγείας συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, το οποίο λειτουργεί στη Δανία από το 1803. Παράλληλα το Υπουργείο, με τη συνδρομή του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας, συντονίζει τη δράση των πέντε περιφερειών και περίπου 100 δήμων που επίσης παρέχουν πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες και διοικούνται από εκλεγμένες γενικές συνελεύσεις και συμβούλια. Οι εκλογή τους πραγματοποιείται κάθε 4 έτη. Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι ιδιοκτησία των περιφερειών και οι γιατροί που απασχολούνται σε αυτά είναι μισθωτοί υπάλληλοι των περιφερειών. Οι μισθοί των γιατρών καθώς και οι αποζημιώσεις των αυτοαπασχολούμενων γιατρών καθορίζονται από διαπραγματεύσεις στις οποίες συμμετέχουν το Υπουργείο Υγείας, οι περιφέρειες και διάφορες επαγγελματικές οργανώσεις.



Εκτός από τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν και κάποια ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, η λειτουργία των οποίων χρηματοδοτείται από φόρους, δαπάνες ασθενών και ιδιωτική ασφάλιση.

### **2.2.1.2.3 Χρηματοδότηση**

Το δανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τη γενική φορολογία και από δημοτικούς φόρους. Λέγοντας γενική φορολογία αναφερόμαστε στο φόρο εισοδήματος, ΦΠΑ, φόρο συμβολής για την υγεία, φόρο εταιρικού εισοδήματος, φόρο εργασίας και ειδικό φόρο κατανάλωσης. Λέγοντας δημοτικοί φόροι εννοούμε το φόρο που επιβάλλεται στην ακίνητη περιουσία. Παράλληλα, ιδιωτικές δαπάνες πραγματοποιούνται και από τους ίδιους τους ασθενείς για οδοντιατρική περίθαλψη, φροντίδα ατυχήματος, φαρμακευτικά είδη και βιταμίνες, καθώς και για εθελοντική συμπληρωματική ασφάλιση.

### **2.2.1.2.4 Δικαιούχοι**

Το σύστημα υγείας της Δανίας παρέχει κάλυψη για όλους τους μόνιμους κατοίκους και νόμιμους μετανάστες της χώρας. Υπάρχει ο περιορισμός ότι για να αποκτήσει κάποιος πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να έχει καταχωρηθεί ως κάτοικος για έξι τουλάχιστον εβδομάδες. Η πρόσβαση πραγματοποιείται μέσω της απόκτησης του πιστοποιητικού υγείας μετά την ηλικία των 16 ετών. Πριν από αυτή την ηλικία τα παιδιά έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μέσω της κάρτας των γονιών τους. Για τους ξένους και τους τουρίστες που διαμένουν προσωρινά στη Δανία, η υγειονομική περίθαλψη είναι επί πληρωμή.

Οι δικαιούχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν την επιλογή είτε να επιλέξουν παθολόγο κοντά στο μόνιμο τόπο κατοικίας τους, περίπτωση στην οποία παρέχεται ελεύθερη πρόσβαση σε προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, είτε να επιλέξουν παθολόγο σε οποιαδήποτε περιοχή επιθυμούν, ανεξαρτήτως του μόνιμου τόπου κατοικίας τους, περίπτωση στην οποία η περιφέρεια καλύπτει μόνο το κόστος θεραπείας. Ισχύει η ελεύθερη επιλογή δημόσιου νοσοκομείου, αρκεί να υπάρχει η σχετική παραπομπή από τον επιλεγθέντα παθολόγο. Σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού, μπορεί να παραληφθεί η παραπομπή, αρκεί το περιστατικό να έχει προκύψει εντός του τελευταίου 24ώρου.

Οι ασθενείς προμηθεύονται τα απαραίτητα φάρμακα από τα φαρμακεία. Για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα απαιτείται συνταγή γιατρού.



## 2.2.2 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας: Καναδική Προσέγγιση

Η καναδική προσέγγιση του Μοντέλου Εθνικού Συστήματος Υγείας (Canadian Approach) απαιτεί την ύπαρξη ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας οι οποίοι χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και προσφέρουν ένα πακέτο παροχών δημόσιας ασφάλισης. Όλοι οι πολίτες έχουν ισότιμη πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης. Στο συγκεκριμένο μοντέλο διαχωρίζεται ο ρόλος του αγοραστή και του παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών. Και τα νοσοκομεία και οι γιατροί πληρώνονται βάσει ποσοστών και αμοιβών αντίστοιχα, που καθορίζονται από την κυβερνητική αρχή. Το Καναδικό Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας συναντάται στη Σουηδία, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Φινλανδία και τη Νορβηγία.

### 2.2.2.1 Σουηδία

#### 2.2.2.1.1 Εισαγωγή

Ο Νόμος για την Υγεία και τις Ιατροφαρμακευτικές Υπηρεσίες του 1982 έχει θέσει το πλαίσιο προστασίας της υγείας του πληθυσμού της χώρας βάσει του οποίου οι πολίτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες οι οποίες αποτελούν αρμοδιότητα των αυτοδιοικητικών θεσμών.

#### 2.2.2.1.2 Οργανωτική δομή

Στο σουηδικό σύστημα υγείας η εποπτεία και ο συντονισμός της παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών αποτελεί έργο του Υπουργείου Υγείας. Επικουρικά του Υπουργείου Υγείας –και με αρμοδιότητα επιμέρους τομείς της κοινωνικής προστασίας– λειτουργούν οι εξής κρατικοί φορείς:

- Εθνικό Συμβούλιο για την Υγεία και την Κοινωνική Προστασία: Παρακολουθεί και προωθεί τη διασφάλιση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Στη δικαιοδοσία του υπόκεινται επίσης οι εργαζόμενοι στις δομές κοινωνικής προστασίας.
- Εθνικό Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία: Λειτουργεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και παράλληλα με το προαναφερθέν Εθνικό Συμβούλιο. Έχει χαρακτήρα ανεξάρτητης αρχής καθώς αναφέρεται σε ομάδα ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων.
- HSAN: Επιβάλλει διοικητικές κυρώσεις στην περίπτωση καταγγελίας στον τομέα της υγείας.
- SBU: Παρακολουθεί και αξιολογεί τα επιστημονικά και τεχνολογικά μέσα που χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας.



- ΜΡΑ/Αντιπροσωπεία Ιατρικών Προϊόντων: Παρακολουθεί την ανάπτυξη, την πώληση και τη διαμόρφωση των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων και άλλων ιατρικών προϊόντων.
- ΤΛV: Ελέγχει τη λειτουργία των φαρμακείων, ενώ ταυτόχρονα ελέγχει και εγκρίνει την κυκλοφορία των φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Εθνικό Κέντρο Ανάλυσης των Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας: Αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
- Συμβούλιο για την Κοινωνική Ασφάλιση: Προωθεί το επίπεδο κοινωνικής προστασίας μέσω διάφορων υπηρεσιών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Κάτω από το Υπουργείο Υγείας συναντάμε τις περιφερειακές και τοπικές αρχές, στις οποίες η διοίκηση ασκείται από τα περιφερειακά και τοπικά συμβούλια αντίστοιχα. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο έχει υπό την επίβλεψή του περιοχές υγειονομικής περίθαλψης. Κάθε περιοχή έχει ένα νοσοκομείο (περιφερειακό, ακαδημαϊκό) και ορισμένους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο κάθε τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελείται από υποτομείς. Κάθε υποτομέας αντιστοιχεί σε ένα δήμο της χώρας. Οι δήμοι είναι επιφορτισμένοι με το καθήκον του καθορισμού των φόρων εισοδήματος που πρέπει να επιβληθούν και το σχεδιασμό των προϋπολογισμών που πρέπει να εφαρμοσθούν.

Στη Σουηδία υπάρχουν τρεις τύποι νοσοκομείων ανάλογα με το μέγεθός τους και το βαθμό εξειδίκευσής τους: τα τοπικά, τα κεντρικά και τα περιφερειακά. Στα τοπικά νοσοκομεία συναντά κανείς τις βασικές ιατρικές ειδικότητες (γενική ιατρική, γενική χειρουργική, αναισθησιολογία και ακτινολογία). Στα κεντρικά νοσοκομεία υπάρχει η δυνατότητα αντιμετώπισης σχεδόν όλων των ιατρικών προβλημάτων. Τα περιφερειακά νοσοκομεία περιλαμβάνουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες και διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό εξοπλισμό.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ανήκουν τα κέντρα υγείας τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς, οι οποίοι έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, νοσηλευτές και μαίες. Οι ασθενείς στη Σουηδία επιλέγουν το γιατρό τους, το κέντρο υγείας που επιθυμούν (δημόσιο ή ιδιωτικό) καθώς και το νοσοκομείο. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα να απευθυνθεί απευθείας σε νοσοκομείο της επιλογής του χωρίς παραπομπή, με αυξημένη όμως συμμετοχή του στην κάλυψη της σχετικής δαπάνης.

Από το 1998 λειτουργεί μηχανογραφικό σύστημα το οποίο καταγράφει το χρόνο αναμονής του ασθενή από τη στιγμή καταγραφής της ανάγκης/αίτησης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2013) οφείλει η επικοινωνία με τον πάροχο της ΠΦΥ να έχει πραγματοποιηθεί εντός της ημέρας, το





ραντεβού με το γενικό γιατρό εντός μιας εβδομάδας, η επίσκεψη σε δευτεροβάθμια δομή καθώς και η σχετική παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών εντός 90 ημερών.

### **2.2.2.1.3 Χρηματοδότηση**

Κύρια πηγή χρηματοδότησης του σουηδικού συστήματος υγείας αποτελούν οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι καθώς και η χρηματοδότηση από την κυβέρνηση. Η κυβερνητική χρηματοδότηση προέρχεται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (εισφορές εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων).

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων (μισθοί προσωπικού, φάρμακα, αναλώσιμα κ.ο.κ.) πραγματοποιείται μέσω ετήσιων προϋπολογισμών.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δωρεάν για το σουηδικό πληθυσμό, σε αντίθεση με την εξωνοσοκομειακή, όπου ο ασθενής συμμετέχει στη δαπάνη με συγκεκριμένο ποσό ανά επίσκεψη.

Το μεγαλύτερο μέρος της φαρμακευτικής περίθαλψης καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Και στην περίπτωση αυτή ο ασθενής συμμετέχει στη δαπάνη με συγκεκριμένο ποσοστό ανάλογα με το είδος του φαρμάκου.

Οι σπουδές ιατρικής χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από το κράτος. Είναι 5ετούς διάρκειας και στη συνέχεια ακολουθεί 21μηνη εξειδίκευση σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

## **2.2.3 Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης ή Γερμανικό Μοντέλο ή Μοντέλο Bismarck**

Το Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης αναπτύχθηκε αρχικά στη Γερμανία. Συχνά ονομάζεται «παραδοσιακή ασφάλεια ασθένειας». Το 1880 ο Γερμανός Καγκελάριος Bismarck θέσπισε το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης το οποίο χαρακτηρίζεται, όπως προαναφέρθηκε, από πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με απώτερο στόχο την κοινωνική δικαιοσύνη. Χώρες οι οποίες ακολουθούν το συγκεκριμένο σύστημα υγείας είναι η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο, η Αυστρία και το Λουξεμβούργο.

### **2.2.3.1 Γερμανία**

#### **2.2.3.1.1 Γενικά χαρακτηριστικά**

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στο Κοινωνικό Προνοιακό Μοντέλο. Το κυριότερο χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος υγείας είναι η διαχείριση της υγείας από αυτόνομα, αυτοδιοικούμενα ταμεία υγείας, τα λεγόμενα Krankenkassen. Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από ασφαλιστικές εισφορές που υπολογίζονται επί του



εισοδήματος που προκύπτει από την εργασία των ασφαλισμένων. Ο εργοδότης πληρώνει το 50% των εισφορών και ο εργαζόμενος το υπόλοιπο. Η συμμετοχή στο GKV αυτόματα καλύπτει και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειας. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική, ο ασφαλισμένος όμως έχει τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ δημόσιων ή ιδιωτικών ταμείων. Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι δημόσια και οι γιατροί ιδιώτες επαγγελματίες.

Το συντριπτικό ποσοστό του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στο Gesetzliche Krankenversicherung GKV (Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας). Οι καλύψεις περιλαμβάνουν εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, υπηρεσίες αποκατάστασης καθώς και υπηρεσίες για εγκύους και μητέρες βρεφών, συνταγογράφηση φαρμάκων, κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις και αποζημιώσεις ασθένειας.

### **2.2.3.1.2 Οργανωτική δομή**

Οργανωτικά διακρίνουμε δύο επίπεδα οργάνωσης στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης: το εθνικό – ομοσπονδιακό και το σωματειακό.

#### ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Τα κύρια όργανα είναι το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο και η Ομοσπονδιακή Συνέλευση. Στα πλαίσια του Υπουργείου Υγείας λειτουργούν οκτώ διακριτά τμήματα:

- Τμήμα Διοίκησης
- Τμήμα Υγειονομικής Περίθαλψης και Ασφάλειας Υγείας
- Τμήμα Πρόληψης και Καταπολέμησης της Ασθένειας
- Τμήμα Κοινωνικής Ασφάλισης και Ασφάλισης Συνταξιοδότησης
- Τμήμα Ζητημάτων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες
- Τμήμα Φαρμακευτικών Ειδών
- Τμήμα Προγραμματισμού, Καινοτομίας και Πληροφοριών
- Τμήμα Ευρωπαϊκής Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής

Το Υπουργείο Υγείας συνεργάζεται με επιτροπές για καλύτερο συντονισμό και επίλυση ειδικών θεμάτων όπως η Επιτροπή Ναρκωτικών, η Επιτροπή Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και η Επιτροπή για τα Προβλήματα των Ασθενών.



### ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΩΝ ΚΡΑΤΙΔΙΩΝ

Το κάθε ομοσπονδιακό κρατίδιο της Γερμανίας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας:

- Υπηρεσίες πρόληψης
- Διοίκηση και οργάνωση των κρατικών τοπικών νοσοκομείων
- Υπηρεσίες περιβαλλοντικής υγιεινής και δημόσιας υγείας
- Υπηρεσίες πρόληψης και προώθησης υγείας
- Επίβλεψη των επαγγελματιών υγείας και των αντίστοιχων δομών καθώς και των φαρμακοποιών

### ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ

Σε κάθε ομοσπονδιακό κρατίδιο υπάρχουν ενώσεις παθολόγων και οδοντιάτρων που αντιπροσωπεύουν τους παρόχους υγείας καθώς και ενώσεις ασφαλιστικών ταμείων που αντιπροσωπεύουν την πλευρά των αγοραστών των υπηρεσιών υγείας.

### KRANKENKASSEN – ΤΑΜΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα Ταμεία Ασφάλισης Υγείας είναι ανεξάρτητα ως προς τη χρηματοδότησή και την οργάνωσή τους, αλλά επιβλέπονται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Οι υπηρεσίες που παρέχουν τα ταμεία στους ασφαλισμένους προβλέπονται πλήρως από το νόμο, υπάρχουν πολύ μικρές διαφοροποιήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες μεταξύ των ταμείων, έχουν όμως τη δυνατότητα να επιλέγουν τον πάροχο υπηρεσιών με τον οποίο θα συνάψουν σύμβαση συνεργασίας.

#### **2.2.3.1.3 Χρηματοδότηση**

Η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην Γερμανία είναι η ασφάλιση υγείας. Ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει στραφεί στην ιδιωτική ασφάλιση. Η συμμετοχή στα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτική για τους πολίτες μέχρι ένα συγκεκριμένο ύψος εισοδήματος. Στην περίπτωση αυτή, συμμετοχή στις ασφαλιστικές εισφορές έχουν και οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες. Για τους χαμηλόμισθους, οι ασφαλιστικές εισφορές καλύπτονται μόνο από τους εργοδότες. Στην περίπτωση των ανέργων, η χρηματοδότηση προέρχεται από την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Απασχόλησης.

Επιπλέον πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν οι φόροι, ορισμένες συμπληρωματικές πληρωμές των ασθενών και η ιδιωτική ασφάλιση.



Οι φόροι χρησιμοποιούνται για την κάλυψη επενδυτικών δαπανών των κρατικών νοσοκομείων, ενώ οι ασφαλιστικές εισφορές χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των τρεχουσών δαπανών. Επίσης οι φόροι καλύπτουν δαπάνες για την εκπαίδευση των γιατρών και λοιπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (νοσοκόμοι, φαρμακοποιοί κ.λπ.) καθώς και τη χρηματοδότηση της έρευνας στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Σε ιδιωτική ασφάλιση προχωρούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες και εργαζόμενοι των οποίων το εισόδημα ξεπερνά το ανώτατο επιτρεπόμενο ύψος εισοδήματος, αφού αποκλείονται από το ισχύον σύστημα ασφάλισης, καθώς και οι δημόσιοι υπάλληλοι.

#### **2.2.3.1.4 Παροχή Υπηρεσιών Υγειονομικής Περίθαλψης**

Στο γερμανικό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ της δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και των νοσοκομειακών παροχών.

Οι παροχές αναφορικά με τη δημόσια υγεία συνοψίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Παρακολούθηση μεταδοτικών ασθενειών και σχετικές υπηρεσίες περίθαλψης
- Επίβλεψη των νοσοκομείων
- Διενέργεια εξετάσεων για τους μαθητές των σχολείων
- Υποβολή ετήσιας έκθεσης υγείας

Ο πληθυσμός που συμμετέχει στο ασφαλιστικό σύστημα υγείας –καθώς και τα μέλη της οικογένειας του κύριου δικαιούχου– απολαμβάνει των ίδιων παροχών, ανεξάρτητα από το ποσό συμμετοχής. Οι βασικές παροχές είναι οι εξής:

- Πρόληψη της ασθένειας
- Θεραπεία της ασθένειας (ιατρική, οδοντιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη)
- Παροχή διάσωσης σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού
- Μεταφορά σε κέντρα περίθαλψης

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς και ειδικευμένους, οι οποίοι έχουν ιδιωτικά ιατρεία. Οι ασφαλισμένοι έχουν την ελευθερία να επιλέξουν το δικό τους γενικό ή ειδικευμένο γιατρό, το οποίο σημαίνει ότι δεν απαιτείται παραπομπή γενικού γιατρού για να επισκεφθεί ένας ασθενής έναν ειδικό γιατρό. Πρόσφατα, με νομοθετική ρύθμιση αναβαθμίστηκε ο ρόλος του γενικού οικογενειακού γιατρού ως εξής: τα μέλη των



ασφαλιστικών ταμείων που αποδέχονται την παραπομπή του γενικού γιατρού ως προαπαιτούμενο για την επίσκεψη σε ειδικό γιατρό έχουν έκπτωση στις εισφορές τους.

Στη Γερμανία οι φαρμακοβιομηχανίες είναι από τις ισχυρότερες στην Ευρώπη. Τα φαρμακευτικά είδη διατίθενται από δημόσια φαρμακεία και νοσοκομεία, ενώ ορισμένα βιολογικά προϊόντα, βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής μπορούν να διατίθενται και από εξουσιοδοτημένα εμπορικά καταστήματα. Η πλειοψηφία των φαρμάκων καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας.



## 2.3 Σύγχρονες τάσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη

### 2.3.1 Συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων

Η συσχέτιση του μεγέθους ενός νοσοκομείου με τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητάς του αποτελεί ένα καίριο ζήτημα το οποίο συχνά απασχολεί την επιστημονική κοινότητα. Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, το μέγεθος μιας νοσοκομειακής μονάδας σχετίζεται άμεσα με την παρουσία οικονομικών κλίμακας, οι οποίες αναφέρονται στη θετική επίδραση που έχει η αύξηση της δραστηριότητας μιας δομής στο κόστος (μείωση του κόστους). Η έννοια των οικονομικών κλίμακας σχετίζεται με μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη της μονάδας με τους προμηθευτές της, με οικονομίες έρευνας καθώς και με διοικητικές οικονομίες οι οποίες συνδέονται με τον αριθμό του διοικητικού προσωπικού που απαιτείται για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

Η πρακτική συνένωσης νοσοκομειακών μονάδων έχει εντατικοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλές χώρες της Ευρώπης (π.χ. Γαλλία, Αγγλία, Βέλγιο, Ιταλία κ.λπ.), σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας αλλά και γενικότερης αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας. Ιδιαίτερα κατά την τελευταία 25ετία σημειώθηκε σημαντική μείωση των νοσοκομειακών μονάδων στην πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ, μειώνοντας διαχρονικά την αναλογία νοσοκομειακών κλινών ως προς τον πληθυσμό. Η διαχρονική εξέλιξη της τάσης στην ΕΕ παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 1: Εξέλιξη αριθμού γενικών νοσοκομείων σε χώρες της ΕΕ-19, 2010**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	143 (18,6)	145 (18,2)	141 (17,6)	136 (16,5)	132 (15,9)	132 (15,9)	131 (15,7)
Βέλγιο	292 (29,3)	179 (17,7)	160 (15,6)	147 (14,0)	146 (13,8)	142 (13,4)	141 (13,4)
Γαλλία	N/A	N/A	2.243 (37,0)	2.070 (33,0)	2.036 (32,2)	2.005 (31,5)	1.969 (30,8)
Γερμανία	N/A	2.081 (25,5)	2.003 (24,4)	1.846 (22,4)	1.809 (22,0)	1.791 (21,8)	1.781 (21,7)
<b>Ελλάδα</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>179 (16,4)</b>	<b>181 (16,3)</b>	<b>184 (16,5)</b>	<b>185 (16,5)</b>	<b>186 (16,6)</b>
Ιρλανδία	61 (17,4)	60 (16,7)	53 (14,0)	54 (13,1)	53 (12,5)	52 (12,0)	52 (12,2)
Ισπανία	620 (16,0)	580 (14,7)	586 (14,6)	544 (12,5)	548 (12,4)	559 (12,5)	557 (12,6)
Ιταλία	N/A	1.318 (23,2)	1.150 (20,2)	1.123 (19,2)	1.120 (19,0)	1.134 (19,1)	1.090 (18,5)
Ολλανδία	142 (9,5)	127 (8,2)	110 (6,9)	105 (6,4)	104 (6,4)	104 (6,4)	103 (6,3)
Ουγγαρία	N/A	146 (14,1)	146 (14,3)	137 (13,6)	136 (13,5)	109 (10,8)	107 (10,7)
Πολωνία	N/A	N/A	N/A	824 (21,6)	785 (20,6)	790 (20,7)	774 (20,3)
Πορτογαλία	154 (15,4)	141 (14,1)	153 (15,0)	144 (13,7)	141 (13,3)	140 (13,2)	139 (13,1)
Σλοβακία	77 (14,5)	94 (17,5)	98 (18,1)	83 (15,4)	79 (14,7)	80 (14,8)	73 (13,5)
Σουηδία	102 (11,9)	98 (11,1)	80 (9,0)	N/A	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	N/A	N/A	N/A	169 (16,5)	164 (16,0)	165 (16,0)	164 (16,0)

Πηγή: OECD Health Data, 2010  
N/A: Μη διαθέσιμα στοιχεία



Βασικοί **στόχοι** της εφαρμογής των συγχωνεύσεων νοσοκομειακών μονάδων αποτελούν η μείωση των δαπανών από τη δημιουργία οικονομιών κλίμακας, η βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και η ποιοτική αναβάθμισή τους.

Η πρακτική των συγχωνεύσεων, αποτελεί προσφιλή μέθοδο αρκετών ευρωπαϊκών χωρών και είναι αποδοτική σε κάποιες περιπτώσεις. Ωστόσο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και συνεκτίμηση όλων των συμμετεχόντων παραγόντων στη διαμόρφωση των συγχωνεύσεων. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι υφίστανται παράμετροι που είναι δύσκολο να υπολογισθούν, όπως είναι οι πιθανές καθυστερήσεις στην απόδοση των νέων συγχωνευμένων υπηρεσιών, οι αντιδράσεις των εργαζομένων που εκδηλώνουν απροθυμία στις αλλαγές και η ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, λόγω των συγχωνεύσεων, μπορεί να αυξηθεί ο χρόνος πρόσβασης στα νοσοκομεία, κυρίως για τη λήψη εξειδικευμένης φροντίδας (Τσαβαλιάς, Σίσκου & Λιαρόπουλος, 2012).

Στην Ελλάδα δεν παρατηρούνται ουσιαστικές αλλαγές την τελευταία 20ετία, με εξαίρεση την διακοπή λειτουργίας μικρών ιδιωτικών κλινικών, αλλά και της συρρίκνωσης των ψυχιατρικών παραδοσιακών νοσοκομείων ως αποτέλεσμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ). Επισημαίνεται επίσης η προσπάθεια (2011) αναδιάταξης των νοσοκομειακών μονάδων υγείας του ΕΣΥ (σύσταση αρμόδιας επιτροπής υπό τον καθηγητή κ. Λιαρόπουλο), προκειμένου να επιτευχθούν οι απαιτούμενοι στόχοι βέλτιστης αξιοποίηση και κατανομής των διατιθέμενων πόρων. Διαμορφώθηκε έτσι ένας νέος Χάρτης του ΕΣΥ που οδήγησε σε 83 νοσοκομεία από 131 (83 κύρια και 48 συνδεδεμένα), ενώ παράλληλα συμπεριελήφθησαν στο σχεδιασμό και τα 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ καθώς και τα δύο νοσοκομεία ειδικού σκοπού (Ωνάσειο ΚΚ και ΓΝ Παπαγεωργίου).

### 2.3.2 Συμπλέγματα νοσοκομείων (hospital trust)

Το σύμπλεγμα νοσοκομείων αποτελεί μια οργάνωση η οποία διοικεί ένα δημόσιο νοσοκομείο για λογαριασμό του Αγγλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS – National Healthcare System). Τα πρώτα συμπλέγματα νοσοκομείων εμφανίστηκαν το 1990 στην Αγγλία, όταν η κυβέρνηση αποφάσισε να καταστήσει τα νοσοκομεία υπεύθυνα για τις διοικητικές και οικονομικές τους υποθέσεις αντί να τα διοικεί κεντρικά. Ο πρωταρχικός σκοπός ήταν η εξοικονόμηση οικονομικών και λειτουργικών πόρων στα πλαίσια της επιχειρησιακής λογικής.

Το 2004 η κυβέρνηση εισήγαγε την έννοια του foundation trust ή foundation hospital, σύμφωνα με την οποία τα νοσοκομεία που είναι σε θέση να παρέχουν υψηλό επίπεδο υπηρεσιών μπορούν να αιτηθούν την απόκτηση foundation status. Το foundation status τούς



παρέχει τη δυνατότητα συγκέντρωσης δικών τους χρημάτων μέσω της πώλησης περιουσιακών στοιχείων, εξασφάλιση δανεισμού κ.λπ. Τα πρώτα 20 foundations trusts δημιουργήθηκαν τον Απρίλιο και τον Ιούλιο του 2004. Υπάρχουν πολλοί μαχητές του συγκεκριμένου θεσμού. Το κυρίαρχο επιχείρημα είναι η δημιουργία ενός συστήματος υγείας με δύο μέτρα και δύο σταθμά: ορισμένα νοσοκομεία θα έχουν σημαντική περιουσία, ενώ άλλα θα αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες.

### 2.3.3 Ανάπτυξη εναλλακτικών δομών

#### **Open hospital**

Είναι νοσοκομεία στα οποία γιατροί οι οποίοι δεν εργάζονται εκεί, αλλά έχουν τη δυνατότητα να δεχθούν και να θεραπεύσουν ασθενείς.

#### **Day clinic/Day surgery**

Είναι κλινικές στις οποίες ασθενείς απευθύνονται για εξέταση, θεραπεία ή και χειρουργείο, για περιπτώσεις οι οποίες δεν απαιτούν διανυκτέρευση.

#### **Hospices**

Είναι ξενώνες/κέντρα φροντίδας με φιλοσοφία τους την ανακούφιση του πόνου και των συμπτωμάτων χρόνιων πασχόντων ή βαριά ασθενών καθώς και τη φροντίδα των συναισθηματικών και πνευματικών τους αναγκών. Η πιο σύγχρονη εκδοχή των ξενώνων αυτών προβλέπει και την παροχή φροντίδας κατ' οίκον. Επίσης περιλαμβάνει υποστήριξη της οικογένειας των ασθενών. Είναι ευρέως διαδεδομένοι στις ΗΠΑ και την Αγγλία.

#### **Home care**

Ονομάζεται «κατ' οίκον φροντίδα ή περίθαλψη» και αποτελεί υποστηρικτική φροντίδα που παρέχεται από επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν ιατρική φροντίδα ή από επαγγελματίες φροντιστές για τη διασφάλιση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενή. Η κατ' οίκον φροντίδα συμβάλλει στην επάνοδο ασθενών μετά από κάποιο χειρουργείο ή διαμονή σε νοσοκομείο. Περιλαμβάνει νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες αποκατάστασης καθώς και οικιακή βοηθητική φροντίδα. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από νοσηλευτές, νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, βοηθούς υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς. Επίσης, υπάρχουν φροντιστές οι οποίοι βοηθούν τον ασθενή με τις καθημερινές του οικιακές εργασίες και την προσωπική του υγιεινή.





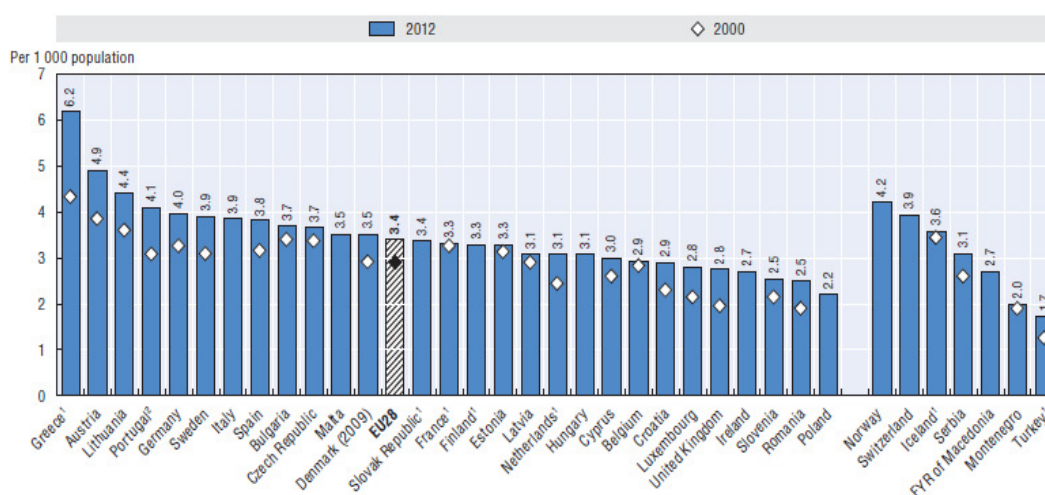
## 2.4 Διεθνείς τάσεις ως προς τη νοσηλευτική δραστηριότητα

### 2.4.1 Εξέλιξη ιατρικού πληθυσμού

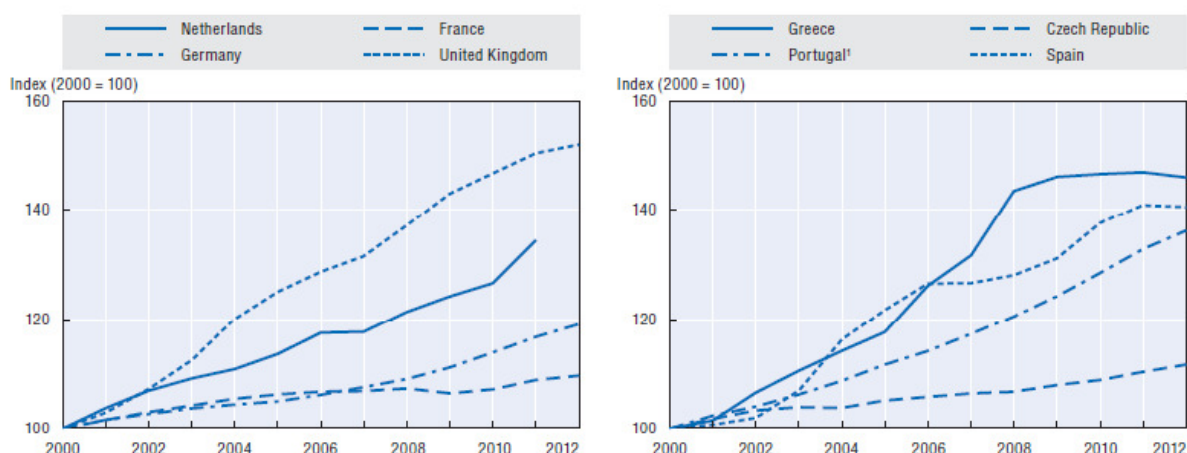
Σύμφωνα με στοιχεία από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, όπως αυτά αποτυπώνονται στους ακόλουθους πίνακες και με βάση την τελευταία έκθεση (2014), ο κατά κεφαλή αριθμός των γιατρών ποικίλει σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Στην Ελλάδα, το 2012 παρατηρείται ο υψηλότερος αριθμός, 6,2 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, σχεδόν διπλάσιος αριθμός σε σχέση με το μέσο όρο της Ευρώπης. Την Ελλάδα ακολουθεί η Αυστρία με 4,9 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους. Το χαμηλότερο αριθμό ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης εμφανίζουν η Πολωνία, η Ρουμανία και η Σλοβενία.

Από το 2000 ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο έχει αυξηθεί σημαντικά σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, εκτός από τη Γαλλία, όπου παραμένει σχετικά σταθερός. Κατά μέσο όρο στην Ευρώπη οι γιατροί ανά 1.000 κατοίκους έχουν αυξηθεί κατά 0,5 συγκρίνοντας στοιχεία του 2000 και του 2012. Η αύξηση αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής στην περίπτωση της Ελλάδας, ωστόσο πριν από την οικονομική κρίση το 2008. Ο ρυθμός αύξησης ήταν εξίσου ισχυρός στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Διάγραμμα 2: Εξέλιξη αριθμού γενικών νοσοκομείων σε χώρες της ΕΕ-19, 2010



Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report


**Διάγραμμα 2: Εξέλιξη ιατρικού προσωπικού σε χώρες της ΕΕ, 2000 έως 2012**


Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναλυθεί η πορεία του αριθμού των γιατρών που εργάζονται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους, καθώς φαίνεται να παρουσιάζει αύξηση σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, συγκρίνοντας τα διαθέσιμα, από τη βάση της Eurostat, στοιχεία για το 2005 και το 2011. Η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στο Λιχτενστάιν και στη Λιθουανία, ενώ ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση εμφανίζει η Κύπρος, η Ολλανδία και η Ρουμανία. Όπως αποτυπώνεται και στον παρακάτω πίνακα, μείωση παρατηρείται μόνο στην Ιρλανδία και στην Πορτογαλία.

**Πίνακας 3: Ιατρικό προσωπικό ανά 100.000 κατ. στην ΕΕ, 2005, 2011**

Χώρα	2005	2011	% μεταβολή 2005 -2011
Belgium	67,6529	75,0605	10,94
Bulgaria	171,4234	207,3533	20,95
Czech Republic	196,9748	209,6114	6,41
Germany	169,7599	200,4947	18,10
Ireland	149,3060	147,5422	-1,18
Spain	194,6650	220,2769	13,15
France	238,6111	251,0753	5,22
Italy	211,6691	212,1137	0,21
Cyprus	65,7170	81,9151	24,64
Lithuania	186,8902	264,1763	41,35
Netherlands	102,3401	132,3183	29,29
Austria	234,5090	272,0441	16,00
Portugal	199,2716	195,2354	-2,02
Romania	98,2418	120,6837	22,84
Slovenia	136,2177	143,0699	5,03
Finland	140,5426	145,2971	3,38
Liechtenstein	23,0199	33,0469	43,55
Norway	221,9198	243,7066	9,81
Switzerland	229,4707	271,5359	18,33
FYROM	90,0899	92,0070	2,12
Turkey	109,1515	134,0813	22,83

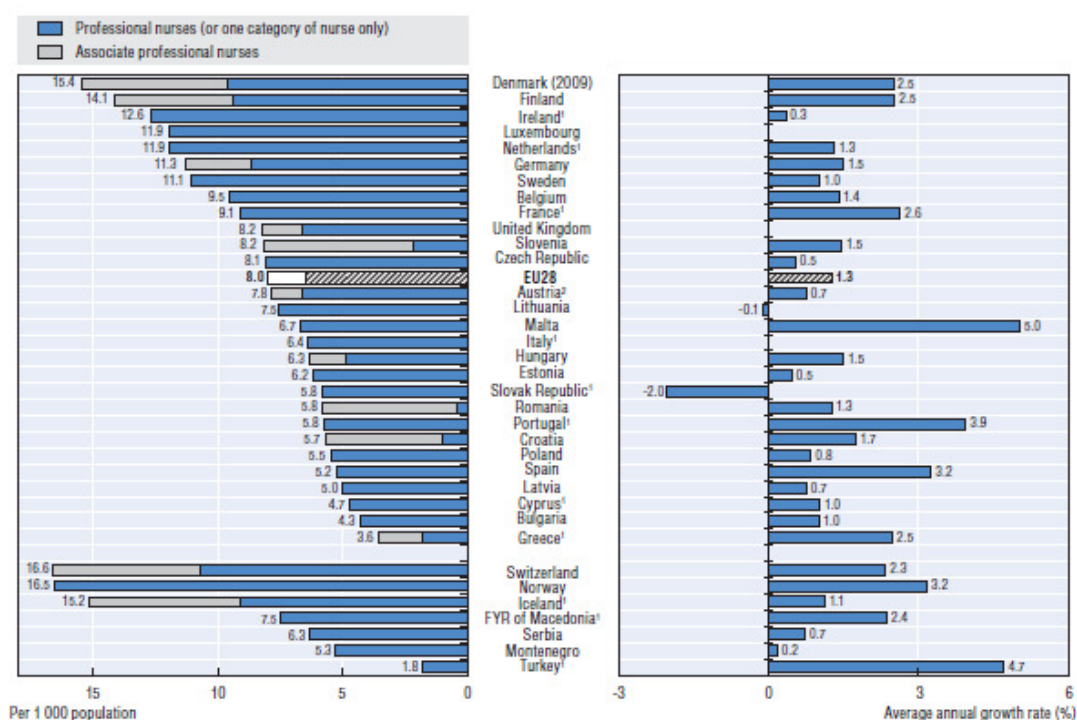
Πηγή: Βάση δεδομένων Eurostat



## 2.4.2 Εξέλιξη νοσηλευτικού προσωπικού

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει βασικό ρόλο στην παροχή φροντίδας υγείας. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης υπάρχουν έντονες ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη νοσηλευτών, κυρίως εξαιτίας των συνεχώς μεταβαλλόμενων αναγκών του πληθυσμού αλλά και των αλλαγών στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού. Κατά μέσο όρο, στην Ευρώπη το 2012 υπήρχαν 8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Ο αντίστοιχος δείκτης ήταν υψηλότερος στις Σκανδιναβικές χώρες, το Λουξεμβούργο, την Ολλανδία και την Ιρλανδία. Η Ελλάδα και στη συνέχεια η Βουλγαρία και η Κύπρος είχαν το χαμηλότερο αριθμό ανά 1.000 κατοίκους το 2012. Από το 2000 ο αριθμός των νοσηλευτών ανά κάτοικο έχει αυξηθεί σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, εκτός από τη Λιθουανία και τη Σλοβακία. Η αύξηση αυτή ήταν πολύ έντονη στη Μάλτα, την Ισπανία και την Πορτογαλία. Στην Εσθονία ο απόλυτος αριθμός νοσηλευτών καθώς και ο αριθμός ανά κάτοικο αυξήθηκε μέχρι το 2008, αλλά μειώθηκε λίγο σε συνέχεια της οικονομικής κρίσης, από τους 6,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους το 2008 στους 6,2 το 2011 και το 2012.

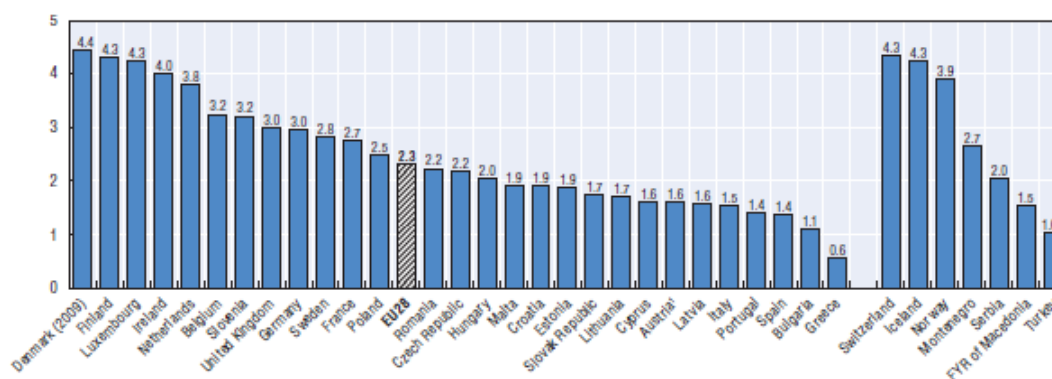
Διάγραμμα 3: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 κατ. & % μεταβολή μεταξύ 2000 και 2012



Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report



**Διάγραμμα 4: Σχέση νοσηλευτικό προς ιατρικό προσωπικό, 2012**



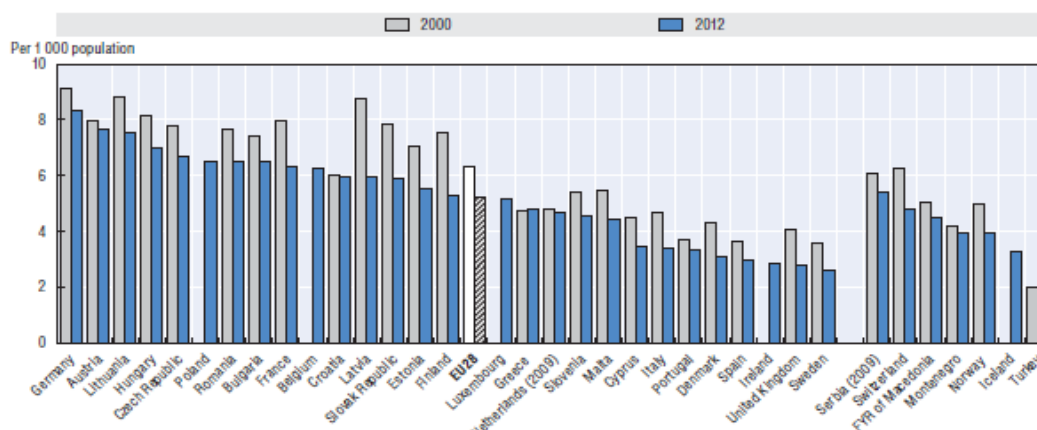
Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report

### 2.4.3 Εξέλιξη ανεπτυγμένων κλινών

Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους τα τελευταία χρόνια μειώθηκε, εκτός από την Ελλάδα, όπου αυξήθηκε λίγο μέχρι το 2010, όταν παρατηρείται μια σχετική μείωση. Κατά μέσο όρο στις χώρες της Ευρώπης σημειώθηκε μείωση σχεδόν 2% σε ετήσια βάση. Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους ήταν 6,4 το 2000 και μειώθηκε στις 5,2 το 2012. Η μείωση αυτή συνοδεύτηκε από μείωση στη μέση διάρκεια νοσηλείας και σε μερικές χώρες από μείωση των εισαγωγών και εξιτηρίων από τα νοσοκομεία. Σημαντική μείωση των κλινών παρατηρήθηκε στη Λετονία, τη Σλοβακία, την Εσθονία και τη Φινλανδία.

Εξετάζοντας την περίπτωση των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία, σημαντική μείωση, συγκρίνοντας στοιχεία του 2004 και του 2012, στον αριθμό των κλινών παρουσιάζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Φινλανδία, σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, ενώ ιδιαίτερα χαμηλή μείωση εμφανίζει η Εσθονία και η Αυστρία.

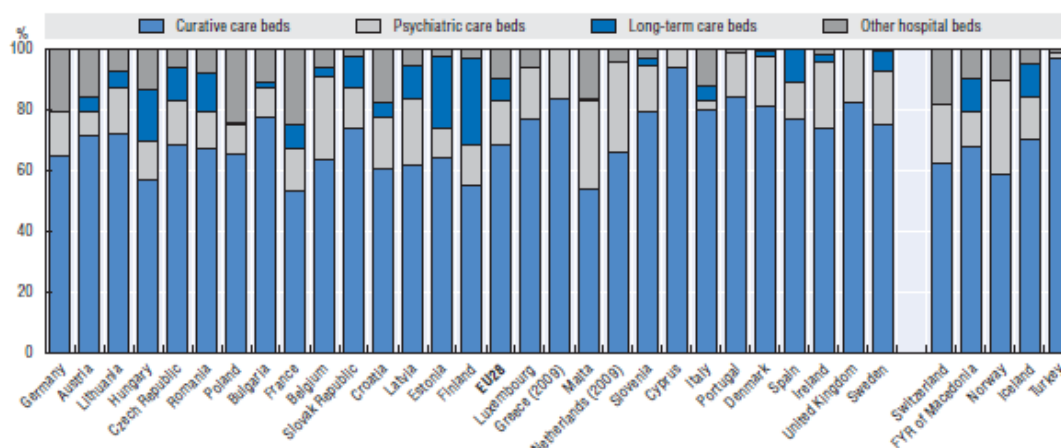
**Διάγραμμα 5: Αριθμός κλινών/1.000 κάτοικους, 2000 και 2012**



Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report



**Διάγραμμα 6: Αριθμός κλινών κατά κατηγορία νοσηλείας, 2012**



Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report

#### 2.4.4 Εξέλιξη Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας

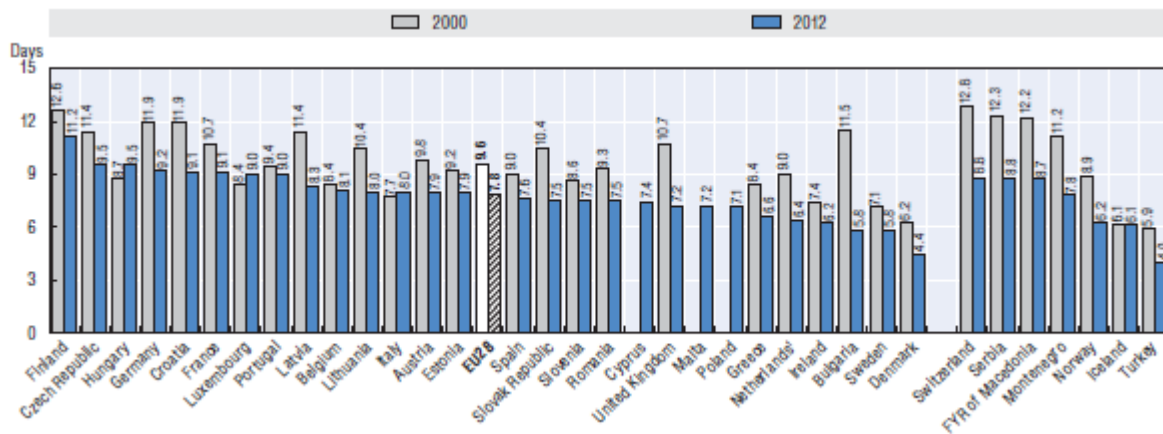
Το 2012 η χαμηλότερη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στα νοσοκομεία ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης για όλες τις αιτίες παρατηρήθηκε στη Δανία και τη Σουηδία. Η υψηλότερη ήταν στη Φινλανδία, τη Τσεχία, την Ουγγαρία και τη Γερμανία. Η ΜΔΝ έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, από 9,6 μέρες το 2000 σε 7,8 ημέρες το 2012. Ιδιαίτερα γρήγορη μείωση σημειώθηκε στη Βουλγαρία, τη Σλοβακία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία, όπου η ΜΔΝ ήταν σχετικά υψηλή.

Εξετάζοντας τη ΜΔΝ για συγκεκριμένες ασθένειες/περιπτώσεις, παρατηρείται ότι η ΜΔΝ για ένα φυσιολογικό τοκετό στις χώρες της Ευρώπης κυμαίνεται από δύο μέρες στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία, στις πέντε ημέρες στη Σλοβακία, τη Ρουμανία και την Ουγγαρία. Η ΜΔΝ για το φυσιολογικό τοκετό έχει μειωθεί σχεδόν σε όλες τις χώρες κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Όσον αφορά τη ΜΔΝ για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ήταν περίπου επτά ημέρες για το μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών το 2012. Η χαμηλότερη ΜΔΝ για τη συγκεκριμένη ασθένεια σημειώθηκε στη Δανία, τη Βουλγαρία και τη Σουηδία (λιγότερο από πέντε ημέρες) και η υψηλότερη στη Γερμανία (περισσότερο από δέκα ημέρες).

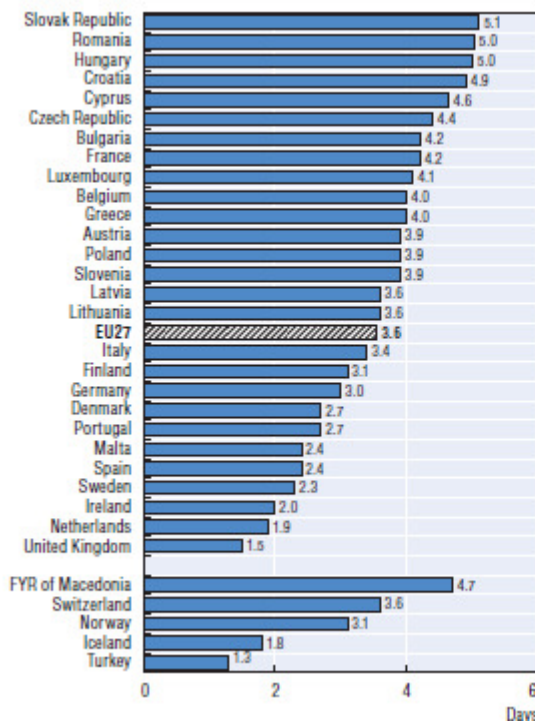


**Διάγραμμα 7: Μέση διάρκεια νοσηλείας για όλες τις αιτίες σε νοσοκομεία, 2000 & 2012**



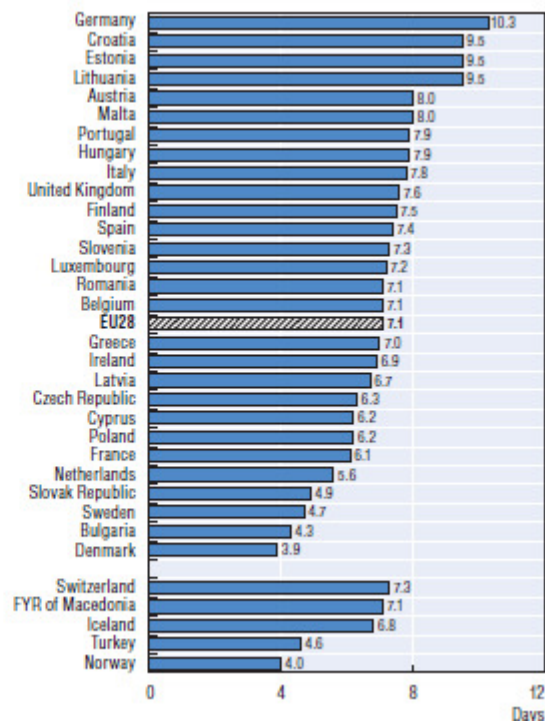
Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report

**Διάγραμμα 8: Μέση διάρκεια νοσηλείας για φυσιολογικό τοκετό**



Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report

**Διάγραμμα 9: Μέση διάρκεια νοσηλείας από οξύ έμφραγμα, 2012**



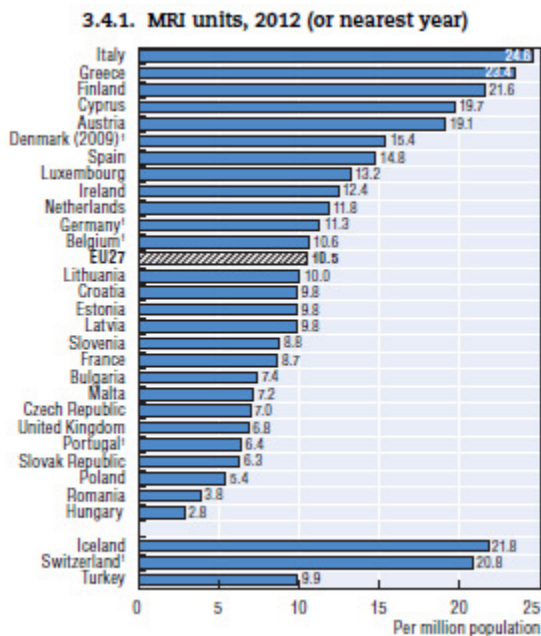
Πηγή: Health at a glance 2014, OECD report



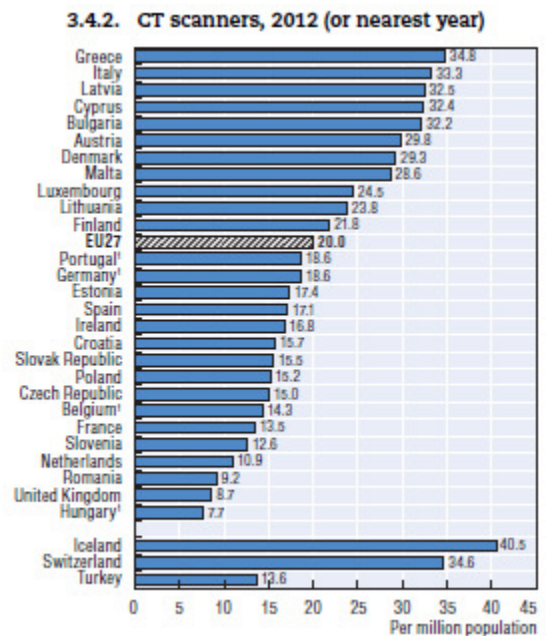
## 2.4.5 Εξέλιξη Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Η διαθεσιμότητα των αξονικών και των μαγνητικών τομογράφων έχει αυξηθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις στη χρήση των παραπάνω ιατρικών εργαλείων ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, αλλά και στις διάφορες περιοχές της κάθε χώρας.

**Διάγραμμα 10: Μαγνητικοί τομογράφοι/εκατομ. πληθυσμού, 2012**



**Διάγραμμα 11: Αξονικοί τομογράφοι/εκατομ. πληθυσμού, 2012**



Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2012), η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των χωρών με την υψηλότερη αναλογία τόσο σε μαγνητικούς όσο και αξονικούς τομογράφους.



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

# Η εξέλιξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα

### 3.1 Η εξέλιξη του ΕΣΥ και οι προσπάθειες μεταρρύθμισής του

#### 3.1.1 Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ τη δεκαετία του 1980

Κατά τη δεκαετία του 1980 μία από τις βασικότερες προτεραιότητες στην Ελλάδα ήταν η αναμόρφωση του συστήματος υγείας της χώρας. Ο Ν. 1397/1983, με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το ΕΣΥ, τονίζει ότι «η παροχή της φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, πρέπει να στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, να εξασφαλίζει για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτου κοινωνικής και οικονομικής θέσης, ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη». Βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής ήταν η αποκέντρωση, η άσκηση κοινωνικού ελέγχου, η ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενιαίου προγραμματισμού και ίσης κατανομής πόρων, η έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθώς και η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Σύμφωνα με το Ν. 1397/1983, η χώρα διαιρέθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας συστάθηκε Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ) ως όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό και άσκησης ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος. Με προηγούμενο νόμο, το Ν. 1278/1982, είχε συσταθεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) ως γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας. Τα νοσοκομεία





μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ και απαγορεύτηκε η ίδρυση και η επέκταση ιδιωτικών κλινικών. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν σε περιφερειακά, τα οποία διέθεταν όλες τις ειδικότητες και παρείχαν ιατρική εκπαίδευση, και νομαρχιακά, τα οποία κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού. Καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ιδρύθηκαν τα αγροτικά κέντρα υγείας.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητη τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας στις υπηρεσίες υγείας της χώρας. Ωστόσο, δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει επαρκώς ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης/διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης (Tsalikis, 1988; Liaporoulos, 1998). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιες ρυθμίσεις του νέου θεσμικού πλαισίου δεν εφαρμόστηκαν, κάποιες άλλες είχαν συνέπειες που δεν υπολογίστηκαν καθώς επίσης και για ορισμένα ζητήματα δεν υπήρχε καμία πρόβλεψη.

Στις μη εφαρμοζόμενες ρυθμίσεις εντάσσεται η **αδυναμία ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**. Ο Ν. 1397/83 προέβλεπε την αντικατάσταση όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης από κέντρα υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Τελικά, πραγματοποιήθηκε μόνο η ίδρυση κέντρων υγείας αγροτικού τύπου. Επιπροσθέτως, τα ΠΕΣΥ δεν συστάθηκαν, με αποτέλεσμα, αν και η περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων βελτιώθηκε στο διάστημα 1981-1989 διευκολύνοντας την πρόσβαση των πολιτών, να εξακολουθήσουν να υφίστανται ανισότητες (Νιάκας, 1993; Οικονόμου κ.ά., 2000).

Αναφορικά με τις απρόβλεπτες συνέπειες, και λόγω της αδυναμίας του δημόσιου τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, σημειώνεται η **έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων**, με αμφίβολη ποιότητα υπηρεσιών και υψηλό κόστος συμβάσεων για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ένα σημαντικό ζήτημα που δεν προβλέφθηκε στο Ν. 1397/83 ήταν η **χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας**. Στο νόμο θεσμοθέτησης του ΕΣΥ δεν υπάρχει καμία διάταξη που να ρυθμίζει την κατανομή των οικονομικών πόρων, τις πηγές χρηματοδότησης και τις μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας. Η μη ενοποίηση των ταμείων και η μη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα είχε ως αποτέλεσμα την απουσία σαφών αρχών χρηματοδότησης του συστήματος, τη δημιουργία ελλειμμάτων και την αγνόηση της σημασίας των μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας.



### 3.1.2 Το πρώτο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του '90

Στη δεκαετία 1980 σημειώθηκε αύξηση και αναβάθμιση των υγειονομικών υποδομών (κτιριακές εγκαταστάσεις, ιατρικός τεχνολογικός εξοπλισμός), αύξηση του απασχολούμενου υγειονομικού δυναμικού και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας καθώς και της πρόσβασης σε αυτές, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Κατασκευάστηκαν πάνω από 180 αγροτικά κέντρα υγείας, τρία νέα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Πάτρας, Ιωαννίνων και Ηρακλείου) και νομαρχιακά νοσοκομεία. Ωστόσο, η χρηματοδότηση και ο έλεγχος των δαπανών, η διοίκηση και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα αστικά κέντρα δεν εμφάνισαν βελτιώσεις, με αποτέλεσμα το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας στις αρχές του 1990 να αντιμετωπίζει σοβαρές αδυναμίες.

Τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες και εμφάνιζαν ελλείμματα στον προϋπολογισμό τους. Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών ερχόταν σε αντίθεση με την αρχή της δίκαιης χρηματοδότησης και της ισοτιμίας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Οι μηχανισμοί αποτίμησης αναγκών και διαμόρφωσης προτεραιοτήτων ήταν υπανάπτυκτοι. Η απουσία μηχανισμών σχεδιασμού και συντονισμού καθώς και η περιορισμένη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα είχαν ως συνέπεια την άνιση περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων. Η ανορθολογική πολιτική τιμολόγησης των υπηρεσιών και αποζημίωσης των προμηθευτών ενθάρρυναν την ανάπτυξη της παραοικονομίας (Sissouras et al., 1994; Liaporoulos, 1998).

Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1990 είχαν ως πρωταρχικούς στόχους την ελευθερία επιλογής υπηρεσιών από τους ασθενείς, συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αποκέντρωση και αποτελεσματικότερη διοίκηση, προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και έλεγχο των δαπανών υγείας. Παρ' όλα αυτά, δεν υπήρχε ολοκληρωμένο σχέδιο πολιτικής. Εκπονήθηκαν μελέτες οι οποίες δεν εφαρμόστηκαν και συντάχθηκαν νομοσχέδια τα οποία δεν ψηφίστηκαν. Ορισμένες προτάσεις που κατατέθηκαν ήταν οι εξής: εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών νοσηλευτικών υπηρεσιών, ίδρυση ενιαίου φορέα υγείας, θεσμοθέτηση του γενικού οικογενειακού γιατρού αμειβόμενου με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του ασθενών κατά το βρετανικό πρότυπο ή εγκαθίδρυση δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά το γαλλικό πρότυπο.

Ο Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προέβλεπε την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις Νομαρχίες και τη χρηματοδότησή τους από αυτές, τη δυνατότητα επιλογής των γιατρών του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης



και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής, την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, την ελευθερία επιλογής ιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες, την υιοθέτηση χάρτη δικαιωμάτων του ασθενή, την αύξηση των νοσηλίων και τη θέσπιση εισιτηρίου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για εισαγωγή, την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στην αγορά φαρμάκων, την εισαγωγή του θεσμού του μάντζερ στα νοσοκομεία και τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Επιπροσθέτως, δόθηκαν φορολογικά κίνητρα για τη σύναψη από τους πολίτες συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Δύο χρόνια αργότερα, και λόγω αλλαγής του πολιτικού σκηνικού, ψηφίστηκε ο **N. 2194/1994** ο οποίος επανέφερε σε ισχύ τις διατάξεις του Ν. 1397/1983 σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών, καταργώντας τη δυνατότητα μερικής απασχόλησης και μετατρέποντας πάλι τα κέντρα υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Δεν καταργήθηκε η δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα και παρέμειναν τα μέτρα συμμετοχής του ασθενή στο κόστος περίθαλψης.

Οι δύο προαναφερθέντες νόμοι είχαν περισσότερο το χαρακτήρα διορθωτικών παρεμβάσεων στο ΕΣΥ και δεν δόθηκαν λύσεις στα προβλήματα χρηματοδότησης και κατανομής πόρων, διοίκησης, ελέγχου κόστους και ποιότητας υπηρεσιών καθώς και εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Το **1995** κατατέθηκε το **σχέδιο Κρεμαστινού**, το οποίο βασίστηκε στις θέσεις οι οποίες διατυπώθηκαν στο πόρισμα της Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων και εξειδικεύτηκαν από τρεις ομάδες Ελλήνων εμπειρογνομόνων (Δερβένης και Πολύζος, 1995<sup>1</sup> Σισσούρας κ.ά., 1995<sup>2</sup> Μωραΐτης κ.ά., 1995<sup>3</sup>). Το συγκεκριμένο σχέδιο προέβλεπε τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων, την εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, την αλλαγή της οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων, την εισαγωγή του γενικού οικογενειακού ιατρού, την έμφαση στην πρόληψη και την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, τη σύνταξη θετικής λίστας φαρμάκων και την υιοθέτηση τιμών αναφοράς, τη συνεχόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και την εφαρμογή μέτρων ποιοτικού ελέγχου, όπως σύσταση επιτροπών αξιολόγησης στα νοσοκομεία και ίδρυση εθνικού οργανισμού αξιολόγησης.

Λόγω αλλαγής του κυβερνητικού σχήματος, το σχέδιο Κρεμαστινού δεν εφαρμόστηκε και κατατέθηκε νέο σχέδιο από τους **Πεπονή και Παπαδέλη (1996)**. Το νέο σχέδιο πρότεινε την εφαρμογή περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών, τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων



μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών, την ενθάρρυνση των ταμείων για εισαγωγή του θεσμού του γενικού ιατρού, την αναβάθμιση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, την ίδρυση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας και τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Και πάλι αυτό το σχέδιο μπήκε στο συρτάρι λόγω προκήρυξης εκλογών.

Το 1997 εκδίδεται ο **N. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ**. Ο νόμος προέβλεπε βελτιωτικές κινήσεις αναφορικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών, την οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ, τη διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων, την αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, της δημόσιας υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ορισμένες από τις καινοτόμες διατάξεις του νόμου ήταν οι ακόλουθες: σύσταση στο Υπουργείο Υγείας ειδικής υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, ίδρυση νοσοκομειακών επιτροπών για τα δικαιώματα των ασθενών, σύσταση επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας, λειτουργία περιφερειακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας, ίδρυση διεύθυνσης σχολικής υγιεινής και περιφερειακών γραφείων σχολικής υγείας, σύσταση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών, εγκαθίδρυση Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας και Συμβουλίου Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας για τη διοίκηση του ΕΣΥ, διορισμό γενικών διευθυντών νοσοκομείων (managers), οργάνωση μονάδων αποκατάστασης στα νοσοκομεία, ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας, λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία και θεσμοθέτηση του γενικού γιατρού. Και σ' αυτήν την περίπτωση, ο Ν. 2519/ 1997 δεν εφαρμόστηκε.

### 3.1.3 Το δεύτερο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του 2000

Κατά τη δεκαετία του 2000 πραγματοποιήθηκαν **δύο γύροι μεταρρυθμίσεων**. Ο πρώτος γύρος μεταρρυθμίσεων περιλαμβάνει τη νομοθεσία που ψηφίστηκε στο διάστημα **2001-2004** από την τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση και ο δεύτερος γύρος τη νομοθεσία της περιόδου **2005-2007** που πέρασε η συντηρητική κυβέρνηση.

#### 3.1.3.1 Πρώτος γύρος μεταρρυθμίσεων 2001-2004

Τον Ιούλιο του **2000** δόθηκε στη δημοσιότητα το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ **«Υγεία για τον Πολίτη»**, στο οποίο καταγράφονταν 200 περίπου μέτρα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Σκοπός του εγχειρήματος ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των Ελλήνων



πολιτών, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης. Πρωταρχικοί στόχοι του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποτελούσαν «η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες, η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, η διοικητική αποκέντρωση και περιφερειακή ανάπτυξη, η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα και η αλλαγή των όρων απασχόλησης των ιατρών, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών πόρων, η ενοποίηση των πόρων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος στην παροχή των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και η άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής και πολιτικής υγείας» (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000).

Το συγκεκριμένο σχέδιο προέβλεπε την ίδρυση του **Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ)**, ο οποίος θα διαχειριζόταν τα έσοδα των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων υγείας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) και θα παρείχε μια βασική δέσμη υπηρεσιών υγείας κοινή για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης, προέβλεπε τη σύσταση του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της έρευνας, της εκπαίδευσης, της δημόσιας υγείας και της ιατρικής πληροφορικής τεχνολογίας .

Κριτική στις προτάσεις του παραπάνω σχεδίου ασκήθηκε από το συνδικαλιστικό κίνημα, μέσω του επιστημονικού του φορέα (ΙΝΕ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 2000), λόγω της απουσίας αναγκαίων οικονομοτεχνικών μελετών για τον προσδιορισμό του κόστους των αλλαγών και των πηγών χρηματοδότησής τους καθώς και το βαθμό συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού. Δεν δινόταν απάντηση για τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Επίσης, δεν προσδιοριζόταν εάν στη διοίκηση των περιφερειακών δομών θα περιλαμβάνονταν εκπρόσωποι των κοινωνικών φορέων υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση αυτών από την εκάστοτε κυβέρνηση. Ενστάσεις εκφράστηκαν και ως προς τη λειτουργία του ΟΔΙΠΥ. Δύσκολη θεωρείτο και η μετατροπή των πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε αστικά κέντρα υγείας και η μετέπειτα ένταξή τους στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι αυτά αποτελούσαν περιουσία του ΙΚΑ που ανήκει στους ασφαλισμένους του. Τέλος, η λειτουργία απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία θα οδηγούσε σε αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (ΙΝΕ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 2000).

Το χρονοδιάγραμμα που έθεσε το Υπουργείο για την ολοκλήρωση του νομοθετικού πλαισίου και την έκδοση όλων των απαραίτητων νόμων μέχρι το τέλος του 2001 δεν τηρήθηκε. Έτσι υλοποιήθηκαν μόνο ορισμένες μεταρρυθμίσεις. Ειδικότερα, με το **N. 2889/2001 για τη**



**βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ** συστάθηκαν περιφερειακές αρχές υγείας, προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης και χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, εισήχθη ο θεσμός των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία και θεσπίστηκαν νέες εργασιακές σχέσεις για τους ιατρούς που απασχολούνται σε αυτά. Η χώρα διαιρέθηκε σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ).

Αργότερα, με το **Ν. 3106/2003 για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών πρόνοιας**, αποκεντρώθηκαν και **εκχωρήθηκαν οι αρμοδιότητες της κοινωνικής πρόνοιας στα ΠεΣΥ**, τα οποία μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠ. Κάθε ΠεΣΥΠ διοικείται από δεκαμελές συμβούλιο και ήταν υπεύθυνο για το σχεδιασμό, το συντονισμό, τη στελέχωση, τον οικονομικό έλεγχο και την παρακολούθηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας της γεωγραφικής του εμβέλειας.

Με το προηγούμενο καθεστώς, τα νοσοκομεία ήταν ΝΠΔΔ υπαγόμενα στην επίβλεψη του Υπουργού Υγείας και οι διοικητές τους ήταν πολιτικά διορισμένα πρόσωπα χωρίς την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση και διοικητική εμπειρία. Αντίθετα, με το νέο νόμο, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες αλλά διοικητικά και οικονομικά αυτόνομες μονάδες των ΠεΣΥΠ, διοικούμενα από έναν Διοικητή πενταετούς θητείας και ένα Διοικητικό Συμβούλιο αποτελούμενο από τους διευθυντές της διοικητικής, της ιατρικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τον πρόεδρο του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Οι νεοπροσλαμβανόμενοι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων αποκτούσαν το δικαίωμα μονιμοποίησης εφόσον για την πλήρωση της συγκεκριμένης θέσης είχαν επιλεγεί για δύο συνεχόμενες πενταετείς θητείες. Στους πανεπιστημιακούς ιατρούς δόθηκε η δυνατότητα επιλογής είτε να παραμείνουν στο ΕΣΥ λαμβάνοντας μια επιπλέον αμοιβή και έχοντας το δικαίωμα συμμετοχής στα απογευματινά ιατρεία είτε να μπορούν να ασκούν ιδιωτική πρακτική, χάνοντας όμως το δικαίωμα να γίνουν διευθυντές κλινικών του ΕΣΥ.

Με το **Ν. 2955/2001** υιοθετήθηκε ένα νέο **ρυθμιστικό πλαίσιο για τις διαδικασίες προμηθειών των μονάδων υγείας των ΠεΣΥ**. Σύμφωνα με αυτόν, τα νοσοκομεία και τα ΠεΣΥ ήταν πλέον υποχρεωμένα να καταρτίζουν ένα ετήσιο σχέδιο προμηθειών και οι συμβάσεις προμηθειών μπορούσαν να συνάπτονται και να εκτελούνται είτε από το Υπουργείο Ανάπτυξης, είτε από τα ΠεΣΥ, είτε από τα νοσοκομεία, ανάλογα με τον αριθμό και το είδος των προμηθειών.

Ο **Ν. 3172/2003 για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας** προέβλεπε τη σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ως γνωμοδοτικού και συμβουλευτικού οργάνου, καθώς και της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας μέσα στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με σκοπό την ανάπτυξη και εφαρμογή μέτρων για την υλοποίηση της εθνικής πολιτικής δημόσιας



υγείας, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Επίσης, υπήρχαν ρυθμίσεις για την ανάπτυξη του Χάρτη Υγείας της χώρας, για την ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων.

Μια άλλη σημαντική νομοθετική παρέμβαση ήταν ο **N. 2920/2001**, σύμφωνα με τον οποίο συστάθηκε, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας υπαγόμενο απευθείας στον Υπουργό, με σκοπό τη διενέργεια επιθεωρήσεων και ελέγχων σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του Υπουργείου Υγείας.

Με το **N. 3029/2002 για τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης** προβλέφθηκε η σύσταση και λειτουργία επαγγελματικών ταμείων ασφάλισης, τα οποία παρέχουν εθελοντική ασφαλιστική κάλυψη στους δικαιούχους τους και χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.

Ο **N. 3235/2004 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** θεσπίζει την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και εισαγάγει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και του προσωπικού νοσηλευτή. Ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης. Επίσης, ανέπτυξε μηχανισμούς πιστοποίησης των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δινόταν η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι Νόμοι 3172/2003 και 3235/2004 καταργήθηκαν μετά την αλλαγή κυβέρνησης που σημειώθηκε το 2004 και η ίδρυση του ΟΔΙΠΥ δεν προχώρησε.

Στα πλαίσια του Προγράμματος Σταθερότητας και Ανάπτυξης 2004-2007, το οποίο υποβλήθηκε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, γινόταν η επισήμανση ότι η μεταρρυθμιστική προσπάθεια είχε ως στόχο την εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας και απέβλεπε στην αντιμετώπιση των τριών ακόλουθων ζητημάτων:

1. Τη διαχείριση του χρέους των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές, μέσω της αναδιάρθρωσής του, της υιοθέτησης ενός συγκεντρωτικού συστήματος διαχείρισης των προμηθειών του δημοσίου και της ανάπτυξης ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος λογιστικής παρακολούθησης για όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα κέντρα υγείας, που στο τέλος κάθε οικονομικού έτους θα έπρεπε να παρουσιάζουν ισολογισμούς.
2. Τη μείωση του κόστους, με τη χρήση πληροφορικής, την εφαρμογή σύγχρονων διοικητικών μεθόδων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και την εισαγωγή νέων μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.



3. Την προώθηση συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Προώθηση συνεργασίας μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων στον τομέα των υπηρεσιών νοσηλείας καθώς και της κατασκευής δημόσιων νοσοκομείων μέσω συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και ιδιωτικών χρηματοοικονομικών πρωτοβουλιών.

### 3.1.3.2 Δεύτερος γύρος μεταρρυθμίσεων 2005-2007

Οι πρωτοβουλίες που αναλήφθηκαν κατά την περίοδο 2005-2007 ήταν μάλλον αμφιλεγόμενες. Από τις παραπάνω προθέσεις και διακηρύξεις μόνο ένα μικρό μέρος υλοποιήθηκε.

Ο **N. 3329/2005** κατήργησε οποιαδήποτε προσπάθεια επιστημονικής διαχείρισης διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων είχε γίνει μετά το 2001 και επανέφερε τα προηγούμενα πρότυπα διοίκησης. Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους, οι νέοι μηχανισμοί τιμολόγησης και κοστολόγησης, οι διαδικασίες ελέγχου και η εισαγωγή ηλεκτρονικών λογιστικών συστημάτων αγνοήθηκαν παντελώς. Τα ΠεΣΥΠ μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και ο αριθμός τους μειώθηκε από 17 σε 7 για την επίτευξη οικονομικών κλίμακας. Η αλλαγή αυτή παρουσίαζε δύο βασικά μειονεκτήματα. Πρώτον, οι αρμοδιότητες των ΔΥΠΕ περιορίστηκαν σε εποπτικό και συμβουλευτικό ρόλο και, δεύτερον, τα πέντε από τα επτά μέλη των διοικητικών συμβουλίων των ΔΥΠΕ ήταν διορισμένα από τον Υπουργό ή τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας. Με αυτό τον τρόπο, η διαχείριση και ο έλεγχος του συστήματος υγείας παρέμενε στο Υπουργείο Υγείας (Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, 2005).

Ακολούθησε ο **N. 3370/2005** για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με τον οποίο θεσμοθετήθηκε η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας, με έργο τους την εφαρμογή μέτρων στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Επιπροσθέτως, ιδρύθηκε το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ) με αποστολή το συντονισμό των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν τη δημόσια υγεία και το συντονισμό των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων. Ένα επιπλέον όργανο που συστάθηκε ήταν το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ) ως επιστημονικό συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, καθώς και εποπτικό και συντονιστικό σώμα των φορέων δημόσιας υγείας.

Στη συνέχεια εκδόθηκε ο **N. 3457/2006** για τη ρύθμιση της αγοράς φαρμάκου, ο οποίος περιείχε δύο σημαντικές διατάξεις. Η πρώτη ήταν η κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων,





η αποζημίωση δηλαδή από το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία της δαπάνης για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων και χορηγούμενων με ιατρική συνταγή φαρμάκων. Η δεύτερη διάταξη ήταν η θεσμοθέτηση της Τιμής Ανάκτησης. Βάσει της Τιμής Ανάκτησης επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρίες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο Δημόσιο το χρηματικό ποσό που αντιστοιχεί στο γινόμενο της Τιμής Ανάκτησης των φαρμάκων επί την ποσότητα των φαρμάκων των οποίων η δαπάνη καλύφθηκε από το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία. Έτσι, οι ασφαλιστικοί φορείς επιβαρύνονται με την εκάστοτε λιανική τιμή του φαρμάκου μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου καθώς και κατά το αντίστοιχο ποσό ανάκτησης.

Οι δύο προαναφερθείσες διατάξεις δεν παρείχαν κίνητρα στους γιατρούς να αλλάξουν τη συνταγογραφική τους συμπεριφορά. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετώπιζαν καθυστερήσεις στην είσπραξη από τις φαρμακευτικές εταιρίες των ποσών που τους αναλογούσαν από τις τιμές ανάκτησης. Ένα εναλλακτικό μέτρο για τη μείωση του κόστους φαρμάκων θα μπορούσε να είναι η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων.

Τέλος, ο **N. 3580/2007** για τον **εξορθολογισμό του συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων** εισήγαγε τη διενέργεια των προμηθειών σε κεντρικό επίπεδο με τη σύσταση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ). Η ΕΠΥ έχει την ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος προμηθειών στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και στο έργο της συνεπικουρείται από το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ) και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ).

### 3.1.4 Οι εξελίξεις στο ΕΣΥ μετά την υπογραφή του Μνημονίου

Η διεθνής εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων έχει δείξει ότι απότομες και ξαφνικές αλλαγές δεν συνιστούν τον πιο κατάλληλο τρόπο αποτελεσματικής αναδιοργάνωσης ενός συστήματος υγείας (Figueras et al., 1997· Figueras et al., 2004). Η μεγάλης εμβέλειας αναδόμηση που επιχειρείται σήμερα στην Ελλάδα ακολουθεί το δόγμα του «σοκ».

Μετά το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 και την υπογραφή του Μνημονίου ακολούθησε η εφαρμογή σκληρών πολιτικών λιτότητας και ο περιορισμός των κοινωνικών παροχών. Ένας σημαντικός αριθμός μεταρρυθμίσεων συντελείται στον τομέα της υγείας, που όμως δεν είναι ξεκάθαρο αν αποσκοπούν στον



εξορθολογισμό του τρόπου λειτουργίας του ΕΣΥ ή στον περιορισμό του δημοσιονομικού βάρους που επιφέρει.

Ο Ν. **3863/2010**, ο οποίος αφορούσε συνταξιοδοτικές διατάξεις, αποτέλεσε την αρχή. Με το νόμο αυτό τα ταμεία και οι κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προβλέφθηκε η σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός Συμβουλίου Συντονισμού. Σκοπός του Συμβουλίου είναι ο σχεδιασμός ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και ο καθορισμός των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί περιορισμός της δαπάνης.

Ο Ν. **3868/2010** επανέφερε τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων (Ν. 2889/2001) και καθιέρωσε την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Με το μέτρο αυτό μειώνονται οι λίστες αναμονής. Επειδή όμως προϋποθέτει την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον ασθενή, δημιουργεί συνθήκες άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Ο Ν. **3892/2010** αφορά στην ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Το μέτρο αυτό κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση, αφού η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς. Αν και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι υποχρεωτική από τον Αύγουστο του 2011, δεν έχει ακόμη επιτευχθεί η πλήρης εφαρμογή της σε όλο το σύστημα υγείας.

Οι πιο σημαντικές αλλαγές για το ελληνικό σύστημα υγείας περιγράφονται στο Ν. **3918/2011** και αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, στην ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και, τέλος, στα φάρμακα.

Οι προμήθειες υγείας θα προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ), η οποία θα καθορίζει:

α) Ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών θα διενεργηθούν σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ή Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο.

β) Το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας.



γ) Την αναθέτουσα αρχή, η οποία αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού, τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης.

Ο ρόλος της ΣΕΠ είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας (Γεωργιάδης, 2012).

Στον **ΕΟΠΥΥ** εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του **ΙΚΑ**, του **ΟΓΑ**, του **ΟΠΑΔ** και του **ΟΑΕΕ**, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι η λειτουργία του με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους. Σε αυτό το σημείο πρέπει να δοθεί προσοχή ώστε η ομογενοποίηση των παροχών να επιφέρει και βελτίωση του επιπέδου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μείωση του κόστους (Γεωργιάδης, 2012).

Η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ εξασφαλίζει την οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας, την εξοικονόμηση πόρων και τη διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.

Σύμφωνα με το **Ν. 3816/ 2010** θεσμοθετείται η **κατάρτιση θετικής λίστας φαρμάκων**, βάσει της οποίας το δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης εγκρίνουν και εξοφλούν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα που περιέχονται στην εν λόγω λίστα. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία, η οποία αποτελεί την ανώτατη τιμή αποζημίωσης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης των θεραπευτικών προϊόντων ολόκληρης της θεραπευτικής κατηγορίας. Το αποτέλεσμα είναι η μείωση των τιμών των φαρμάκων. Παράλληλα, έχει καταρτιστεί και **αρνητική λίστα φαρμάκων**, η οποία περιέχει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Φάρμακα που εντάσσονται στην αρνητική λίστα είναι όσα ανήκουν στο σύγχρονο τρόπο ζωής, έχουν εγκριθεί ως πιθανώς ή δυνητικώς αποτελεσματικά και δεν τεκμηριώνεται η αποτελεσματικότητά τους από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Ο **Ν. 3918/2011** για τα φάρμακα και τον εξορθολογισμό των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων προβλέπει μια σειρά παρεμβάσεων, όπως η καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ο καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης και ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιριών προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα



δημόσια νοσοκομεία στο ύψος της διαφοράς της τιμής κοινωνικής ασφάλισης από την τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, η μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών, η αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, η δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρίας, η προμήθεια των φαρμάκων στη νοσοκομειακή τιμή για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και για τα ΝΠΔΔ που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η μείωση του μικτού ποσοστού κέρδους των εμπορών φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης κατά το ένα τρίτο του ισχύοντος ποσοστού, η μεταφορά του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων και της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας στο Υπουργείο Υγείας και η μεταφορά των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας που αφορούν θέματα φαρμακευτικής πολιτικής στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Γεωργιάδης, 2012).

Στις αρχές του **Ιουλίου του 2011** παρουσιάστηκε μια ακόμα θεμελιώδης παρέμβαση που αφορά τη λειτουργική **αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ**. Στόχοι αυτής της παρέμβασης είναι η συνδιοίκηση νοσοκομείων, η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή κοντινών νοσοκομείων, η μετατροπή μικρών μονάδων σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας, η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες και η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων. Σκοπός της συγκεκριμένης αναδιάταξης είναι η επίτευξη οικονομικών κλίμακας, η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας, η μείωση των εφημεριών, η μείωση των απαιτήσεων σε αποθέματα φαρμάκων και υγειονομικού υλικού κ.ο.κ.

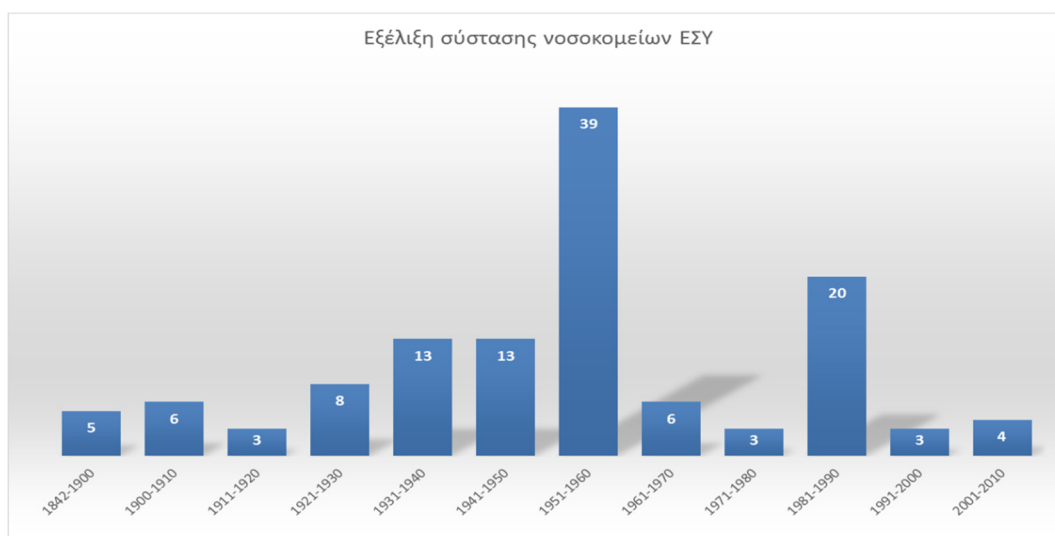
Σήμερα στην Ελλάδα ο Τομέας της Υγείας συνεχίζει να επηρεάζεται πολύπλευρα τόσο από τάσεις καθολικού και παγκόσμιου χαρακτήρα (ανάπτυξη ιατρικής τεχνολογίας, νέες ιατρικές πρακτικές κ.λπ.) όσο και από παθογένειες του παρελθόντος οι οποίες και συνέβαλαν ώστε οι μεταρρυθμίσεις να μείνουν «μετέωρες» και ανεφάρμοστες (Σισσούρας, 2012), ενώ η σοβαρή οικονομική και κοινωνική κρίση που διέπει τη χώρα σήμερα έχει σημαντικές επιπτώσεις σε όλη τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η ταχύτερη του ευρωπαϊκού μέσου όρου γήρανση του πληθυσμού (από 17,5% το 2009 σε άνω του 22% το 2020 και 35% το 2050) που οδηγεί σε προοπτική ραγδαίας και επικίνδυνης αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, ως απόρροια της σημερινής κρίσης παρατηρείται σοβαρή επιδείνωση μιας σειράς κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που διεθνώς θεωρούνται ως σημαντικοί προσδιοριστικοί της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, όπως το εισόδημα και η πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση, οι οποίοι αναμένεται να επιβαρύνουν



σημαντικά το σύστημα υγείας.

Συνεπώς, τίθεται επιτακτικά η ανάγκη εφαρμογής καθοριστικών διαρθρωτικών παρεμβάσεων για την αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των δημόσιων μονάδων υγείας προκειμένου να διασφαλισθεί τόσο η παραγωγικότερη και ορθολογική χρήση των περιορισμένων πόρων όσο και η ισότιμη πρόσβαση στη νοσοκομειακή φροντίδα και η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

**Διάγραμμα 12: Εξέλιξη σύστασης νοσοκομείων ΕΣΥ, 2011**



Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης (2011), Ίδιοι υπολογισμοί

Σημ: Δεν περιλαμβάνονται το ΓΝ Χαλκίδας καθώς και τα ψυχιατρικά και στρατιωτικά νοσοκομεία



### 3.2 Η στρατηγική του ΥΥΚΑ στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2007-2013

Το **Όραμα** του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο 2007-2013 αφορά «τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της χώρας μέσω της προώθησης του οργανωτικού, λειτουργικού και οικονομικού εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

Με βάση το Όραμα του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαμορφώνονται οι παρακάτω **Στρατηγικοί Στόχοι**:

1. **Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού** μέσω της δημιουργίας των κατάλληλων προϋποθέσεων για την προστασία και προαγωγή της υγείας με απώτερο στόχο την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού συνδέεται άρρηκτα με την πρόληψη, την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και τον περιορισμό ή την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου της δημόσιας υγείας.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του πρώτου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Χάραξη εθνικής πολιτικής και καθορισμός στόχων για τη Δημόσια Υγεία.
- Αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
- Ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες.

2. **Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ανταγωνιστικότητά του.

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα κατατάσσεται στα δαπανηρότερα και αναποτελεσματικότερα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η ικανοποίηση ασθενών δεν αντανακλά το υψηλό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προτεραιότητα αποτελούν ο εξορθολογισμός της λειτουργίας και της γεωγραφικής κατανομής των μονάδων υγείας με σκοπό την αύξηση της ανταποδοτικότητας και την ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Απαραίτητη κρίνεται η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών με διαδικασίες πιστοποίησης, προτυποποίησης και αξιολόγησης.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του δεύτερου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:



- Οικονομική εξυγίανση του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Βελτίωση των υποδομών και του εξοπλισμού των μονάδων υγείας.
- Ορθολογική γεωγραφική τοποθέτηση των μονάδων υγείας.
- Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Προβολή και αναβάθμιση της επικοινωνιακής πολιτικής του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. **Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και των προνοιακών πολιτικών** μέσω της προώθησης ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ενσωμάτωσης έναντι των παθητικών πολιτικών πρόνοιας.

Η πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία κρίνεται απαραίτητη για τη βελτίωση της κοινωνικής συνοχής και την καταπολέμηση των διακρίσεων καθώς και την αναβάθμιση του επιπέδου της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού μέσω μηχανισμών πρόληψης, φροντίδας, αποκατάστασης και ένταξης.

Η προώθηση της ισότητας επιτυγχάνεται μέσω της λειτουργίας ποικίλων δομών Κοινωνικής Φροντίδας (Βρεφονηπιακοί/Παιδικοί Σταθμοί, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών κ.λπ.), οι οποίες επιτρέπουν την πρόσβαση των γυναικών στην αγορά εργασίας, καθώς απομπλέκονται από αυξημένες υποχρεώσεις (ανατροφή παιδιών, φροντίδα ηλικιωμένων προσώπων).

Παλαιότερες δομές όπως το Δίκτυο Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (ΚΔΑΠ), οι παιδικοί/βρεφονηπιακοί σταθμοί ολοκληρωμένης φροντίδας και ΑμεΑ, οι Δομές Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, πρέπει να ενισχυθούν και να καλύψουν και άλλες ευπαθείς ομάδες σε ευρύτερες γεωγραφικές περιοχές.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του τρίτου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:



- Ενεργητική ένταξη στην αγορά εργασίας και πρόληψη του αποκλεισμού ευπαθών ατόμων και ομάδων.
- Πρόσβαση σε ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες και καταπολέμηση των διακρίσεων μεταξύ χρηστών κοινωνικών υπηρεσιών.
- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας και προώθηση της ισότητας των φύλων.

4. **Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - e-Health & Health Care**, ο οποίος αφορά στην ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος, στην αναβάθμιση και προώθηση σύγχρονων και ποιοτικών ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με έμφαση στις ανάγκες του πολίτη, στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας με άλλους συμπληρωματικούς τομείς και στη βελτίωση της καθημερινότητας του πολίτη.

Οι πληροφοριακές υποδομές των νοσοκομείων θα πρέπει να εξασφαλίζουν την επικοινωνία μεταξύ πληροφοριακών συστημάτων και την παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των φορέων υγείας (πληροφοριακά portals, κοινές υπηρεσίες ραντεβού κ.λπ.).

Η εφαρμογή τεχνικών ψηφιοποίησης και τηλεϊατρικής θα επιτρέψει την εξ αποστάσεως ενημέρωση και παρακολούθηση ατόμων που χρήζουν περίθαλψης και φροντίδας (e-health).

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του τέταρτου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Ενίσχυση της συνεργασίας και της διαλειτουργικότητας πληροφοριακών συστημάτων σε ευρωπαϊκό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Δημιουργία σύγχρονων και καινοτόμων υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας βασισμένων στις ΤΠΕ.
- Ενιαίες υπηρεσίες e-Health προς όφελος του πολίτη χωρίς αποκλεισμούς.

5. **Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας** στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα με τη δημιουργία κατάλληλων δομών και υπηρεσιών και την ενεργοποίηση άριστα καταρτισμένου προσωπικού.

Στόχος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η περαιτέρω προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου ανοιχτής φροντίδας των ΑμεΑ, η πρόληψη και





καταπολέμηση του αποκλεισμού ομάδων του πληθυσμού από τον εργασιακό και κοινωνικό βίο λόγω σύνθετων χρόνιων προβλημάτων υγείας και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με προσήλωση στο στρατηγικό του στόχο, έχει συστήσει Ειδική Γραμματεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Ένταξης η οποία έχει ως προτεραιότητα την προώθηση της μεταρρύθμισης στον τομέα και την εξασφάλιση της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του πέμπτου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Αποασυλοποίηση του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών που σήμερα διαβιούν σε κλειστές δομές.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που εξακολουθούν να εξυπηρετούνται σε δομές ιδρυματικής περίθαλψης.
- Ανάπτυξη ανοιχτών κοινοτικών δομών πρόληψης και θεραπείας.
- Κοινωνική και οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.
- Πρόληψη και αντιμετώπιση των διακρίσεων, των στερεοτυπικών προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών και της προάσπισης των κοινωνικών και ατομικών δικαιωμάτων τους.

6. **Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και εκπαίδευση, συνεχή κατάρτιση** και προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως προς τις απαιτήσεις των μεταρρυθμίσεων.

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι ένας από τους κυριότερους συντελεστές της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό προβλέπεται η προώθηση των στρατηγικών δια βίου εκπαίδευσης αλλά και η επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων, η ανάπτυξη συνεργασιών με εκπαιδευτικούς φορείς του εσωτερικού και του εξωτερικού με εφαρμογή μεθόδων εξ αποστάσεως εκπαίδευσης και η υλοποίηση δράσεων μεταφοράς και διάδοσης τεχνογνωσίας.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του έκτου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- Πιστοποίηση δεξιοτήτων κατάρτισης.
- Αναμόρφωση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών.



7. **Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας** στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την ενίσχυση της παραγωγής προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών.

Για την προώθηση των παρεμβάσεων του τομέα προτείνεται η δημιουργία Ανώτατου Συμβουλίου Έρευνας και Καινοτομίας και ενισχύεται η διαρκής επιμόρφωση των ανώτερων και ανώτατων στελεχών του τομέα.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του έβδομου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Ενίσχυση της παραγωγής, μεταποίησης και επενδύσεων σε προηγμένα προϊόντα και εφαρμογές
- Ενίσχυση της παραγωγής φαρμάκων και σκευασμάτων βιολογικής βάσης.

8. **Πρώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα και ΥΓΚΑ με άλλους φορείς.**

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του όγδοου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Επίτευξη Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ).
- Δικτύωση φορέων του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Ανάπτυξη και προώθηση του κοινωνικού εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης

9. **Πρώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας** για την εδραίωση του τουρισμού υγείας και την ανάπτυξη νέων χρηματοδοτικών εισροών.

Θα επιδιωχθεί η προσέλκυση προσοδοφόρων περιστατικών έξω από τα σύνορα της χώρας μέσω παροχής υπηρεσιών σε ασφαλισμένους άλλων χωρών της Ευρώπης και σε ασθενείς που χρήζουν ειδικής φροντίδας, ίδρυσης κέντρων αποκατάστασης υγείας στην περιφέρεια καθώς και εξοπλισμού υφιστάμενων τουριστικών μονάδων που θα εξασφαλίζουν ειδικές υπηρεσίες υγείας. Ο τομέας της Υγείας θα επιδιώξει να εξασφαλίσει τις υγειονομικές προϋποθέσεις που θα ενθαρρύνουν ευρωπαϊκούς πληθυσμούς τρίτης ηλικίας να αποκτήσουν δεύτερη κατοικία στην ελληνική περιφέρεια μέσω των Κέντρων Τουρισμού Υγείας.

**Πρωταρχικές δράσεις** για την επίτευξη του ένατου στρατηγικού στόχου είναι οι εξής:

- Ενίσχυση των προϋποθέσεων για ανάπτυξη Κέντρων Τουρισμού Υγείας.
- Ενίσχυση των Διασυνοριακών Κέντρων Υγείας σε όλες τις βαθμίδες.
- Διευκόλυνση διακρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.
- Υποστήριξη και μεταφορά τεχνογνωσίας σε δομές γειτονικών χωρών.



# Ενότητα Β΄

Αποτίμηση ζήτησης και  
προσφοράς υπηρεσιών υγείας



## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

# Μεθοδολογικό πλαίσιο - Δεδομένα

### 4.1 Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας

#### 4.1.1 Επίπεδα και κριτήρια αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας αποτελεί σήμερα μια επιτακτική ανάγκη τόσο για τη χώρα μας όσο και διεθνώς. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου μοντέλου και μεθοδολογίας καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση δεικτών αξιολόγησης. Παρ' όλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, εκτιμά την επίδραση των εφαρμοζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διαρθρωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων και τέλος καθοδηγεί το σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων (Μωραΐτη, 2009).

Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει δύο βασικούς τομείς: την αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας και την αξιολόγηση των επιμέρους υπηρεσιών υγείας ή των ευρύτερων συστημάτων υγείας. Ως αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας μπορεί να οριστεί η εκτίμηση της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας ή των επιμέρους υπηρεσιών υγείας με βάση κάποια κριτήρια ως προς πρότυπα που διαμορφώνονται θεωρητικά ή εμπειρικά. Τα πρότυπα μπορεί να είναι είτε απόλυτα είτε συγκριτικά. Στην πρώτη περίπτωση, η αξιολόγηση του συστήματος υγείας ή των υπηρεσιών υγείας και των παραγόμενων αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τους προκαθορισμένους στόχους τους, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η αξιολόγηση γίνεται ως προς

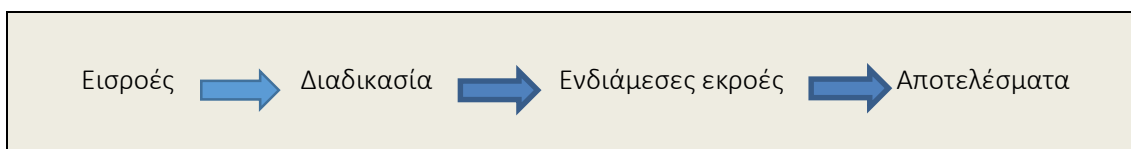


ανάλογα συστήματα ή υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται σημεία αναφοράς (Τούντας, Οικονόμου, 2007).

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα στους αρμόδιους φορείς να σχεδιάσουν τις κατάλληλες πολιτικές για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και να κατανεύμουν τους διαθέσιμους πόρους (κλίνες, προσωπικό, βιοϊατροτεχνολογικό εξοπλισμό) με το βέλτιστο δυνατό τρόπο.

Σύμφωνα με τον Donabedian, υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας:

### Σχήμα 1: Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας



Πηγή: Donabedian

Στο επίπεδο των εισροών αξιολογούνται οι διαθέσιμοι πόροι, δηλαδή οι κλίνες, το προσωπικό, ο εξοπλισμός κ.λπ.

Στο επίπεδο της διαδικασίας αξιολογείται το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (αξιολογούνται δηλαδή οι ενέργειες που θα πραγματοποιηθούν από τη στιγμή που ασθενής θα έρθει σε επαφή με το σύστημα υγείας μέχρι την έξοδό του από αυτό).

Στο επίπεδο των ενδιάμεσων εκροών αξιολογείται η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με βάση διεθνώς καθιερωμένους δείκτες υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, στο επίπεδο των αποτελεσμάτων αξιολογείται ουσιαστικά η επίπτωση των δράσεων που έχουν επιλεγεί ως προς τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας συνήθως συνδυάζει τις οπτικές διαφορετικών ομάδων που εμπλέκονται με την υγεία, όπως ασθενείς, προμηθευτές, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κ.λπ. Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο με απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων, αλλά απαιτείται μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης. Τα κριτήρια αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές, που αποτιμούν τομείς της λειτουργίας των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας σε σχέση με κάποια αποδεκτά πρότυπα. Τα κριτήρια απόδοσης θα πρέπει να αφορούν τις εισροές, τις διαδικασίες, τις εκροές και τα τελικά αποτελέσματα, και να εστιάζουν στους τομείς που ενδιαφέρουν περισσότερο τους εμπλεκόμενους φορείς. Τα κριτήρια αυτά, στη συνέχεια, αντιστοιχούνται με κατάλληλους δείκτες απόδοσης. Οι δείκτες με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια είναι ένας



καθαρός αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος (Ναούμ, 2008).

Ο Cochrane υπήρξε ο πρώτος που ανέδειξε την ανάγκη αποτίμησης της κλινικής πρακτικής με βάση τα κριτήρια της Ισότητας, Αποτελεσματικότητας, Αποδοτικότητας και Ποιότητας (Cochrane, 1977).

Η ισότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο κατηγορίες, την οριζόντια, δηλαδή ίση φροντίδα για ίση ανάγκη, και την κάθετη, δηλαδή άνιση φροντίδα για άνιση ανάγκη. Ο ΠΟΥ προσδιορίζει την ισότητα στη φροντίδα υγείας μέσα στο πλαίσιο της δίκαιης και ισομερούς κατανομής των διαθέσιμων πόρων προς όφελος όλου του πληθυσμού (ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίση ανάγκη, ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη και ίση ποιότητα για όλους).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σχετίζεται με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που έχουν τεθεί. Δεδομένου ότι στο χώρο της υγείας η επίτευξη στόχων που σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού είναι μια μακροχρόνια διαδικασία και δύσκολα μετρήσιμη, η αποτελεσματικότητα υπολογίζεται μέσα από την αξιολόγηση ενδιάμεσων σταδίων, διαδικασιών και διεργασιών.

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας βασίζεται κατά κύριο λόγο στη σχέση μεταξύ των διαθέσιμων πόρων που χρησιμοποιούνται και του κόστους αυτών στην παραγωγική διαδικασία.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας.

#### 4.1.2 Τι είναι ο δείκτης υγείας

Ένας «δείκτης υγείας», όπως καθορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization), είναι μία μεταβλητή, εφαρμόσιμη στην υγεία ή σε κατάσταση σχετιζόμενη με την υγεία, με χαρακτηριστικά ποιότητας, ποσότητας και χρόνου που χρησιμοποιούνται για να μετρήσουν, άμεσα ή έμμεσα, αλλαγές σε μια κατάσταση και να αντιληφθούν την πρόοδο που πραγματοποιήθηκε απευθυνόμενοι σε αυτό. Επιπλέον παρέχει και βάση για ανάπτυξη αρκετών σχεδίων για βελτίωση.



Οι δείκτες υγείας (ΔΥ), εκτός από κύρια εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αποτελούν και βασικά εργαλεία με τα οποία μπορούν να απαντηθούν ερωτήσεις σχετικά με το σχεδιασμό και τη διοίκηση των προγραμμάτων υγείας.

Οι δείκτες υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- ✓ Για να εποπτεύουν τις αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου.
- ✓ Για να εποπτεύουν αλλαγές ανάμεσα στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού.
- ✓ Για να εποπτεύουν τα επιτεύγματα ανάμεσα στους στόχους.
- ✓ Για να εποπτεύουν αλλαγές ανάμεσα στις γεωγραφικές εγκαταστάσεις.
- ✓ Για να είναι εφικτή η μέτρηση της αποδοτικότητας και της λειτουργίας μιας μονάδας ή/και υπομονάδας.
- ✓ Για να είναι εφικτή η σύγκριση ιατρικών μονάδων και υπομονάδων (κλινικές, τομείς εντός της ιατρικής μονάδας κ.λπ.).
- ✓ Για να υπάρξει αυτοαξιολόγηση εντός της μονάδας υγείας, ώστε με απλό και διάφανο τρόπο να βελτιώνονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Υπάρχει μεγάλο πλήθος δεικτών υγείας οι οποίοι, με βάση τον ΠΟΥ, ταξινομούνται στις παρακάτω βασικές κατηγορίες:

- ❖ Δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί (demographic and socioeconomic factors): Πρόκειται για δείκτες που μετρούν διάφορα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά μεγέθη (π.χ. αριθμός κατοίκων ανά ηλικία, ανά περιοχή, μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση κ.λπ.). Οι δείκτες αυτοί χρησιμεύουν για τη δημιουργία πιο σύνθετων δεικτών υγείας καθώς και για τη διενέργεια επιδημιολογικών ερευνών.
- ❖ Κατάσταση Υγείας (health status): Είναι δείκτες που μετρούν τις διάφορες παραμέτρους που αφορούν τη κατάσταση υγείας (π.χ. ποσοστό παιδικής θνησιμότητας, προσδόκιμο ζωής, ποσοστό αναπήρων κ.λπ.).
- ❖ Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας (determinants of health): Πρόκειται για δείκτες που μετρούν παράγοντες που έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία (π.χ. διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση καπνού κ.λπ.).
- ❖ Υπηρεσίες Υγείας (health services): Είναι οι δείκτες που μετρούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όπως η εμβολιαστική κάλυψη στα παιδιά, το ποσοστό εμβολιασμού γρίπης στους ηλικιωμένους κ.λπ.



- ❖ Παρεμβάσεις και προγράμματα προαγωγής υγείας (health interventions): Δείκτες δηλαδή που μετρούν τις παρεμβάσεις για τη προαγωγή της υγείας, όπως είναι οι πολιτικές για την υγιεινή διατροφή κ.λπ.

Το αντικείμενο προς αξιολόγηση είναι αυτό που καθορίζει το είδος του δείκτη που θα χρησιμοποιηθεί. Έτσι, για παράδειγμα, οι δείκτες για την αξιολόγηση της ΠΦΥ και των νοσοκομείων θα πρέπει να σχετίζονται με πεδία όπως η υγεία του πληθυσμού, το ανθρώπινο δυναμικό μιας μονάδας υγείας, η ισότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η ποιότητα και η επάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας, οι υποδομές των μονάδων υγείας, η ικανοποίηση των χρηστών και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

Ενδεικτικά, οι δείκτες που συνήθως αξιοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι οι δείκτες υποδομής (αριθμός ΒΙΤ, εργαστηρίων στις ΜΥ κ.ά.), οι δείκτες επάρκειας ανθρωπίνων πόρων (αριθμός ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού σε σχέση με προβλεπόμενες θέσεις, ασθενείς, κατοίκους κ.ά.), οι νοσηλευτικοί δείκτες (μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης, ρυθμός εισροής, διάστημα εναλλαγής κ.ά.).

#### 4.1.3 Δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση δείκτη υγείας.

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται περισσότερο από τις πιο αναπτυγμένες χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία, Μεγάλη Βρετανία, Σκανδιναβικές Χώρες) με ιδιαίτερη επιτυχία είναι δείκτες μέτρησης των δραστηριοτήτων, των αποτελεσμάτων και της ποιότητας των Οργανισμών Υγείας (WHO, 2003).

Στο νοσοκομειακό τομέα, οι πλέον συνήθεις δείκτες που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν:

- Δείκτες εισροών
- Δείκτες εκροών
- Δείκτες ενδιάμεσων διαδικασιών
- Δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείου
- Δείκτες αποτελεσματικότητας





Ο ορισμός και ο τρόπος υπολογισμού των βασικότερων δεικτών που χρησιμοποιούνται διεθνώς παρουσιάζονται ακολούθως.

#### 4.1.3.1 Δείκτες λειτουργικής αποδοτικότητας

##### α. Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (Io)

Ως μέση κάλυψη κλινών ορίζεται η μέση εκατοστιαία αναλογία των καταληφθέντων κλινών προς τις συνολικά διατιθέμενες κλίνες σε κάποιο χρονικό διάστημα (**Percentage Bed Occupancy**).

$$Io = \frac{\text{Ασθενείς} * Tm}{\text{Κλίνες} * 365}$$

**Io:** μέση κάλυψη κλινών

**Tm:** μέση διάρκεια νοσηλείας (μέσος όρος των ημερών που νοσηλεύεται συνεχώς ένας τυπικός ασθενής)

Η πληρότητα ενός νοσοκομείου αποτελεί, επίσης, βασικό παράγοντα αξιολόγησης της λειτουργίας του, ιδιαίτερα της οικονομικής. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται ευρέως και σε συνδυασμό και με άλλους δείκτες για τη μέτρηση της χρησιμοποίησης του νοσοκομείου. Συνήθως, ένα νοσοκομείο, για να θεωρηθεί παραγωγικό, θα πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι της μειωμένης πληρότητας που παρουσιάζει και να αναζητηθούν οι κατάλληλες λύσεις.

##### β. Μέση διάρκεια νοσηλείας

Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι ο μέσος όρος των ημερών που νοσηλεύεται συνεχώς ένας τυπικός ασθενής.

$$\text{Μέση διάρκεια νοσηλείας} = \frac{\text{Αριθμός Ημερών Νοσηλείας}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών}}$$



#### γ. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης

Ο μέσος χρόνος μεταξύ εκκένωσης μιας κλίνης από έναν ασθενή και κατάληψής της από έναν άλλο (**Turnover interval**).

$$Ti = \frac{365}{Pb} - Tm$$

**Ti**: μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης

**Tm**: μέση διάρκεια νοσηλείας

**Pb**: ασθενείς ανά κλίνη (υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό των νοσηλευθέντων ατόμων – εξιτήρια, θάνατοι και μεταφορές σε κάποιο χρονικό διάστημα -δια του μέσου όρου των διατιθέμενων κλινών στο ίδιο χρονικό)

#### δ. Ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο (Pk)

Ο ρυθμός εισροής ασθενών μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μια χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε αριθμό ανά κρεβάτι ανά μονάδα χρόνου. Μετράει την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής.

$$Pk = \frac{365 * \text{ποσοστό κάλυψης}}{100 * \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}}$$

#### ε. Διάστημα εναλλαγής ασθενή ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο

Το διάστημα εναλλαγής μετράει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενή μία κλίνη. Εκφράζεται σε αριθμό ημερών.

$$\frac{365}{\text{Ρυθμός Εισροής Ασθενών (Pk)}} - \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}$$



στ. Δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας (Ip)

Ο δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας περιγράφει την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας μιας υγειονομικής μονάδας για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.

$$I_p = \frac{I_o}{T_m} * t$$

**Ip:** δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας

**Io:** μέση κάλυψη κλινών

**Tm:** μέση διάρκεια νοσηλείας

**t:** ένα σταθερό χρονικό διάστημα, π.χ. 30 ημέρες

Οι δείκτες Io και Tm υπολογίζονται για το ίδιο χρονικό διάστημα.

ε. Δείκτης αποδοτικότητας υγειονομικής μονάδας (Ie)

Ο δείκτης αυτός περιγράφει ουσιαστικά την αποδοτικότητα εργασίας μιας υγειονομικής μονάδας.

$$I_e = \frac{I_p}{P_t} * B$$

**Ip:** δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας

**Pt:** συνολικός αριθμός εργαζομένων στη μονάδα υγείας

**B:** αριθμός νοσηλευτικών κλινών που διαθέτει η υγειονομική μονάδα

στ. Δείκτες εισαγωγών σε συνάρτηση με το προσωπικό, τις κλίνες και τον πληθυσμό

$$\text{Εισαγωγές ανά κλίνη} = \frac{\text{Αριθμός Εισαγωγών}}{\text{Αριθμός Κλινών}}$$

$$\text{Αναλογία εισαγωγών πληθυσμού (σε 1.000 κατ)} = \frac{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A} * 1000}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$



$$\text{Εισαγωγές ανά απασχολούμενο άτομο} = \frac{\text{Αριθμός εισαγωγών}}{\text{Συνολικός αριθμός απασχολ. στο νοσ/μείο}}$$

$$\text{Παραγωγικότητα προσωπικού} = \frac{\text{Ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών (επισκέψεις, επεμβάσεις κ.λπ.)}}{\text{Μονάδα προσωπικού (ιατρό, νοσηλεύτη) στη μονάδα χρόνου}}$$

#### ζ. Δείκτες κατανομής πόρων

$$\text{Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη} = \frac{\text{Αριθμός απασχολούμενων έτους A}}{\text{Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους A}^1}$$

(1) κλίνη: Ανεπτυγμένες ή κατελημμένες

$$\text{Αναλογία κλινών ανά γιατρό} = \frac{\text{Αριθμός ιατρών έτους A}}{\text{Αριθμός κλινών}^1 \text{ έτους A}}$$

$$\text{Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη} = \frac{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A}^1}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Αναλογία νοσηλευτών ανά γιατρό} = \frac{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A}}{\text{Αριθμός γιατρών έτους A}}$$

$$\text{Αναλογία νοσηλευτικών κλινών - πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)} = \frac{\text{Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους A} * 1000}{\text{Πληθυσμός έτους A (την 30 Ιουνίου έτους A)}}$$

$$\text{Αναλογία αξονικών τομογράφων - πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)} = \frac{\text{Αριθμός αξονικών τομογράφων έτους A} * 1000}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$



#### 4.1.3.2 Δείκτες νοσηρότητας

Τα βασικά είδη δεικτών νοσηρότητας είναι τα ακόλουθα:

$$\alpha. \text{ Δείκτης Επιπολασμού} = \frac{\text{Σύνολο νοσούντων}}{\text{Συνολικός πληθυσμός}} * 100.000$$

Ο δείκτης επιπολασμού (Prevalence) εκφράζει τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή. Είναι ποσοστό και ισχύει ότι:  $0 \leq P \leq 1$ .

$$\beta. \text{ Δείκτης Επίπτωσης} = \frac{\text{Νέες επιπτώσεις νοσούντων έτους A}}{\text{Συνολικός πληθυσμός}} * 100.000$$

Ο δείκτης επίπτωσης εκφράζει την επέλευση της νόσου κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου.

#### 4.1.3.3 Δείκτες αναπαραγωγής

α. Γενικός δείκτης αναπαραγωγής ή γεννητικότητας =

$$\frac{\text{Γεννήσεις ζώντων έτους A, τόπου A}}{\text{Πληθυσμός έτους A, τόπου A}} * 1.000$$

β. Ειδικός συντελεστής αναπαραγωγικότητας (κατά φύλο και ηλικία)=

$$\frac{\text{Γεννήσεις ζώντων από μητέρες ηλικίας A, έτους A, τόπου A}}{\text{Πληθυσμός γυναικών ηλικίας A, έτους A, τόπου A}} * 1.000$$

$$\gamma. \text{ Δείκτης γονιμότητας} = \frac{\text{Αριθμός ζωντανών γεννήσεων}}{\text{Αριθμός γυναικών 15 – 49 ετών}}$$



#### 4.1.3.4 Δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας

α. Κατανάλωση φαρμάκων (ανά κάτοικο) =

$$\frac{\text{Αριθμός φαρμάκων (που καταναλώθηκαν) έτους A}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

β. Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Συνολικές δαπάνες έτους A}}{\text{Αριθμός εισαγωγών (νοσηλευθέντων) έτους A}}$$

γ. Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Συνολικές δαπάνες}^1 \text{ έτους A}}{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας έτους A}}$$

(1) Μπορεί να συνυπολογίζονται ή όχι οι δαπάνες παγίων επενδύσεων.

δ. Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ασθενή, κλινική, τομέα, νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Συνολικό κόστος φαρμάκου}}{\text{Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών}}$$

ε. Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Συνολικό κόστος φαρμάκου}}{\text{Ημέρες νοσηλείας}}$$

στ. Μέσο κόστος εξετάσεων ανά ασθενή ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Συνολικό κόστος εξετάσεων}}{\text{Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών}}$$

ζ. Μέσο κόστος χειρουργικών επεμβάσεων ανά ασθενή, κλινική, νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Συνολικό Κόστος Χειρουργικών επεμβάσεων}}{\text{Αριθμός ασθενών}}$$



#### 4.1.3.5 Δείκτες επάρκειας

α. Λίστες αναμονής ανά κατηγορία νόσου =

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών στη λίστα αναμονής} * 100}{\text{Αριθμός εισαγωγών το έτος}}$$

β. Ποσοστό περιστατικών που μετακομίστηκαν σε άλλα νοσοκομεία =

$$\frac{\text{Αριθμός περιστατικών που μετακομίστηκαν} * 100}{\text{Αριθμός εισαγωγών}}$$

γ. Ποσοστό περιστατικών που δεν έγιναν δεκτά για εισαγωγή στο νοσοκομείο =

$$\frac{\text{Αριθμός περιστατικών που δεν έγιναν δεκτά} * 100}{\text{Αριθμός εισαγωγών}}$$

Πιο συγκεκριμένα, ενδεικτικοί δείκτες που θα πρέπει να υπολογίζονται για τη μέτρηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού τομέα, το τυπολόγιο αυτών καθώς και η επεξήγησή τους αποτυπώνονται στον πίνακα που ακολουθεί:



Πίνακας 4: Πίνακας ενδεικτικών δεικτών, τυπολόγιο δεικτών, επεξήγηση

	Όνομασία Δείκτη	Τυπολόγιο Δείκτη	Επεξήγηση Δείκτη
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ</b>	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Αριθμός Ημερών Νοσηλείας/Αριθμός Εισαγωγών	Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι ο μέσος όρος των ημερών που νοσηλεύεται συνεχώς ένας τυπικός ασθενής. Η μέση διάρκεια νοσηλείας επηρεάζεται μεταξύ άλλων από το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται, τη διαθέσιμη υποδομή και βιοϊατρική τεχνολογία, το διαθέσιμο και εξειδικευμένο προσωπικό.
	Μέση ετήσια κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (Ποσοστό Κάλυψης)	(Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας*100)/ Αριθμός κλινών*365)	Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται ευρέως και σε συνδυασμό και με άλλους δείκτες για τη μέτρηση της χρησιμοποίησης του νοσοκομείου. Συνήθως, ένα νοσοκομείο, για να θεωρηθεί παραγωγικό, θα πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι της μειωμένης πληρότητας που παρουσιάζει και να αναζητηθούν οι κατάλληλες λύσεις.
	Ρυθμός Εισροής	(Ποσοστό κάλυψης*365)/Μέση Διάρκεια Νοσηλείας*100)	Ο δείκτης μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι διαθέσιμες κλίνες σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε αριθμό ανά κρεβάτι ανά μονάδα χρόνου και μετράει την έκταση της αξιοποίησης των διαθέσιμων κλινών.
	Διάστημα Εναλλαγής	(365/Ρυθμό Εισροής Ασθενών) - Μέση διάρκεια νοσηλείας	Το διάστημα εναλλαγής εξετάζει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενή μία νοσοκομειακή κλίνη. Εκφράζεται σε αριθμό ημερών.
	Νοσηλευθέντες/Ιατρό	Αριθμός Νοσηλευθέντων/Αριθμός Ιατρών	Ο δείκτης μετράει την αναλογία των ιατρών ανά νοσηλευθέντα. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τις ελλείψεις ή/και το πλεόνασμα σε ιατρούς.





Όνομασία Δείκτη	Τυπολόγιο Δείκτη	Επεξήγηση Δείκτη
Νοσηλευθέντες/Νοσηλευτή	Αριθμός Νοσηλευθέντων/Αριθμός Νοσηλευτών	Ο δείκτης μετράει την αναλογία των νοσηλευτών ανά νοσηλευθέντα. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τις ελλείψεις ή/και το πλεόνασμα σε νοσηλευτικό προσωπικό
Εισαγωγές ΤΕΠ/Ιατρό	Αριθμός εισαγωγών ΤΕΠ/Αριθμός Ιατρών	Ο δείκτης μετράει τον αριθμό των εξετασθέντων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά ιατρό. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τις ελλείψεις ή/και το πλεόνασμα σε ιατρούς που απασχολούνται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.
Εισαγωγές ΤΕΙ/Ιατρό	Αριθμός εισαγωγών ΤΕΙ/Αριθμός Ιατρών	Ο δείκτης μετράει τον αριθμό των εξετασθέντων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ανά ιατρό. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τις ελλείψεις ή/και το πλεόνασμα σε ιατρούς που απασχολούνται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.
Νοσηλευτές/Κλίνη	Αριθμός Νοσηλευτών/Αριθμός Κλινών	Ο δείκτης μετράει την αναλογία των νοσηλευτών ανά κλίνη. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τις ελλείψεις ή/και το πλεόνασμα σε νοσηλευτές σε σχέση με τις διαθέσιμες κλίνες.
Ιατροί/Κλίνη	Αριθμός Ιατρών/Αριθμός Κλινών	Ο δείκτης μετράει την αναλογία των ιατρών ανά κλίνη. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τις ελλείψεις ή/και το πλεόνασμα σε ιατρούς σε σχέση με τις διαθέσιμες κλίνες.
Ασθενείς/Κλίνη	(Αριθμός νοσηλευθέντων απόμων – εξιτήρια, θάνατοι, μεταφορές)/Μ.Ο. Διατιθέμενων Κλινών	Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και είναι αναγκαίος για τον υπολογισμό πιο σύνθετου δείκτη ( Μέσος Χρόνος αδράνειας κλίνης).
Εργαστηριακές Εξετάσεις/Νοσηλευθέντα	Αριθμός εργαστηριακών Εξετάσεων/Αριθμός Νοσηλευθέντων	Ο δείκτης μετράει τον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργούνται για κάθε ασθενή. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τον όγκο των υπηρεσιών υγείας για μια μονάδα υγείας και σε συνδυασμό με άλλους δείκτες αποτυπώνει την ορθολογική ή μη χρήση των υπηρεσιών υγείας.



	Όνομασία Δείκτη	Τυπολόγιο Δείκτη	Επεξήγηση Δείκτη
ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	Μέση Κάλυψη Κλινών	Ασθενείς * Μέση Διάρκεια Νοσηλείας/Κλίνες * 365	Ο δείκτης μετράει τη μέση εκατοστιαία αναλογία των καταληφθέντων κλινών προς τις συνολικά διατιθέμενες κλίνες, σε κάποιο χρονικό διάστημα (Percentage Bed Occurancy)
	Μέσος Χρόνος Αδράνειας Κλίνης	365/Ασθενείς ανά Κλίνη - Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Ο δείκτης μετράει το μέσο χρόνο μεταξύ εκκένωσης μίας κλίνης από έναν ασθενή και κατάληψης της από έναν άλλο (Turnover interval)
	Δείκτης Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας	Μέση κάλυψη κλινών/Μέση διάρκεια νοσηλείας * t (όπου t: ένα σταθερό χρονικό διάστημα π.χ. 30 ημέρες. Οι δείκτες Μέση Κάλυψη Κλινών και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας υπολογίζονται για το ίδιο χρονικό διάστημα) <b>(Συνολικός αριθμός ασθενών ανά έτος/Αριθμός κλινών που διαθέτει η υγειονομική μονάδα) * (t/365)</b> όπου t: ένα σταθερό χρονικό διάστημα	Ο δείκτης παραγωγής υπηρεσιών υγείας περιγράφει την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας μιας υγειονομικής μονάδας για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.
	Δείκτης Αποδοτικότητας Υγειονομικής Μονάδας	Δείκτης Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας/Συνολικό αριθμό εργαζομένων στην ΜΥ * αριθμό Κλινών <b>(Συνολικός αριθμός ασθενών ανά έτος/Συνολικό αριθμό εργαζομένων στην ΜΥ) * (t/ 365)</b> (όπου t: ένα σταθερό χρονικό διάστημα. <u>Σημείωση:</u> Αυτή η έκφραση του δείκτη είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε περιπτώσεις όπου το εν λόγω ιατρικό τμήμα δεν διαθέτει κλίνες (π.χ. εργαστήριο ύπνου, μονάδα τεχνητού νεφρού κ.ά.)	Ο δείκτης αυτός περιγράφει ουσιαστικά την αποδοτικότητα εργασίας μιας υγειονομικής μονάδας



	Όνομασία Δείκτη	Τυπολόγιο Δείκτη	Επεξήγηση Δείκτη
	Καθορισμός Πληθυσμού Εξυπηρέτησης (Service Population)	$\frac{N}{\sum_{i=1} \dots}$ <p>Αριθμός νοσηλευθέντων στο νοσοκομείο A από την περιοχή i</p> <p>* Πληθυσμό της περιοχής i</p> <p>Συνολικός αριθμός ασθενών από την περιοχή i, που στο ίδιο χρονικό διάστημα νοσηλεύτηκαν σε κάποιο νοσοκομείο</p>	<p>Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει τον πληθυσμό που εξυπηρετεί η συγκεκριμένη ΜΥ (εξάγονται συμπεράσματα ποσοτικά και ποιοτικά).</p>
	Σχέση επιπέδου εκρών ανά διάρκεια παροχών	<p>(Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών/Μέση Διάρκεια Νοσηλείας) * t/365</p> <p>(όπου t: εβδομάδα, μήνας, έτος)</p>	<p>Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης τόσο η Μ.Υ εξυπηρετεί περισσότερους νοσηλευόμενους, περισσότερα περιστατικά, ενώ μειώνει τις λίστες αναμονής, τη μετακίνηση ασθενών σε άλλα νοσοκομεία και ταυτόχρονα, με την έγκαιρη εισαγωγή ασθενών στο νοσοκομείο, αποφεύγονται οι πιθανές επιπλοκές για τον ασθενή και επιτυγχάνεται συντομότερα η αποθεραπεία του.</p>
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΙΡΡΕΑΣ	Λίστες αναμονής ανά επέμβαση, κατηγορία νόσου κλπ	Αριθμός ασθενών στη λίστα αναμονής * 100/Αριθμός εισαγωγών το έτος	<p>Ο δείκτης αυτός προσδιορίζει το ρυθμό των ατόμων που βρίσκονται σε λίστα αναμονής σε σχέση με το σύνολο των ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε μια ΜΥ</p>



## 4.2 Δείκτες βέλτιστης κατανομής πόρων: Η μέθοδος της RAWP formula

Η κατανομή των οικονομικών πόρων ανά περιφέρεια στα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πραγματοποιείται βάσει της μεθόδου R.A.W.P.. Η Resource Allocation Working Party, ή αλλιώς RAWP formula, χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των πραγματικών αναγκών καθώς και την ορθολογική κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης στις περιφέρειες υγείας.

Η πρώτη φορά που εφαρμόστηκε η φόρμουλα RAWP ήταν το 1976 στο αγγλικό σύστημα υγείας για την κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης ανά αγγλική υγειονομική περιφέρεια. Προηγούμενα, η κατανομή πόρων ανά αγγλική υγειονομική περιφέρεια γίνονταν βάσει ιστορικού προηγούμενου, γεγονός που δημιουργούσε πολιτικά δυσβάσταχτες ανισότητες.

Στόχος της μεθόδου RAWP ήταν η θέσπιση προϋπολογιστικών στόχων ανά περιφερειακή υγειονομική αρχή. Αρχικά, έγινε διαχωρισμός των κατηγοριών διάγνωσης. Στη συνέχεια, αποφασίστηκε οι προϋπολογιστικοί στόχοι να βασιστούν στον πληθυσμό, την ηλικιακή κατηγορία και το φύλο, τους δείκτες θνησιμότητας καθώς και τις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η συγκεκριμένη προσέγγιση δημιούργησε την έννοια των σταθμισμένων κατά κεφαλή πόρων για υγειονομική περίθαλψη.

Στη χώρα μας, το βασικό πολυκριτηριακό μοντέλο της RAWP αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά για την «ορθολογική κατανομή των πόρων στις υγειονομικές περιφέρειες του ελληνικού συστήματος υγείας» στη Μονάδα Ανάλυσης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών (Σισσούρας & Μητρόπουλος, 2004).

Το πολυκριτηριακό αυτό μοντέλο για την περιφερειακή κατανομή των πόρων εξειδικεύτηκε στον τομέα νοσοκομειακής περίθαλψης στο πλαίσιο ειδικού ερευνητικού προγράμματος (Τμήμα Επιχειρησιακού Σχεδιασμού και Πληροφοριακών Συστημάτων του ΤΕΙ Πατρών, υπό τον καθηγητή κ. Ι. Μητρόπουλο) και περιλαμβάνει τα ακόλουθα κριτήρια:

### 1<sup>ο</sup> κριτήριο: Ζήτηση και αξιοποίηση των πόρων υγείας

Το εν λόγω κριτήριο βασίζεται στον **υπολογισμό του ποσοστού χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας (νοσοκομειακών κλινών) σε εθνικό επίπεδο ανά φύλο και ηλικία**. Στη συνέχεια, γίνεται



αναγωγή σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας με στόχο τον υπολογισμό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

Ο τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του πρώτου κριτηρίου είναι ο ακόλουθος:

$$Exp.BD_{.r-st} = \left[ \frac{\sum_i \sum_j \sum_k RP_{ijk}^{r-st} \cdot \frac{MLS_{ijk} \cdot NoP_{ijk}}{NP_{jk}}}{\sum_r \sum_i \sum_j \sum_k RP_{ijk} \cdot \frac{MLS_{ijk} \cdot NoP_{ijk}}{NP_{jk}}} \right]$$

Όπου: **i** = κατηγορία διάγνωσης

**j** = ηλικιακή κατηγορία

**k** = φύλο

**r** = υγειονομική περιφέρεια

**NP** = συνολικός πληθυσμός χώρας ανά φύλο και ηλικία

**RP** = πληθυσμός υγειονομικής περιφέρειας ανά φύλο και ηλικία

**MLS** = μέση διάρκεια νοσηλείας ανά υγειονομική περιφέρεια

**NoP** = πλήθος εξιτηρίων χώρας

Πηγή: Maria do Rosario Giraldes, Health Policy 1990, RAWP Formula

### 2<sup>ο</sup> κριτήριο: Κατάσταση υγείας πληθυσμού

Το εν λόγω κριτήριο χρησιμοποιεί τους δείκτες θνησιμότητας για τον **υπολογισμό των πιθανών ημερών χρήσης νοσοκομειακών κλινών** ανά υγειονομική περιφέρεια.

Ο τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του δεύτερου κριτηρίου είναι ο ακόλουθος:

$$Exp.BD_{ir} = NoD_{ir} \cdot MLS_i \cdot \frac{SMR_{ir}}{100} \cdot RP_r$$

Όπου: **i** = κατηγορία διάγνωσης

**r** = υγειονομική περιφέρεια

**SMR** = λόγος προτυποποιημένης θνησιμότητας ανά υγειονομική περιφέρεια

**NP** = πλήθος περιστατικών θνησιμότητας ανά νόσο



**RP** = πληθυσμός υγειονομικής περιφέρειας ανά φύλο και ηλικία

**MLS** = μέση διάρκεια νοσηλείας ανά υγειονομική περιφέρεια

Σύνοψη των παραπάνω κριτηρίων και υπολογισμός της κατανομής των απαραίτητων πόρων για περίθαλψη ανά υγειονομική περιφέρεια

Ο τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό της κατανομής πόρων είναι ο ακόλουθος:

$$RA_i = \sum_j SMR_{ij} \left( \sum_k BEDS_{jk} POP_{ik} \right)$$

Όπου **i** = υγειονομική περιφέρεια

**j** = κατηγορία διάγνωσης

**k** = ηλικιακή κατηγορία/φύλο

**SMR** = λόγος προτυποποιημένης θνησιμότητας ανά κατηγορία διάγνωσης και υγειονομική περιφέρεια

**BEDS** = ημέρες χρήσης νοσοκομειακών κλινών ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο και κατηγορία διάγνωσης, στην ουσία αυτό που υπολογίσαμε είτε με το πρώτο είτε με το δεύτερο κριτήριο

**POP** = πληθυσμός ανά υγειονομική περιφέρεια και ηλικιακή κατηγορία/φύλο

Η εφαρμογή υποδειγμάτων και μεθόδων πολυκριτηριακής ανάλυσης στον τομέα επιχειρησιακού προγραμματισμού και λειτουργίας των οργανισμών του δημόσιου τομέα είναι σε θέση να προσφέρουν μια ολοκληρωμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη απάντηση στα θέματα εκλογίκευσης και προσδιορισμού προτεραιοτήτων (Rationing and Priority Setting) στην κατανομή και χρήση των πόρων, αποτελώντας βασική προϋπόθεση για την επιστημονικά τεκμηριωμένη υλοποίηση στρατηγικού σχεδιασμού και ορθολογικής λήψης αποφάσεων (Μητρόπουλος, 2006).

Όπως θα δούμε και αναλυτικά σε επόμενα κεφάλαια, με βάση τη RAWP formula και αξιοποιώντας το παραπάνω πολυκριτηριακό μοντέλο περιφερειακής κατανομής των πόρων υγείας στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, θα γίνει εκτίμηση της βέλτιστης περιφερειακής κατανομής των πόρων για τις νοσοκομειακές μονάδες του ΕΣΥ και θα υπολογιστεί σε οικονομικούς όρους η απόκλιση από το επιθυμητό μέγεθος.



## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

# Προσφερόμενες υποδομές και ζήτηση υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν και θα αξιολογηθούν οι παράμετροι που διαμορφώνουν την προσφορά και ζήτηση των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο. Οι παράμετροι αυτοί από πλευράς προσφοράς είναι η γεωγραφική χωροθέτηση των νοσοκομείων (χιλιομετρικές αποστάσεις, χρόνος πρόσβασης μετάβασης μεταξύ νοσοκομείων της περιφέρειας), οι υποδομές των μονάδων υγείας, ήτοι οι ανεπτυγμένες κλίνες των νοσοκομείων, το ανθρώπινο δυναμικό και ο κύριος εξοπλισμός βιοϊατρικής τεχνολογίας. Αντίστοιχα, από πλευράς ζήτησης υπηρεσιών παρουσιάζονται ο αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας, η κίνηση τακτικών και έκτακτων εξωτερικών ιατρείων και ο αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων. Με την ολοκλήρωση των απόλυτων μεγεθών γίνεται εκτίμηση των δεικτών λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας ανά περιφέρεια.

### 5.1 Παρουσίαση νοσοκομειακών υποδομών και ανθρώπινων πόρων

#### 5.1.1 Απεικόνιση χιλιομετρικών αποστάσεων νοσοκομειακών υποδομών ανά περιφέρεια

Στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώνονται οι χιλιομετρικές αποστάσεις μεταξύ των νοσοκομειακών υποδομών εντός των περιφερειών στις οποίες ανήκουν με τη χρήση του google directions api. Η παράμετρος αυτή είναι σημαντική καθώς, σε συνδυασμό με το χρόνο κάλυψης αυτών των αποστάσεων για την πρόσβαση από μια νοσοκομειακή μονάδα σε άλλη, δίνεται μια ολοκληρωμένη εικόνα όσον αφορά τη χωροταξική κατανομή και τη δυνατότητα πρόσβαση στις νοσοκομειακές μονάδες εντός μιας περιφέρειας.



Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει ανάλυση για τις περιφέρειες Ιονίων Νήσων, Βορείου και Νοτίου Αιγαίου καθότι σε αυτές δεν υφίσταται οδικό δίκτυο μεταξύ των νομών.

#### 5.1.1.1 Περιφέρεια Αττικής

Η Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει το Νομό Αττικής, το Νομό Πειραιώς και το Υπόλοιπο Αττικής και διαθέτει συνολικά 34 νοσοκομεία. Από τα 34 νοσοκομεία, τα 28 είναι εγκατεστημένα στο Νομό Αττικής, τα πέντε στο Νομό Πειραιώς και ένα στο Υπόλοιπο Αττικής. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας, όπως είναι αναμενόμενο, είναι περιορισμένες, αν και ο χρόνος πρόσβασης λόγω και της κυκλοφορικής συμφόρησης μπορεί να ξεπεράσει τα 40 λεπτά της ώρας.

Η χωροθέτηση των νοσοκομειακών μονάδων της Περιφέρειας ακολουθεί περισσότερο μια λογική ιστορικής συγκυρίας και λιγότερο ανταπόκρισης στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Η πλειοψηφία των νοσοκομείων είναι χωροθετημένα στον άξονα Βασιλίσσης Σοφίας – Μεσογείων, ενώ σημαντικές ελλείψεις παρουσιάζουν άλλες περιοχές της Περιφέρειας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, οι δήμοι της Ανατολικής Αττικής, όπου το σχετικά χαμηλό κόστος στέγασης και διαβίωσης, η συνεχής βελτίωση των υποδομών –κυρίως μεταφορικών– της περιοχής, η σταδιακή δημιουργία ενός σημαντικού εργασιακού πόλου, επιβεβαιώνουν την τάση μετεγκατάστασης του πληθυσμού με έντονους ρυθμούς και τα επόμενα χρόνια. Παρά όμως τη δυναμική αυτή, παρατηρείται έλλειψη επαρκών υπηρεσιών υγείας στο μεγαλύτερο τμήμα της περιοχής της Ανατολικής Αττικής. Το Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» είναι το μοναδικό δημόσιο νοσοκομείο της περιοχής, απορροφά όμως μόνο ένα μικρό μέρος των ζητούμενων υπηρεσιών (κυρίως τις νότιες περιοχές), με αποτέλεσμα τη μετακίνηση και συμφόρηση των νοσοκομείων του κέντρου της Αθήνας. Αντίστοιχες είναι και οι διαπιστώσεις για το νότιο τμήμα της Περιφέρειας, όπου το σύνολο του πληθυσμού εξυπηρετείται κατά βάση από το «Ασκληπιείο» της Βούλας, το «Τζάνειο» νοσοκομείο καθώς και το αντικαρκινικό νοσοκομείο «Μεταξά» για τα ογκολογικά περιστατικά.

Επισημαίνεται πως, δεδομένου ότι η ζήτηση για υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης του πληθυσμού της Αττικής κατευθύνεται προς τα νοσοκομεία υψηλής «ελκυστικότητας» (λόγω ιατρικού προσωπικού κύρους και τεχνολογίας), η εναλλακτική προσέγγιση βρίσκεται στην προσπάθεια συγκρότησης «αντίπαλων νοσοκομειακών πόλων» υψηλού κύρους (μπορούν να στεγαστούν σε υφιστάμενες νοσοκομειακές μονάδες χαμηλής ζήτησης και αποδοτικότητας) για τη βέλτιστη κατανομή και διάχυση της ζήτησης.





Πίνακας 5: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Αττικής

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ																															
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"	ΑΡΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Τ' ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	ΓΝΑ "Η ΕΛΠΙΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΠΥΡΟΚΡΑΤΗΣ"	ΓΝΑ ΔΑΚΚΟ	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΠΥΡΟΚΡΑΤΗΣ"	ΓΝΑ "ΚΟΡΤΣΙΑΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΩΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΙΣΙΩΝ	ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΥΣΜΑΝΚΑΚΕΙΩΝ"	ΓΝΑ Κ.Α.Τ.	ΓΝΑ "Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΣΣΙΑΣ "ΘΡΑΪΣΙΟΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΝΙΝΙΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΙΑΝ ΙΚΟΝΑΣ "ΑΓΙΑ ΕΛΣΔ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΥΕΛΠΗΤΡΟ "ΥΣΙΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΑΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΑΛΜΑΚΗ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΥΑΛΑΣ ΠΕΡΙΣΣΙΑΣ "ΟΙΚΟΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΡΩΤΗΡ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΤΗ ΣΟΦΙΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΗΝΩΝ ΠΑΙΔΩΝ Τ.Β. & ΑΓΑΘΑ ΚΥΡΑΚΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΡΙΤΕΛΗΣ	ΓΝ ΠΕΡΙΣΣΙΑ "ΓΕΛΕΙΩΣ"	ΕΣΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΡΙΣΣΙΑΣ "ΜΕΤΑΣΤΑ"	ΟΣΘΙΑΜΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	Ν. ΑΡΡΩΣ. & ΑΣΕΡΜ. ΝΟΣΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΥΣ"	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΠΕΑΣ ΤΡΟΦΙΜΑΣ ΤΩ ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΩ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΤΩ ΑΓΙΑ ΕΛΣΠΗ"	ΕΘΝΙΑΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩ ΚΕΝΤΡΟ	
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"	0	3	3	0	2	2	3	4	2	7	22	11	11	11	14	8	1	13	10	4	2	2	16	16	17	3	3	6	2	9	
ΑΡΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3	0	3	2	1	1	1	4	2	8	21	12	11	11	35	10	2	13	10	4	2	1	15	14	15	3	1	7	1	7	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Τ' ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	3	3	0	3	4	3	4	7	2	7	21	9	10	14	33	8	3	11	13	1	3	3	12	17	18	6	4	7	3	10	
ΓΝΑ "Η ΕΛΠΙΣ"	0	2	3	0	2	2	3	4	2	6	22	11	11	11	34	8	1	12	10	4	2	2	16	15	17	3	3	6	2	9	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΠΥΡΟΚΡΑΤΗΣ"	2	1	4	2	0	1	2	5	1	7	22	11	11	12	34	10	1	12	11	3	1	1	14	15	16	4	2	6	1	8	
ΓΝΑ ΔΑΚΚΟ	2	1	3	2	1	0	2	5	2	9	22	12	12	12	35	10	2	13	11	4	1	1	15	15	16	4	2	8	1	8	
ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	3	1	4	3	2	2	0	3	3	7	20	13	12	10	26	10	3	14	9	5	3	2	16	13	14	2	1	6	2	7	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΗΝΩΝ "ΠΥΡΟΚΡΑΤΗΣ"	4	4	7	4	5	5	3	0	5	5	20	22	14	7	24	8	4	16	7	7	5	5	26	10	11	1	4	4	4	6	
ΓΝΑ "ΚΟΡΤΣΙΑΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΩΣ"	2	2	2	2	1	2	3	5	0	7	23	11	10	12	34	9	2	12	12	3	1	1	16	16	17	4	3	6	2	4	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΙΣΙΩΝ	7	8	7	6	7	9	7	5	7	0	29	14	14	10	26	4	6	16	11	8	7	7	18	17	18	6	8	2	7	11	
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	22	21	21	22	22	22	20	20	23	29	0	37	40	23	43	32	22	30	21	21	22	22	40	19	20	20	21	26	21	14	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΥΣΜΑΝΚΑΚΕΙΩΝ"	11	12	9	11	11	12	13	22	11	14	37	0	4	21	30	10	11	3	22	10	15	11	6	28	30	14	12	15	11	18	
ΓΝΑ Κ.Α.Τ.	11	11	10	11	11	12	12	14	10	14	40	4	0	21	30	10	11	5	22	10	11	11	9	28	29	14	12	15	11	18	
ΓΝΑ "Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ"	11	11	14	11	12	12	10	7	12	10	23	21	21	0	18	14	10	23	3	13	11	11	26	12	13	8	10	8	13	12	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΣΣΙΑΣ "ΘΡΑΪΣΙΟΣ"	34	35	33	34	34	35	26	24	34	26	43	30	30	18	0	26	34	32	23	33	43	34	34	40	42	25	35	27	34	20	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΝΙΝΙΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΙΑΝ ΙΚΟΝΑΣ "ΑΓΙΑ ΕΛΣΔ"	8	10	8	8	10	10	10	8	9	4	32	10	10	14	26	0	9	11	14	8	9	14	20	21	9	10	5	9	16		
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΥΕΛΠΗΤΡΟ "ΥΣΙΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	1	2	3	1	1	2	3	4	2	6	22	11	11	10	34	9	0	13	10	4	2	2	15	15	16	2	2	6	1	4	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΑΣΣΙΩΝ "ΑΜΑΛΙΑ ΦΑΛΜΑΚΗ"	13	13	11	12	12	13	14	16	12	16	39	3	5	23	32	11	13	0	22	11	12	12	5	28	30	14	13	15	12	19	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΥΑΛΑΣ ΠΕΡΙΣΣΙΑΣ "ΟΙΚΟΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΡΩΤΗΡ"	10	10	13	10	11	11	9	7	12	11	21	22	22	3	23	14	10	22	0	14	12	12	27	6	7	8	8	9	12	10	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΤΗ ΣΟΦΙΑ"	4	4	1	4	3	4	5	7	3	8	21	10	10	13	33	8	4	11	14	0	3	3	12	18	19	6	5	7	4	11	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	2	2	3	2	1	1	3	5	1	7	22	15	11	11	43	9	2	12	12	3	0	1	14	15	16	4	2	7	1	8	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΗΝΩΝ ΠΑΙΔΩΝ Τ.Β. & ΑΓΑΘΑ ΚΥΡΑΚΟΥ"	2	1	3	2	1	2	5	1	7	22	11	11	11	11	34	2	12	12	3	1	0	1	13	15	16	4	2	7	2	9	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΡΙΤΕΛΗΣ	16	15	12	16	14	15	16	26	16	18	40	6	9	26	34	14	15	5	27	12	14	14	14	14	14	0	1	13	15	22	
ΓΝ ΠΕΡΙΣΣΙΑ "ΓΕΛΕΙΩΣ"	16	14	17	15	15	15	13	10	16	17	19	28	28	12	40	20	15	28	6	18	15	15	33	0	2	12	13	14	14	8	
ΕΣΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΡΙΣΣΙΑΣ "ΜΕΤΑΣΤΑ"	17	15	18	17	16	16	14	11	17	18	20	30	29	15	40	21	16	30	7	19	16	16	16	16	16	14	14	14	15	9	
ΟΣΘΙΑΜΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	3	3	6	3	4	4	2	1	4	6	20	14	14	8	25	9	2	14	8	6	4	4	17	12	13	17	0	3	5	4	6
Ν. ΑΡΡΩΣ. & ΑΣΕΡΜ. ΝΟΣΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΥΣ"	3	1	4	3	2	2	1	4	3	8	21	12	12	10	35	10	2	13	16	5	2	2	16	13	14	3	0	7	2	7	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΠΕΑΣ ΤΡΟΦΙΜΑΣ ΤΩ ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΩ"	6	7	7	6	6	6	6	4	6	2	26	15	15	15	37	5	6	15	9	7	7	19	14	14	14	5	7	6	10		
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΤΩ ΑΓΙΑ ΕΛΣΠΗ"	2	1	3	2	1	1	2	4	2	7	21	11	11	11	34	9	1	12	12	4	1	2	15	14	15	4	2	6	0	8	
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	9	7	10	9	8	8	7	7	9	11	14	18	18	18	29	16	8	19	10	11	8	9	22	8	9	6	7	10	8	8	



### Πίνακας 6: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Αττικής

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΟ-ΟΡΧΕΣΤΡΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΟ ΑΡΧΙΣΤΡΑΤΩΝ	ΑΡΧΑΙΟΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩ ΓΙΝΕΑΣΤΡΑΤΩ	ΓΝΑ ΤΗ ΕΛΛΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩ ΠΡΟΚΩΝΑΚΕΩ	ΓΝΑ ΓΑΛΙΛΑΪΟΥ	ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΣΗΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩΝ ΤΟΥΛΟΥΜΑΝΙΩΝ	ΓΝΑ ΠΟΥΡΓΑΝΕΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ	ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΩΝ ΛΑΜΑΡΟΧΕΩΝ	ΓΝΑ Κ.Α.Τ.	ΓΝΑ ΤΗ ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΝΙΝΙΩΝ ΣΥΝΤΟΞΗΜΑΤΩΝ ΟΜΑΔΑ ΤΥΛΟΚΑΤ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΥΣΙΝΗΣ ΤΟΥ ΜΑΥΣΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΩΝ ΤΑΜΑΡΙΑ ΟΜΑΔΑ ΤΥΛΟΚΑΤ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΩΙΑ ΠΕΡΑΙΑ ΤΩ ΑΓΙΩ ΠΑΥΛΩ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΟΜΑΧΩΝ ΟΡΘΟΡΑΧΗ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩ ΠΕΡΙΩΤΩ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΑΓΙΩ ΕΥΣΕΒΙΩ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΚΑΛΩ ΚΡΑΥΓΩ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΠΕΡΙΩΤΩ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΚΑΛΩ ΚΡΑΥΓΩ	ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΡΑΙΑ ΤΩ ΑΓΙΩ	Ο Ο Ο ΔΑ ΜΑΤΡΙΩΝ ΑΘΗΝΩΝ	Ν. ΔΕΡΦΩΝ & ΒΕΡΜ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΠΑΠΑΖΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΩ ΠΑΠΑΜΑΤΡΕΩ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΡΑΤΟΠΕΔΟΥ ΤΩ ΑΓΙΩ ΚΑΩΝ	ΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΡΧΕΣΤΡΩ		
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΟ-ΟΡΧΕΣΤΡΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΟ ΑΡΧΙΣΤΡΑΤΩΝ	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2		
ΑΡΧΑΙΟΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,1	0,3	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,4	0,4	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩ ΓΙΝΕΑΣΤΡΑΤΩ	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,0	0,1	0,3	0,5	0,5	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	
ΓΝΑ ΤΗ ΕΛΛΑΣ	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩ ΠΡΟΚΩΝΑΚΕΩ	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,5	0,1	0,1	0,2	
ΓΝΑ ΓΑΛΙΛΑΪΟΥ	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,1	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	
ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΣΗΣ	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,5	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩΝ ΤΟΥΛΟΥΜΑΝΙΩΝ	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
ΓΝΑ ΠΟΥΡΓΑΝΕΩΝ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,5	0,3	0,2	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,5	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,0	0,6	0,6	0,4	0,7	0,6	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΩΝ ΛΑΜΑΡΟΧΕΩΝ	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,6	0,0	0,1	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5
ΓΝΑ Κ.Α.Τ.	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,5	0,1	0,0	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
ΓΝΑ ΤΗ ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4	0,4	0,0	0,4	0,4	0,3	0,5	0,1	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,5	0,5
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΟΣ ΟΜΑΔΑ ΤΥΛΟΚΑΤ	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΝΙΝΙΩΝ ΣΥΝΤΟΞΗΜΑΤΩΝ ΟΜΑΔΑ ΤΥΛΟΚΑΤ	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,1	0,6	0,3	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΥΣΙΝΗΣ ΤΟΥ ΜΑΥΣΙΟΥ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,2	0,0	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΩΝ ΤΑΜΑΡΙΑ ΟΜΑΔΑ ΤΥΛΟΚΑΤ	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,6	0,3	0,2	0,5	0,4	0,3	0,4	0,0	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΟΜΑΧΩΝ ΟΡΘΟΡΑΧΗ ΑΘΗΝΩΝ ΤΩ ΠΕΡΙΩΤΩ	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,1	0,4	0,4	0,3	0,4	0,0	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4	0,4
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΑΓΙΩ ΕΥΣΕΒΙΩ	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	0,0	0,2	0,2	0,4	0,5	0,5	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΚΑΛΩ ΚΡΑΥΓΩ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΤΩ ΠΕΡΙΩΤΩ	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2	0,1	0,1	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΡΑΙΑ ΤΩ ΑΓΙΩ	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,1	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΡΑΙΑ ΤΩ ΚΑΛΩ ΚΡΑΥΓΩ	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	0,6	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Ο Ο Ο ΔΑ ΜΑΤΡΙΩΝ ΑΘΗΝΩΝ	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3	0,4	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Ν. ΔΕΡΦΩΝ & ΒΕΡΜ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΠΑΠΑΖΗ	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,5	0,4	0,1	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Ν. ΑΕΡΩΝ & ΒΕΡΜ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΠΑΠΑΖΗ	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΩ ΠΑΠΑΜΑΤΡΕΩ	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
ΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΡΧΕΣΤΡΩ	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2	0,1	0,1	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
ΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΡΧΕΣΤΡΩ	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2



### 5.1.1.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει επτά νομούς: Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Ημαθίας, Πέλλας, Πιερίας, Σερρών και Χαλκιδικής. Η περιφέρεια διαθέτει 16 νοσοκομεία. Στο νομό Θεσσαλονίκης, λόγω και της πυκνότητας του πληθυσμού, είναι εγκατεστημένο το 62% των μονάδων νοσοκομειακής περίθαλψης (10 νοσοκομεία). Οι νομοί Ημαθίας, Κιλκίς και Πέλλας διαθέτουν από δύο νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιποι νομοί διαθέτουν από ένα νοσοκομείο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας είναι σχετικά μικρές, ενώ ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας προσεγγίζει τις δύο ώρες.

Η εικόνα της Περιφέρειας όσον αφορά τις νοσοκομειακές υποδομές επικεντρώνεται στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, με έμφαση στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (ΑΧΕΠΑ, Παπαγεωργίου) τα οποία, λόγω συγκέντρωσης υψηλού κύρους ιατρικού προσωπικού και σύγχρονου εξοπλισμού, προσελκύουν το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών της περιφέρειας επισκιάζοντας τις υπόλοιπες μονάδες και ιδιαίτερα τις νομαρχιακές (νοσοκομεία Νάουσας, Κιλκίς, Κατερίνης, Έδεσσας). Στο νομό Πέλλας η λειτουργία των δύο νοσοκομείων (Έδεσσας, Γιαννιτσών) σε απόσταση περίπου 30 χλμ. θα πρέπει να επανεξεταστεί με βάση τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας της κάθε μονάδας στη λογική της συνένωσης ή εξειδίκευσης των υπηρεσιών.



Πίνακας 7: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ																
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΝΝΙΤΣΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΑΚΙΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	0	73	57	91	4	14	2	3	10	78	55	94	59	3	1	2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	73	0	43	46	72	90	75	73	80	81	109	157	146	76	74	74
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΝΝΙΤΣΩΝ	57	43	0	36	51	62	61	59	53	82	65	130	119	55	60	61
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	91	46	36	0	84	96	95	93	86	113	98	163	152	89	94	94
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	4	72	51	84	0	14	5	3	7	75	49	89	62	5	4	3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	14	90	62	96	14	0	13	11	12	95	56	96	60	14	12	12
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	2	75	61	95	5	13	0	3	9	79	54	93	57	1	1	3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	3	73	59	93	3	11	3	0	7	78	51	91	63	5	3	2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	10	80	53	86	7	12	9	7	0	84	45	84	66	10	8	8
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	78	81	82	113	75	95	79	78	84	0	114	162	151	80	78	78
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΑΚΙΣ	55	109	65	98	49	56	54	51	45	114	0	78	111	55	53	53
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	94	157	130	163	89	96	93	91	84	162	78	0	135	94	92	93
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	59	146	119	152	62	60	57	63	66	151	111	135	0	57	58	59
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	3	76	55	89	5	14	1	5	10	80	55	94	57	0	2	3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1	74	60	94	4	12	1	3	8	78	53	92	58	2	0	1
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ	2	74	61	94	3	12	3	2	8	78	53	93	59	3	1	0



**Πίνακας 8: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας**

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ																			
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΝΝΙΤΣΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ			
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	0,0	0,9	0,8	1,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,9	0,8	1,2	1,1	0,1	0,1	0,1			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	0,9	0,0	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	0,9	0,8	0,9	1,4	1,7	1,9	0,9	0,9	0,9			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΝΝΙΤΣΩΝ	0,8	0,8	0,0	0,6	0,8	0,9	0,9	0,8	0,7	1,1	1,1	1,6	1,8	0,9	0,8	0,8			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	1,3	0,8	0,6	0,0	1,2	1,3	1,3	1,2	1,1	1,5	1,5	2,0	2,1	1,3	1,2	1,2			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	0,1	0,8	0,8	1,2	0,0	0,4	0,2	0,1	0,2	0,8	0,8	1,1	1,1	0,2	0,1	0,1			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	0,3	1,0	0,9	1,3	0,4	0,0	0,3	0,2	0,2	1,1	0,8	1,2	1,2	0,3	0,3	0,3			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	0,1	0,9	0,9	1,3	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	1,0	0,8	1,2	1,0	0,1	0,1	0,1			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	0,1	0,9	0,8	1,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	1,0	0,8	1,1	1,0	0,2	0,1	0,1			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"	0,2	0,8	0,7	1,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,9	0,6	1,0	1,1	0,2	0,1	0,1			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	0,9	0,9	1,1	1,5	0,8	1,1	1,0	1,0	0,9	0,0	1,5	1,8	2,0	1,0	1,0	1,0			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ	0,8	1,4	1,1	1,5	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	1,5	0,0	1,2	1,7	0,8	0,7	0,7			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	1,2	1,7	1,6	2,0	1,1	1,2	1,2	1,1	1,0	1,8	1,2	0,0	2,0	1,2	1,1	1,2			
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1,1	1,9	1,8	2,1	1,1	1,2	1,0	1,0	1,1	2,0	1,7	2,0	0,0	1,0	1,0	1,1			
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	0,1	0,9	0,9	1,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	1,0	0,8	1,2	1,0	0,0	0,1	0,1			
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	0,1	0,9	0,8	1,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	1,0	0,7	1,1	1,0	0,1	0,0	0,1			
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ	0,1	0,9	0,8	1,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	1,0	0,7	1,2	1,1	0,1	0,1	0,0			



### 5.1.1.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Η Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης περιλαμβάνει πέντε νομούς: τους νομούς Έβρου, Δράμας, Καβάλας, Κομοτηνής και Ξάνθης. Ο κάθε νομός έχει από ένα νοσοκομείο, με εξαίρεση τον πιο απομακρυσμένο νομό Έβρου που διαθέτει επιπλέον και πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Οι μέγιστες αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των απομακρυσμένων νομών της περιφέρειας είναι σημαντικές (ξεπερνούν τα 270 χλμ.), ενώ ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας προσεγγίζει τις τρεις ώρες.

Πίνακας 9: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας ΑΜΘ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ						
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ, ΕΒΡΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ, ΕΒΡΟΣ	0	273	265	143	192	95
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	273	0	60	137	90	187
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	265	60	0	103	56	153
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	143	137	103	0	55	56
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	192	90	56	55	0	106
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	95	187	153	56	106	0

Πίνακας 10: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας ΑΜΘ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ						
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ, ΕΒΡΟΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ, ΕΒΡΟΣ	0,0	2,9	2,6	1,6	2,0	1,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	2,9	0,0	0,9	1,5	1,1	1,9
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	2,6	0,9	0,0	0,9	0,6	1,4
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	1,6	1,5	0,9	0,0	0,6	0,6
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	2,0	1,1	0,6	0,6	0,0	1,1
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	1,2	1,9	1,4	0,6	1,1	0,0



### 5.1.1.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Η Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας είναι σχετικά περιορισμένες, με μέγιστο χρόνο πρόσβασης μεταξύ των μονάδων περίπου τις 1,5 ώρες. Στο νομό Κοζάνης η λειτουργία των δύο νοσοκομείων (Κοζάνης, Πτολεμαΐδας) σε απόσταση περίπου 30 χλμ. θα πρέπει να επανεξεταστεί με βάση τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας της κάθε μονάδας στη λογική της συνένωσης ή εξειδίκευσης των υπηρεσιών.

Πίνακας 11: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Μακεδονίας

ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ					
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	0	70	46	76	124
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	70	0	75	59	73
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	46	75	0	33	81
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	76	59	33	0	59
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"	124	73	81	59	0

Πίνακας 12: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Μακεδονίας

ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ					
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	0,0	0,8	0,6	0,9	1,4
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	0,8	0,0	1,0	1,0	1,1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ"	0,6	1,0	0,0	0,5	1,1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ "ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ"	0,9	1,0	0,5	0,0	0,9
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ "ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ"	1,4	1,1	1,1	0,9	0,0



### 5.1.1.5 Περιφέρεια Ηπείρου

Η Περιφέρεια Ηπείρου περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Θεσπρωτίας, Άρτας, Ιωαννίνων και Πρέβεζας. Ο κάθε νομός διαθέτει από ένα νοσοκομείο, με εξαίρεση το νομό Ιωαννίνων που έχει δύο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας είναι σχετικά περιορισμένες, ενώ ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις δύο ώρες. Δεσπόζουσα θέση στην περιφέρεια έχει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων που προσελκύει μεγάλο αριθμό ασθενών από το σύνολο του πληθυσμού.

**Πίνακας 13: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Ηπείρου**

ΗΠΕΙΡΟΣ					
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	0	148	91	105	83
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	148	0	83	51	75
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	91	83	0	107	11
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	105	51	107	0	101
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	83	75	11	101	0

**Πίνακας 14: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Ηπείρου**

ΗΠΕΙΡΟΣ					
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	0,0	1,9	1,2	1,7	1,1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	1,9	0,0	1,2	0,8	1,1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	1,2	1,2	0,0	1,5	0,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	1,7	0,8	1,5	0,0	1,4
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1,1	1,1	0,2	1,4	0,0





### 5.1.1.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Η Περιφέρεια Θεσσαλίας περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Μαγνησίας, Καρδίτσας, Λάρισας και Τρικάλων. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας είναι σχετικά περιορισμένες, ενώ ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις δύο ώρες. Στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας κατέχει δεσπόζουσα θέση και, λόγω της εύκολης πρόσβασης από τις μεγάλες πόλεις της περιφέρειας, παρατηρείται υψηλή ζήτηση νοσηλευτικών υπηρεσιών από το σύνολο του πληθυσμού της περιφέρειας.

Πίνακας 15: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Θεσσαλίας

ΘΕΣΣΑΛΙΑ				
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"	0	118	63	123
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	118	0	60	27
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ"	63	60	0	64
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	123	27	64	0

Πίνακας 16: Χρόνος πρόσβασης Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Θεσσαλίας

ΘΕΣΣΑΛΙΑ				
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ "ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"	0,0	1,8	0,8	1,6
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1,8	0,0	1,2	0,5
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ "ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ"	0,8	1,2	0,0	0,9
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	1,6	0,5	0,9	0,0



### 5.1.1.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας περιλαμβάνει πέντε νομούς: Εύβοιας, Φωκίδας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας και Βοιωτίας. Ο νομός Εύβοιας διαθέτει τρία νοσοκομεία, ο νομός Βοιωτίας δύο Νοσοκομεία ενώ οι υπόλοιποι τρεις νομοί έχουν από ένα νοσοκομείο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας είναι πολύ μεγάλες, με το μέγιστο χρόνο πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις πέντε ώρες. Η γειτνίαση της Περιφέρειας με την Αττική δημιουργεί ισχυρό ανταγωνισμό στα μικρότερα νοσοκομεία της περιφέρειας, που είναι δύσκολο να παρέχουν αντίστοιχου επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες. Παρ' όλα αυτά, τα δύο μεγάλα νοσοκομεία της Περιφέρειας (Λαμίας και Χαλκίδας) φαίνεται να συγκροτούν ένα σημαντικό μέρος των ζητούμενων υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης.

Πίνακας 17: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ								
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΥΣΤΟΥ "ΔΙΟΚΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΜΗΣ "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ ΦΩΚΙΔΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΥΣΤΟΥ "ΔΙΟΚΛΕΙΟ"	0	97	270	160	357	285	207	120
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΜΗΣ "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	97	0	229	119	316	244	166	79
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ ΦΩΚΙΔΑΣ	270	229	0	115	147	74	66	153
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ	160	119	115	0	208	136	52	36
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	357	316	147	208	0	77	170	241
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	285	244	74	136	77	0	98	169
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	207	166	66	52	170	98	0	88
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	120	79	153	36	241	169	88	0



Πίνακας 18: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ								
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ "ΔΙΟΚΛΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΜΗΣ "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ ΦΩΚΙΔΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΥΣΤΟΥ "ΔΙΟΚΛΕΙΟ"	0,0	1,9	4,1	2,8	4,9	3,8	3,3	2,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΜΗΣ "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	1,9	0,0	3,6	2,3	4,4	3,3	2,8	1,7
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ ΦΩΚΙΔΑΣ	4,1	3,6	0,0	1,6	2,3	1,1	1,0	2,0
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ	2,8	2,3	1,6	0,0	2,5	1,4	0,8	0,6
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	4,9	4,4	2,3	2,5	0,0	1,3	2,5	2,8
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	3,8	3,3	1,1	1,4	1,3	0,0	1,4	1,7
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	3,3	2,8	1,0	0,8	2,5	1,4	0,0	1,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	2,2	1,7	2,0	0,6	2,8	1,7	1,2	0,0

### 5.1.1.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας περιλαμβάνει τρεις νομούς: τους Νομούς Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας. Ο νομός Αχαΐας διαθέτει έξι νοσοκομεία, ο νομός Ηλείας τρία και ο νομός Αιτωλοακαρνανίας δύο. Η μεγαλύτερη απόσταση που σημειώνεται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας είναι σχετικά μεγάλη (200 χλμ.), αντισταθμίζεται ωστόσο από το πλήθος των νοσοκομείων που υπάρχουν στους τρεις αυτούς νομούς. Σημείο αναφοράς της περιφέρειας αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, που προσελκύει σημαντικό αριθμό ασθενών και από άλλους νομούς ή και περιφέρειες (κατά βάση ασθενείς από τη Δυτική Στερεά) και επισκιάζει άλλα δευτεροβάθμια νοσοκομεία (π.χ. Αιγίου, Μεσολογγίου). Στο νομό Ηλείας, η λειτουργία των δύο νοσοκομείων (Πύργου, Κρεστένων) σε απόσταση περίπου 20 χλμ. θα πρέπει να επανεξεταστεί με βάση τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας στη λογική της συνένωσης ή εξειδίκευσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.



Πίνακας 19: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Ελλάδας

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ										
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ	ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΩΔΑΝΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Η ΒΟΗΘΕΙΑ"
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	0	109	155	50	118	119	72	73	114	80
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	109	0	202	158	40	166	122	121	22	127
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	155	202	0	108	169	39	87	93	182	77
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	50	158	108	0	126	71	43	49	138	32
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ	118	40	169	126	0	133	89	88	19	94
ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	119	166	39	71	133	0	50	56	145	40
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΩΔΑΝΕΙΟ"	72	122	87	43	89	50	0	1	101	11
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	73	121	93	49	88	56	1	0	100	18
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	114	22	182	138	19	145	101	100	0	106
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Η ΒΟΗΘΕΙΑ"	80	127	77	32	94	40	11	18	106	0

Πίνακας 20: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Δυτ. Ελλάδας

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ										
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ	ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΩΔΑΝΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Η ΒΟΗΘΕΙΑ"
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	0,0	2,1	2,2	0,9	2,0	1,7	1,5	1,5	2,1	1,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	2,1	0,0	2,8	2,2	0,7	2,3	1,8	1,8	0,4	1,8
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	2,2	2,8	0,0	1,5	2,3	0,7	1,4	1,4	2,4	1,2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	0,9	2,2	1,5	0,0	1,6	0,9	0,7	0,7	1,7	0,4
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ	2,0	0,7	2,3	1,6	0,0	1,8	1,3	1,3	0,4	1,3
ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	1,7	2,3	0,7	0,9	1,8	0,0	0,8	0,8	1,8	0,6
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΩΔΑΝΕΙΟ"	1,5	1,8	1,4	0,7	1,3	0,8	0,0	0,1	1,4	0,3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	1,5	1,8	1,4	0,7	1,3	0,8	0,1	0,0	1,4	0,3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ"	2,1	0,4	2,4	1,7	0,4	1,8	1,4	1,4	0,0	1,5
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Η ΒΟΗΘΕΙΑ"	1,2	1,8	1,2	0,4	1,3	0,6	0,3	0,3	1,5	0,0



### 5.1.1.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Η Περιφέρεια Πελοποννήσου περιλαμβάνει πέντε νομούς: Αργολίδος, Μεσσηνίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Αρκαδίας. Οι νομοί Αργολίδος, Μεσσηνίας και Λακωνίας έχουν από δύο νοσοκομεία, ενώ οι νομοί Αρκαδίας και Κορινθίας έχουν από ένα νοσοκομείο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας είναι σχετικά μεγάλες, με το μέγιστο χρόνο πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις τρεις ώρες. Η λειτουργία των δύο νοσοκομείων (Ναυπλίου, Άργους) σε απόσταση 12 χλμ. θα πρέπει να επανεξεταστεί με βάση τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας στη λογική της συνένωσης ή εξειδίκευσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 21: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Πελοποννήσου

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ								
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΛΩΝ	Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	0	207	141	67	169	146	145	90
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΛΩΝ	207	0	170	121	198	175	66	121
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	141	170	0	131	48	12	108	53
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	67	121	131	0	159	136	60	80
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	169	198	48	159	0	61	135	81
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	146	175	12	136	61	0	113	59
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	145	66	108	60	135	113	0	59
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	90	121	53	80	81	59	59	0

Πίνακας 22: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Πελοποννήσου

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ								
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΛΩΝ	Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	0,0	2,8	1,6	0,9	1,8	1,8	1,8	1,1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΛΩΝ	2,8	0,0	2,4	2,2	2,6	2,6	1,2	1,9
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	1,6	2,4	0,0	1,4	0,6	0,3	1,3	0,6
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0,9	2,2	1,4	0,0	1,6	1,7	1,2	1,0
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	1,8	2,6	0,6	1,6	0,0	0,9	1,5	0,8
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	1,8	2,6	0,3	1,7	0,9	0,0	1,6	0,9
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	1,8	1,2	1,3	1,2	1,5	1,6	0,0	0,9
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1,1	1,9	0,6	1,0	0,8	0,9	0,9	0,0



### 5.1.1.10 Περιφέρεια Κρήτης

Η Περιφέρεια Κρήτης αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα πολυκερματισμού και υποαπασχόλησης διαθέσιμων πόρων στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Μόνο στο νομό Λασιθίου (που κατοικεί το 12% του πληθυσμού της περιφέρειας) και σε ακτίνα 85 χλμ. λειτουργούν ένα νοσοκομείο (Αγ. Νικολάου) και τρία νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας (Ιεράπετρας, Νεάπολης και Σητείας). Στο νομό Ηρακλείου λειτουργούν δύο νοσοκομεία και στους υπόλοιπους δύο νομούς από ένα νοσοκομείο. Αναμφισβήτητα σημείο αναφοράς της Περιφέρειας αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, με σημαντικές ροές ασθενών από το σύνολο της περιφέρειας.

Πίνακας 23: Χιλιομετρικές αποστάσεις Νοσοκομειακών Υποδομών Περιφέρειας Κρήτης

ΚΡΗΤΗ								
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"	0	131	29	45	12	43	148	44
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ	131	0	122	149	114	61	44	62
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	29	122	0	39	20	64	166	64
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ	45	149	39	0	35	88	192	88
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	12	114	20	35	0	54	58	54
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	43	61	64	88	54	0	104	1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ	148	44	166	192	58	104	0	103
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	44	62	65	89	55	1	103	0

Πίνακας 24: Χρόνος πρόσβασης μεταξύ των Νοσοκομειακών Μονάδων Περιφέρειας Κρήτης

ΚΡΗΤΗ								
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ "ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ"	0	1,7	0,4	0,6	0,2	0,6	1,9	0,6
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ	1,7	0	1,6	1,9	1,5	0,8	0,6	0,8
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	0,4	1,6	0	0,5	0,3	0,8	2,2	0,8
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ	0,6	1,9	0,5	0	0,5	1,1	2,5	1,1
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	0,2	1,5	0,3	0,5	0	0,7	2,1	0,7
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	0,6	0,8	0,8	1,1	0,7	0	1,4	0
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ	1,9	0,6	2,2	2,5	2,1	1,4	0	1,3
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	0,6	0,8	0,8	1,2	0,7	0	1,3	0



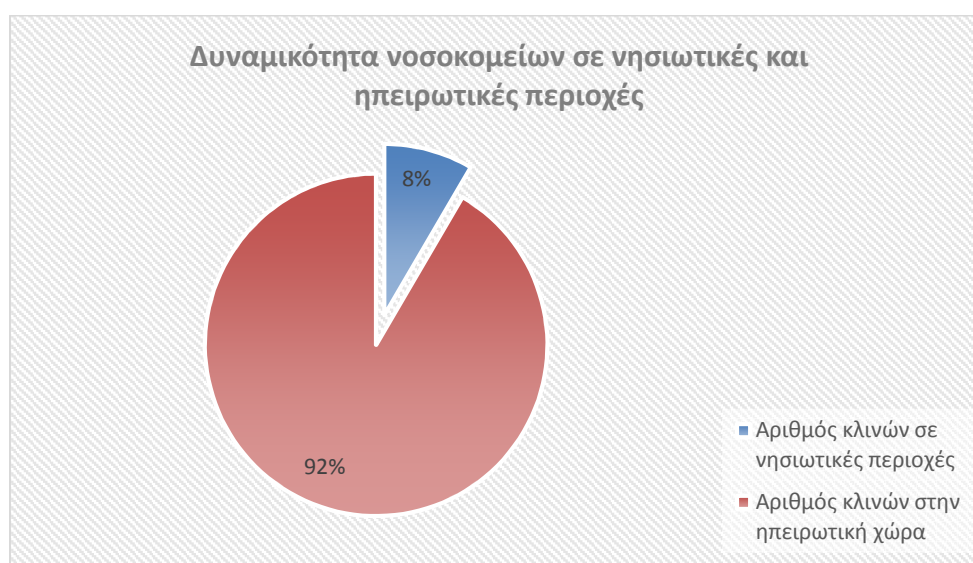
### 5.1.2 Παρουσίαση ανεπτυγμένων κλινών νοσοκομειακών μονάδων

Η κατανομή των ανεπτυγμένων κλινών στα νοσοκομεία της χώρας σχετίζεται με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας, τον αριθμό του απασχολούμενου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και βέβαια με το μέγεθος και τις ανάγκες (επιδημιολογικό προφίλ) του πληθυσμού ευθύνης. Περισσότερες από τις μισές διαθέσιμες κλίνες της χώρας (56%) είναι χωροθετημένες σε νοσοκομεία της Αττικής και της Κ. Μακεδονίας, ενώ το 8% σε νησιωτικές περιοχές (Αιγαίο, Ιόνιο και Κρήτη).

Διάγραμμα 13: Ποσοστιαία κατανομή κλινών ανά περιφέρεια, 2011



Διάγραμμα 14: Δυναμικότητα νοσοκομείων σε νησιωτικές και ηπειρωτικές περιοχές, 2011

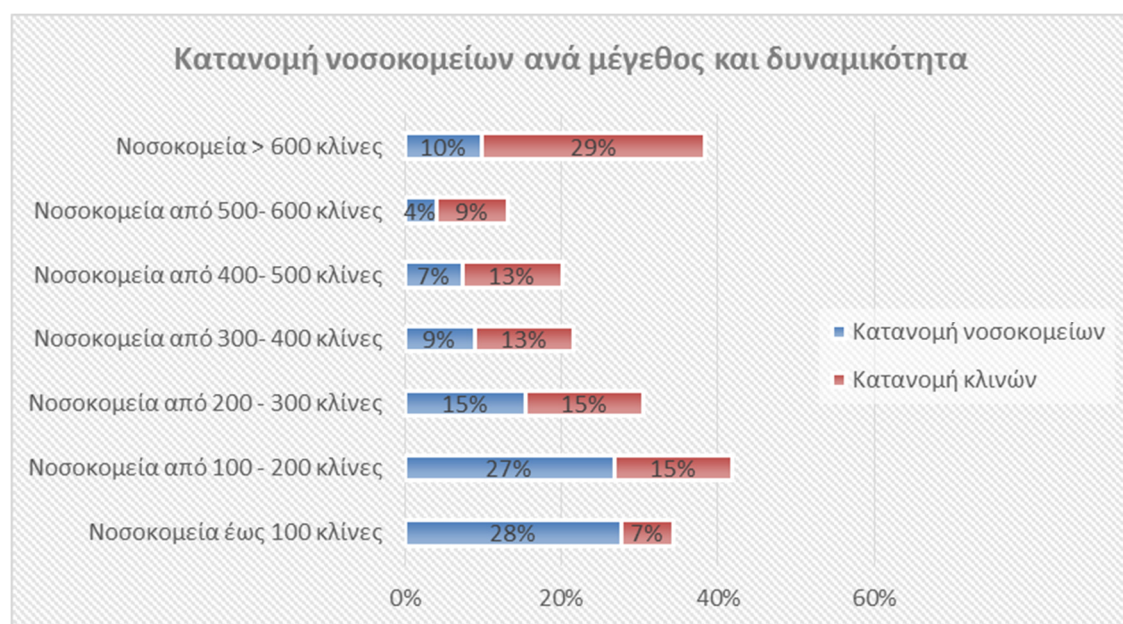




Ο αριθμός των κλινών ενός νοσοκομείου προσδιορίζει το μέγεθός του και, ως εκ τούτου, τους διαθέσιμους πόρους που θα το «συμπληρώσουν». Στη χώρα μας το 55% των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι μικρά έως πολύ μικρά, δηλαδή δυναμικότητας μέχρι 200 κλίνες, το 24% είναι μεσαίου μεγέθους, δηλαδή από 200 έως 400 κλίνες, ενώ το 21% είναι μεγάλα ή πολύ μεγάλα νοσοκομεία (άνω των 400 κλινών). Επισημαίνεται ότι το 10% των νοσοκομείων της χώρας είναι μεγαλύτερης των 600 κλινών δυναμικότητας, μέγεθος που, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, δημιουργεί αντιοικονομίες κλίμακας και μειωμένη αποδοτικότητα χρήσης των πόρων. Το μέσο μέγεθος ωστόσο ενός ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου είναι δυναμικότητας 250 κλινών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση μεταξύ αριθμού νοσοκομείων και διαθέσιμων κλινών. Όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα, το 10% των μεγαλύτερων νοσοκομείων της χώρας συγκεντρώνει περίπου το 30% των συνολικών κλινών, ενώ το 25% των νοσοκομείων (νοσοκομεία άνω των 400 κλινών) συγκεντρώνει το 50% του συνόλου των κλινών της χώρας. Η διαπίστωση αυτή είναι σημαντική καθώς η ανάπτυξη και λειτουργία μονάδων μεγάλου μεγέθους στον –ιδιόμορφο γεωμορφολογικά– ελλαδικό χώρο δημιουργεί σημαντικούς πόλους προσέλκυσης ασθενών, επισκιάζοντας τη νοσηλευτική δραστηριότητα μικρών και μεσαίων νοσοκομειακών μονάδων, είτε εντός της ίδιας περιφέρειας είτε σε όμορες περιφέρειες. Η διάσταση αυτή συνεπικουρείται και από το γεγονός της προσέλκυσης ιατρικού προσωπικού υψηλού κύρους, τη χρήση σύγχρονου εξοπλισμού αλλά και την παροχή εξειδικευμένων μορφών υπηρεσιών, που τα καθιστά ιδιαίτερα ανταγωνιστικά στο χρήστη.

**Διάγραμμα 15: Κατανομή νοσοκομείων ανά μέγεθος και δυναμικότητα, 2011**

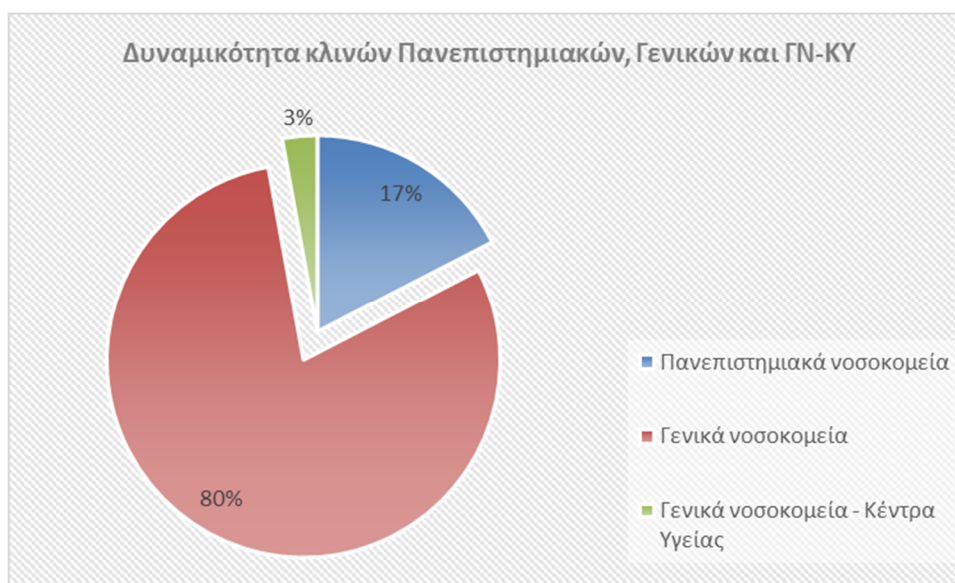






Από το σύνολο των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας (μη συμπεριλαμβανομένων των ψυχιατρικών, του Αρεταίειου και των στρατιωτικών όπως έχει αναφερθεί), το 80% των κλινών αφορά γενικά νοσοκομεία, το 3% γενικά νοσοκομεία – κέντρα υγείας και το 17% πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Επισημαίνεται ότι, όπως θα αναλυθεί και στις ενότητες που ακολουθούν, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία χαίρουν ιδιαίτερης εκτίμησης από τον πληθυσμό της χώρας, ενώ παράλληλα λειτουργούν σε υψηλά επίπεδα λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας.

**Διάγραμμα 16: Δυναμικότητα Πανεπιστημιακών, Γενικών Νοσοκομείων και Γενικών Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας, 2011**



Η δυναμικότητα κλινών των νοσοκομείων της χώρας ανά περιφέρεια παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Το μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας είναι το ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» που διαθέτει 933 κλίνες και ακολουθούν το ΓΝ Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» με 893 κλίνες και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων με 873 κλίνες.



Πίνακας 25: Δυναμικότητα κλινών νοσοκομείων του ΕΣΥ, 2011

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	351
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΘΗΡΩΝ «ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ»	20
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	463
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	688
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	462
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»	132
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΠΑΙΔΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»	361
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»	596
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	417
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	380
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΩΝ/ΛΕΙΟ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ Ν. ΙΩΝΙΑΣ «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»	279
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»	439
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»	233
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	618
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	736
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	686
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	148
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ	108
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»	31
ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	152
ΓΝ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»	442
ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»	172
ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	423
ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	933
ΓΝΑ ΚΑΤ	554
ΓΝΑ ΛΑΪΚΟ	568
ΓΝΔΑ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»	108
ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»	421
Ν. ΑΦΡΟΔ. & ΔΕΡΜ. ΝΟΣΩΝ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»	107
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»	200
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»	378
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	40
ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	128
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>11.774</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΣΠΡΩΤΙΑΣ	86
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	228
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	337
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	116
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	873
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1640</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΖΑΚΥΝΘΟΥ «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ»	89
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	208

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ, ΕΒΡΟΣ	121
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	263
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	394
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	209
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	254
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	500
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.741</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Β. ΑΙΓΑΙΟΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑΡΙΑΣ	40
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΗΜΝΟΥ	92
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»	237
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΜΟΥ «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	117
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»	106
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>592</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	30
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	43
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	136
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	93
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ	83
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	90
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	271
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»	127
ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	155
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ Ν. ΕΛΛΑΔΟΣ	50
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «Η ΒΟΗΘΕΙΑ»	663
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1741</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	93
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	107
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»	178
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»	219
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»	120
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>717</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»	360
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	262
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»	269
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	275
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ	576
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1742</b>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»	378
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	40



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	105
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΑΔΑΣ	80
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ «ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ»	35
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>517</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΚΛΙΝΕΣ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	74
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ «ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ»	20
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ	75
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	134
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΚΕΙΟ»	468
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ	191
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	455
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	756
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>2173</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΚΛΙΝΕΣ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ «ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ»	85
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΩ	59
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΞΟΥ	20
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ	336
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΙΟ»	96
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>596</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΚΛΙΝΕΣ</b>
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	110
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	302
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	69
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΛΑΩΝ	63
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	181
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	116
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	168
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	206
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1215</b>

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	179
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	200
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	157
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»	193
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»	150
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	284
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	732
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	893
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»	691
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	177
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ	254
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΟΥΣΑΣ	120
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	360
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	146
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	33
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	93
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ	623
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>5703</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΚΛΙΝΕΣ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΥΣΤΟΥ «ΔΙΟΚΛΕΙΟ΄»	27
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΜΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	28
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ ΦΩΚΙΔΑΣ	94
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	59
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ	60
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	296
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	94
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	174
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>832</b>

### 5.1.3 Παρουσίαση ανθρώπινου δυναμικού

Η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κάθε οργανισμού. Στις υπηρεσίες υγείας, ο παράγοντας αυτός διαδραματίζει ακόμα μεγαλύτερο ρόλο, αφενός γιατί είναι εντάσεως εργασίας, αφετέρου, λόγω του μεγέθους της ευθύνης που καλείται να αναλάβει. Η ισόρροπη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη διαδικασία σχεδιασμού καθώς αποτελεί σοβαρό ανασταλτικό παράγοντα ως προς την ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού της χώρας και την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας.

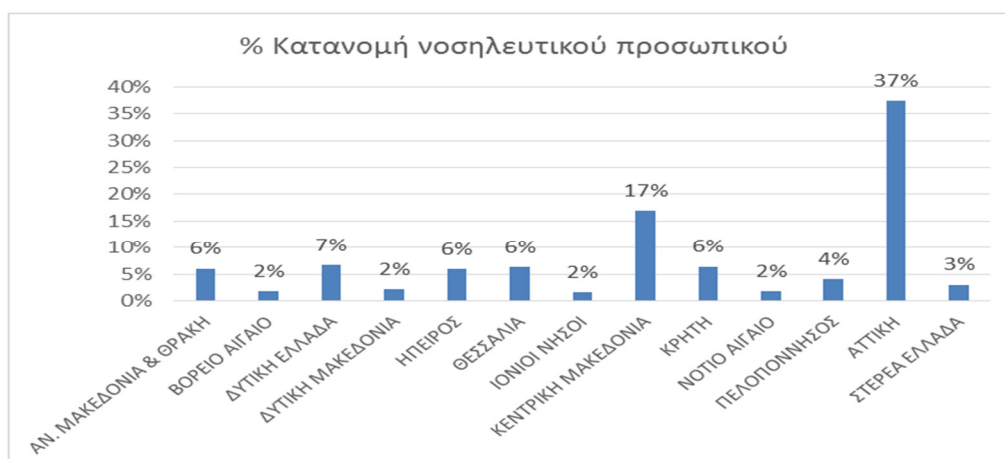


Το ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία περιλαμβάνει πλήθος ειδικοτήτων, ωστόσο μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε πέντε βασικές ομάδες: ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνικό και παραϊατρικό προσωπικό. Για τεχνικούς λόγους, στην παρούσα ανάλυση εστιάζουμε στο ιατρικό, νοσηλευτικό και σύνολο προσωπικού.

**Διάγραμμα 17: Ποσοστιαία κατανομή ιατρικού προσωπικού, 2011**



**Διάγραμμα 18: Ποσοστιαία κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού, 2011**



**Διάγραμμα 19: Ποσοστιαία κατανομή συνολικού προσωπικού, 2011**





Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω στοιχεία, το 56% του συνόλου του προσωπικού των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι χωροθετημένο στις Περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, ωστόσο το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 61% όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό (λόγω της υπερσυγκέντρωσης στην Αττική) και μειώνεται στο 54% όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας. Αναλυτικά τα στοιχεία προσωπικού ανά περιφέρεια παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν:

**Πίνακας 26 Απασχολούμενο προσωπικό νοσοκομείων του ΕΣΥ, 2011**

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	365	484	1285
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΘΗΡΩΝ «ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ»	16	18	62
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	345	267	1107
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	594	822	2006
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	402	536	1297
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ 'ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»	101	119	325
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΠΑΙΔΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»	330	410	1108
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»	505	622	1501
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	311	507	1183
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	295	437	1133
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΩΝ/ΛΕΙΟ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ Ν. ΙΩΝΙΑΣ «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»	245	253	760
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»	168	185	783
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»	184	285	762
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ»	480	626	1667
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	426	775	1824
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	407	660	1548
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	128	175	446
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ	69	105	257
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»	22	38	106
ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	112	157	420
ΓΝ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»	364	531	1349
ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»	198	222	583
ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	370	488	1232
ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	786	1060	2574
ΓΝΑ ΚΑΤ	380	731	1532
ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»	462	591	1462
ΓΝΔΑ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»	89	189	422
ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»	282	318	933
Ν. ΑΦΡΟΔ. & ΔΕΡΜ. ΝΟΣΩΝ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»	117	89	326
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»	87	117	319
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»	262	357	947
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	36	58	162
ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	111	417	846
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>9049</b>	<b>12649</b>	<b>32267</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ ΘΕΣΣΠΡΩΤΙΑΣ	61	97	261
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	109	403	705
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	214	489	1043
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ	63	160	343

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ &amp; ΘΡΑΚΗΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ, ΕΒΡΟΣ	59	171	340
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	124	295	647
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	211	482	1004
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	107	210	499
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	137	280	629
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	442	596	1391
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1080</b>	<b>2034</b>	<b>4510</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Β. ΑΙΓΑΙΟΥ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑΡΙΑΣ	23	38	89
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΜΗΝΟΥ	38	55	174
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»	122	260	540
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΜΟΥ «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ»	60	118	288
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»	58	128	306
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>301</b>	<b>599</b>	<b>1397</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	17	19	74
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	23	44	106
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	108	274	572
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	50	119	253
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ	51	93	241
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	58	102	228
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	282	453	1140
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»	90	207	440
ΓΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	61	137	337
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ Ν. ΕΛΛΑΔΟΣ	20	50	111
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «Η ΒΟΗΘΕΙΑ»	520	777	1913
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1280</b>	<b>2275</b>	<b>5415</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	49	131	271
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	68	109	280
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»	100	208	442
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»	79	151	352
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»	51	114	275
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>347</b>	<b>713</b>	<b>1620</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»	173	381	885
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	139	324	743
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»	229	375	908
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	143	359	755



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	557	867	2160
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1004</b>	<b>2016</b>	<b>4512</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΖΑΚΥΝΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ»	50	107	240
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	101	217	468
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	71	89	242
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΑΔΑΣ	52	95	220
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ «ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ»	11	17	57
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>285</b>	<b>525</b>	<b>1227</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	54	84	212
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ «ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ»	11	19	60
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ	53	93	230
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	92	136	367
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΚΕΙΟ»	326	462	1179
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ	110	194	455
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	247	414	933
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	576	760	2083
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1469</b>	<b>2162</b>	<b>5519</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ «ΤΟ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ»	27	67	158
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΩ	33	64	180
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΞΟΥ	25	29	90
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ	147	313	654
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΙΟ»	61	102	256
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>293</b>	<b>575</b>	<b>1338</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	64	151	301
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	127	357	743
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	54	100	234
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΔΩΝ	40	30	121
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ	125	197	530
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	40	101	256
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	85	170	382
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	108	241	602
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>643</b>	<b>1347</b>	<b>3169</b>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ	441	686	1564
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1125</b>	<b>2125</b>	<b>4855</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»	244	256	753
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	38	42	137
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	137	241	556
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	108	196	464
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	98	195	427
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»	139	256	588
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»	139	209	491
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	176	275	662
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	463	680	1537
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	633	722	2108
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»	432	662	1510
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	128	241	539
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ	119	306	603
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΟΥΣΑΣ	66	120	268
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	206	436	946
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	93	156	387
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	41	36	115
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	67	56	187
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ	509	648	1697
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3836</b>	<b>5733</b>	<b>13975</b>

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</b>			
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΙΑΤΡ.</b>	<b>ΝΟΣΗΛ.</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΡΥΣΤΟΥ «ΔΙΟΚΛΕΙΟ'»	29	37	104
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΜΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	20	19	77
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ ΦΩΚΙΔΑΣ	54	99	255
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	46	59	168
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ	41	65	166
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ	132	368	769
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	82	154	343
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	64	217	444
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>468</b>	<b>1018</b>	<b>2326</b>



## 5.2 Παρουσίαση νοσηλευτικής δραστηριότητας

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται και αξιολογούνται οι κύριες συνιστώσες που διαμορφώνουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Οι συνιστώσες αυτές στην έρευνά μας αφορούν τον αριθμό των νοσηλευθέντων, τις ημέρες νοσηλείας, τον αριθμό των εισαγωγών σε ΤΕΠ, ΤΕΙ και τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων ανά νοσοκομείο και περιφέρεια.

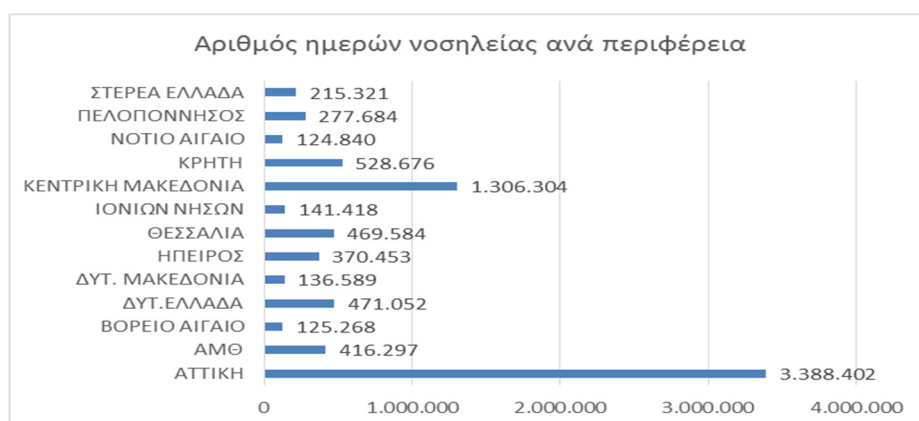
### 5.2.1 Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας

Η υψηλότερη ζήτηση για νοσηλεία παρουσιάζεται στα νοσοκομεία της Αττικής, όπου συγκεντρώνει το 36% του συνόλου των νοσηλευθέντων, και ακολουθεί η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας με 18% και της Κρήτης με 7%. Τη χαμηλότερη ζήτηση συγκεντρώνει η Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως το σύνολο των νησιωτικών περιφερειών (Αιγαίο, Ιόνιο και Κρήτη), παρά τον υψηλό τουρισμό, συγκεντρώνει μόλις το 12% του συνολικού αριθμού νοσηλευθέντων της χώρας.

**Διάγραμμα 20: Αριθμός νοσηλευθέντων ανά περιφέρεια, νοσοκομεία ΕΣΥ, 2011**



**Διάγραμμα 21: Ημέρες νοσηλείας ανά περιφέρεια, νοσοκομεία ΕΣΥ, 2011**





### 5.2.1.1 Περιφέρεια Αττικής

Ο συνολικός αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκε σε νοσοκομεία της Περιφέρειας Αττικής για το 2011 ανέρχεται στα 779.689 άτομα. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει το 35,9% των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 43,7% των νοσηλευθέντων της Αττικής (340.732 άτομα) εξυπηρετήθηκε από μόνο έξι νοσοκομεία της Περιφέρειας ως εξής: στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» νοσηλεύτηκαν 68.816 άτομα (8,83%), στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» νοσηλεύτηκαν 58.631 άτομα (7,52%), στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» νοσηλεύτηκαν 56.807 άτομα (7,29%), στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» νοσηλεύτηκαν 55.157 άτομα (7,07%), στο ΓΝΑ «Λαϊκό» νοσηλεύτηκαν 51.922 άτομα (6,66%) και στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία» νοσηλεύτηκαν 49.405 άτομα (6,34%).

Το υπόλοιπο 36,4% των νοσηλευθέντων στην Περιφέρεια Αττικής εξυπηρετήθηκε από τα νοσοκομεία: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο» που νοσήλευσε 37.965 άτομα (4,87%), Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» με 35.051 νοσηλευθέντες (4,5%), Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα» με 30.821 νοσηλευθέντες (3,95%), ΓΝΑ ΚΑΤ με 30.484 νοσηλευθέντες (3,91%), Γενικό Νοσοκομείο ΜΑαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» με 27.380 νοσηλευθέντες (3,51%), ΓΝΑ «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» με 26.596 νοσηλευθέντες (3,41%), Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο» με 25.493 νοσηλευθέντες (3,27%), Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Παιδών «Π. & Α. Κυριακού» με 24.621 νοσηλευθέντες (3,16%), ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο» με 24.474 νοσηλευθέντες (3,14%) και Ασκληπιείο Βούλας με 21.259 νοσηλευθέντες (2,73%).

Αξίζει να επισημανθεί ότι το 80% περίπου των νοσηλευθέντων για το 2011 στην Περιφέρεια Αττικής εξυπηρετήθηκε από 16 νοσοκομεία σε σύνολο 33 νοσοκομείων που δραστηριοποιούνται στην Περιφέρεια, ήτοι από το 50% περίπου των νοσοκομείων της Περιφέρειας Αττικής.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας σε κάθε νοσοκομείο της Περιφέρειας Αττικής παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ημερών νοσηλείας εμφανίζεται στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» με 333.970 ημέρες νοσηλείας, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» με 267.906 ημέρες νοσηλείας και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» με 259.396 ημέρες νοσηλείας.



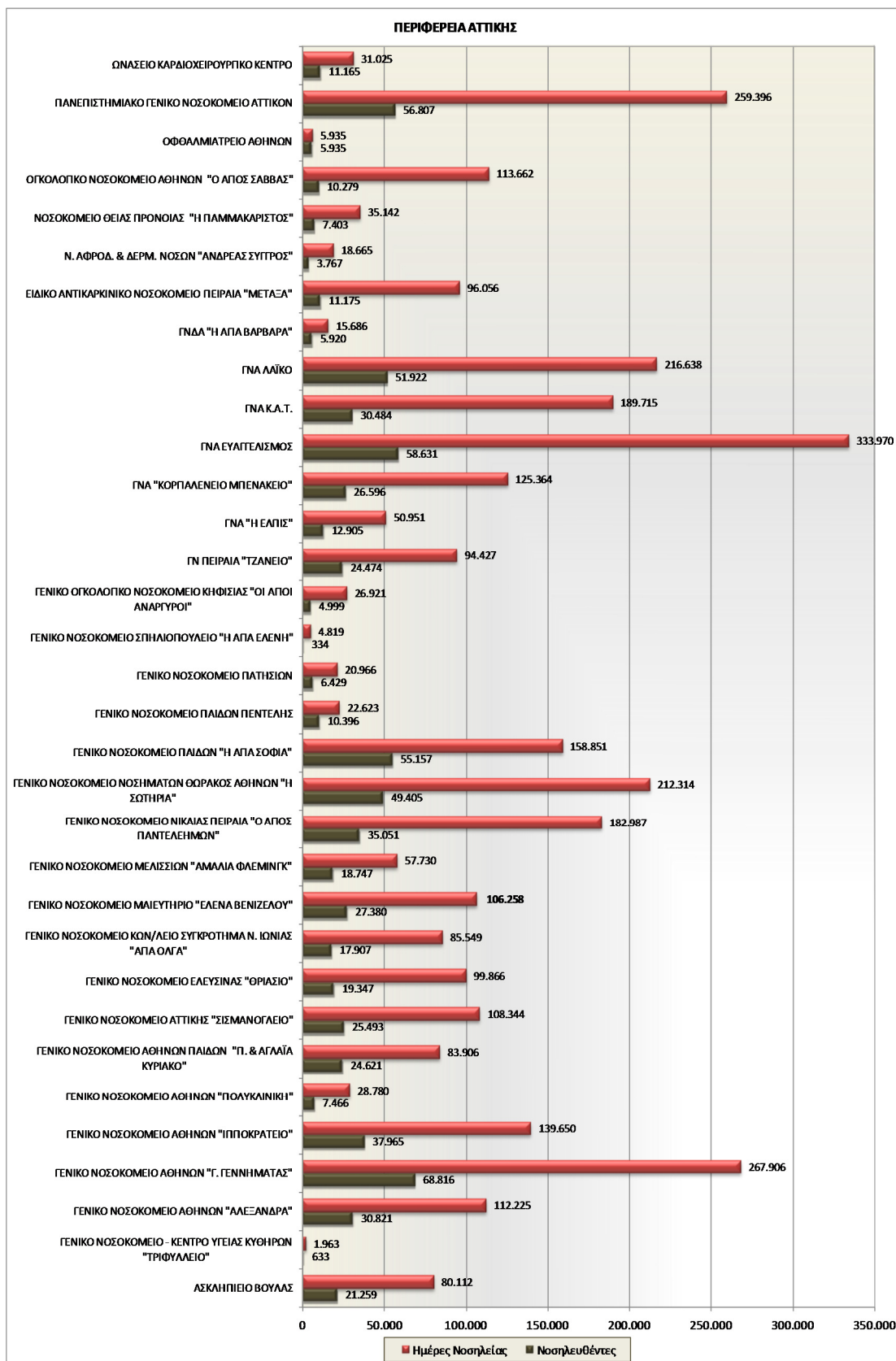


Το χαμηλότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζουν τα νοσοκομεία Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κυθήρων «Τριφύλλειο» με 1.963 ημέρες νοσηλείας, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη» με 4.819 ημέρες νοσηλείας, το Οφθαλμιατρείο Αθηνών με 5.935 ημέρες νοσηλείας, το ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα» με 15.686 ημέρες νοσηλείας και το Νοσοκομείο Αφροδίσιων & Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» με 18.665 ημέρες νοσηλείας.

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι παρατηρούνται νοσοκομεία τα οποία σε σχέση με τον αριθμό των περιστατικών που νοσηλεύουν εμφανίζουν κατ' αναλογία σημαντικά αυξημένο αριθμό ημερών νοσηλείας, γεγονός που σχετίζεται με το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν αλλά και με τη μέση διάρκεια νοσηλείας αυτών, η οποία θα εξεταστεί αναλυτικά σε επόμενο κεφάλαιο.



Διάγραμμα 22: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Αττικής, 2011





### 5.2.1.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Όσον αφορά τον αριθμό των νοσηλευθέντων της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας παρατηρείται ότι ο συνολικός αριθμός των ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Περιφέρειας για το 2011 ανέρχεται στα 385.507 άτομα. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει το 17,7% των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 62% των νοσηλευθέντων της Κεντρικής Μακεδονίας (239.399 άτομα) εξυπηρετήθηκε από μόνο πέντε νοσοκομεία της Περιφέρειας ως εξής: στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» νοσηλεύθηκαν 65.862 άτομα (17,08%), στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» νοσηλεύτηκαν 58.351 άτομα (15,14%), στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» νοσηλεύθηκαν 51.044 άτομα (13,24%), στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ νοσηλεύθηκαν 38.741 άτομα (10,05%) και στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών νοσηλεύθηκαν 25.401 άτομα (6,59%).

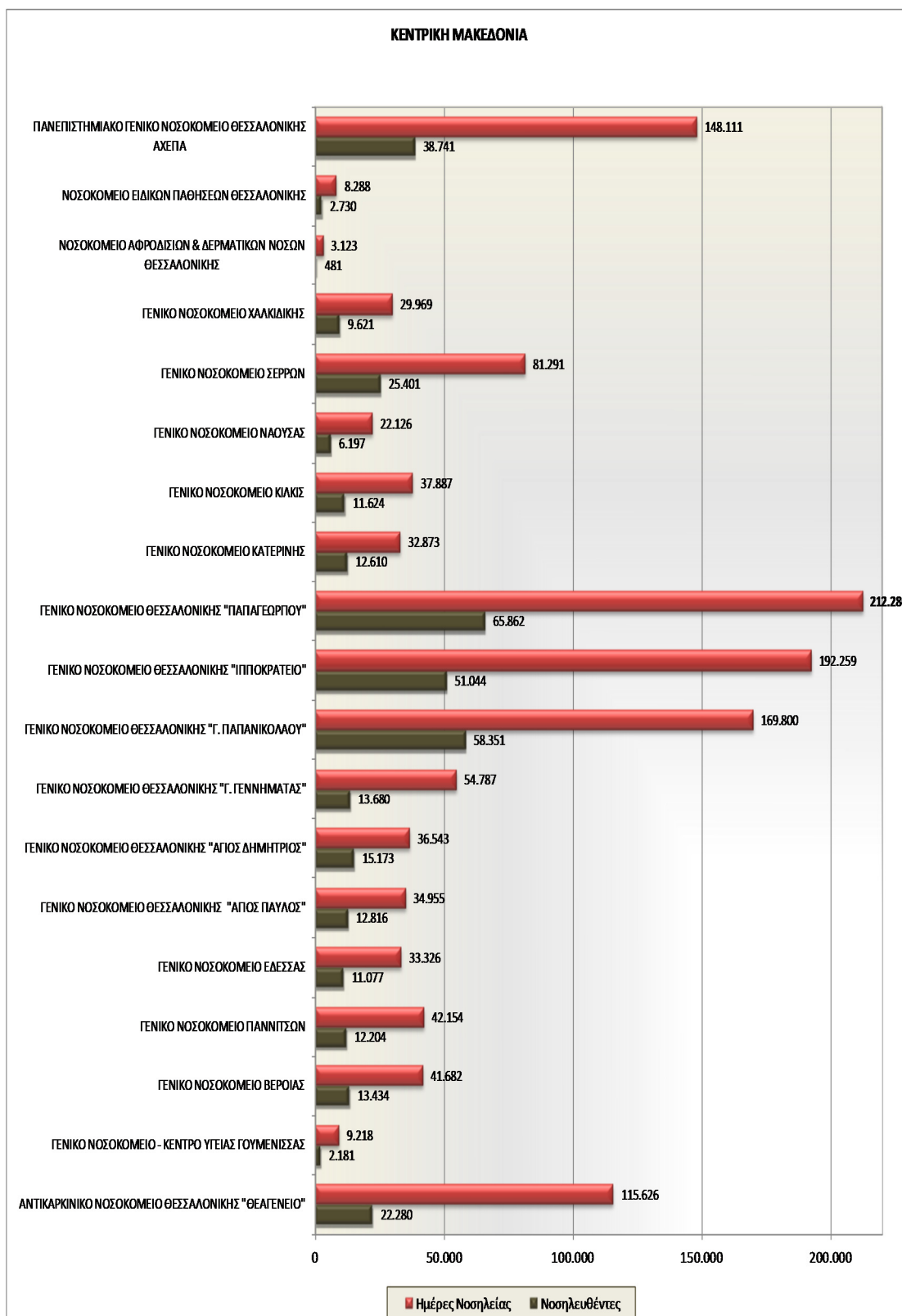
Παρατηρούμε επομένως ότι το 62% περίπου των νοσηλευθέντων για το 2011 στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας εξυπηρετήθηκε από πέντε νοσοκομεία σε σύνολο 19 νοσοκομείων που δραστηριοποιούνται στην Περιφέρεια, ήτοι από το 26% περίπου των νοσοκομείων της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ημερών νοσηλείας εμφανίζεται στο ΓΝΘ «Παπαγεωργίου» με 212.286 ημέρες νοσηλείας, ακολουθεί το ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» με 192.259 ημέρες νοσηλείας, το ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» με 169.800 ημέρες νοσηλείας, το ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ με 148.111 ημέρες νοσηλείας και το ΑΝΘ «Θεαγένειο» με 115.626 ημέρες νοσηλείας.

Το χαμηλότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το Νοσοκομείο Αφροδίσιων & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης με 3.123 ημέρες νοσηλείας, ακολουθεί το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης με 8.288 ημέρες νοσηλείας, το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας με 9.218 ημέρες νοσηλείας, το Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας με 22.126 ημέρες νοσηλείας και το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής με 29.969 ημέρες νοσηλείας.



**Διάγραμμα 23: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011**





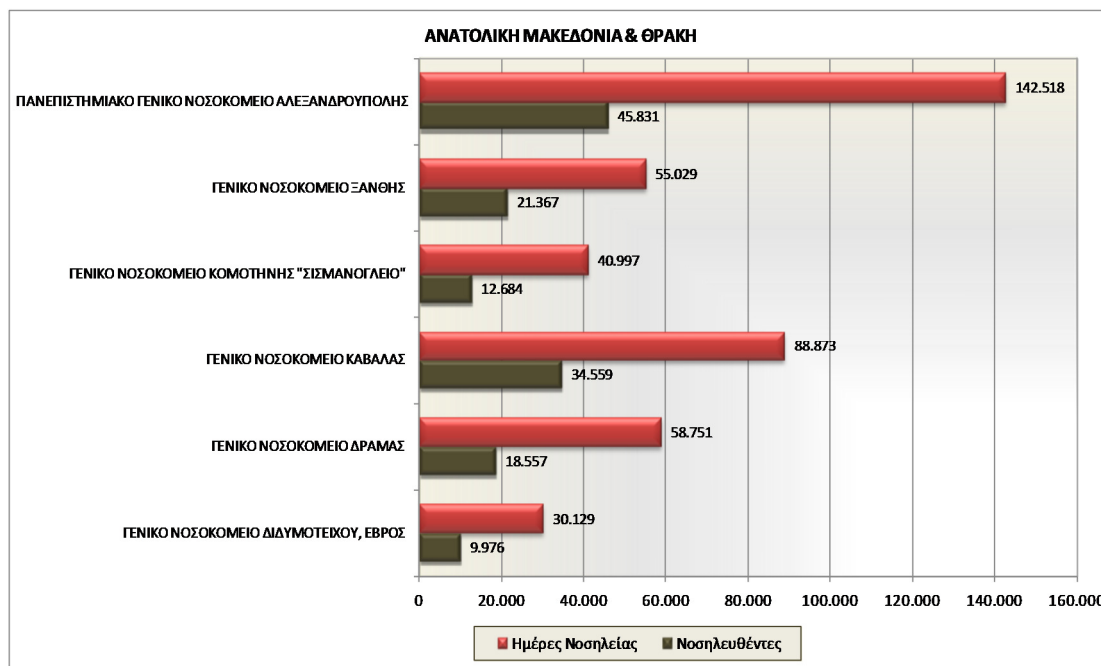
### 5.2.1.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης για το 2011 ανέρχεται στα 142.974 άτομα και αντιπροσωπεύει το 7% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία στο σύνολο της χώρας.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 56,23% των νοσηλευθέντων της Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης εξυπηρετήθηκε από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης όπου νοσηλεύθηκαν 45.831 άτομα (32,06%) και το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας στο οποίο νοσηλεύθηκαν 34.559 άτομα (24,17%). Ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης το οποίο εξυπηρετήσε 21.367 άτομα και το Γενικό Νοσοκομείο Δράμας το οποίο εξυπηρετήσε 18.557 άτομα.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ημερών νοσηλείας εμφανίζεται στο ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης με 142.518 ημέρες νοσηλείας, ακολουθεί το ΓΝ Καβάλας με 88.873 ημέρες νοσηλείας, το ΓΝ Δράμας με 58.751 ημέρες νοσηλείας, το ΓΝ Ξάνθης με 55.029 ημέρες νοσηλείας το ΓΝ Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» με 40.997 ημέρες νοσηλείας και το ΓΝ Διδυμότειχου με 30.129 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 24: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**





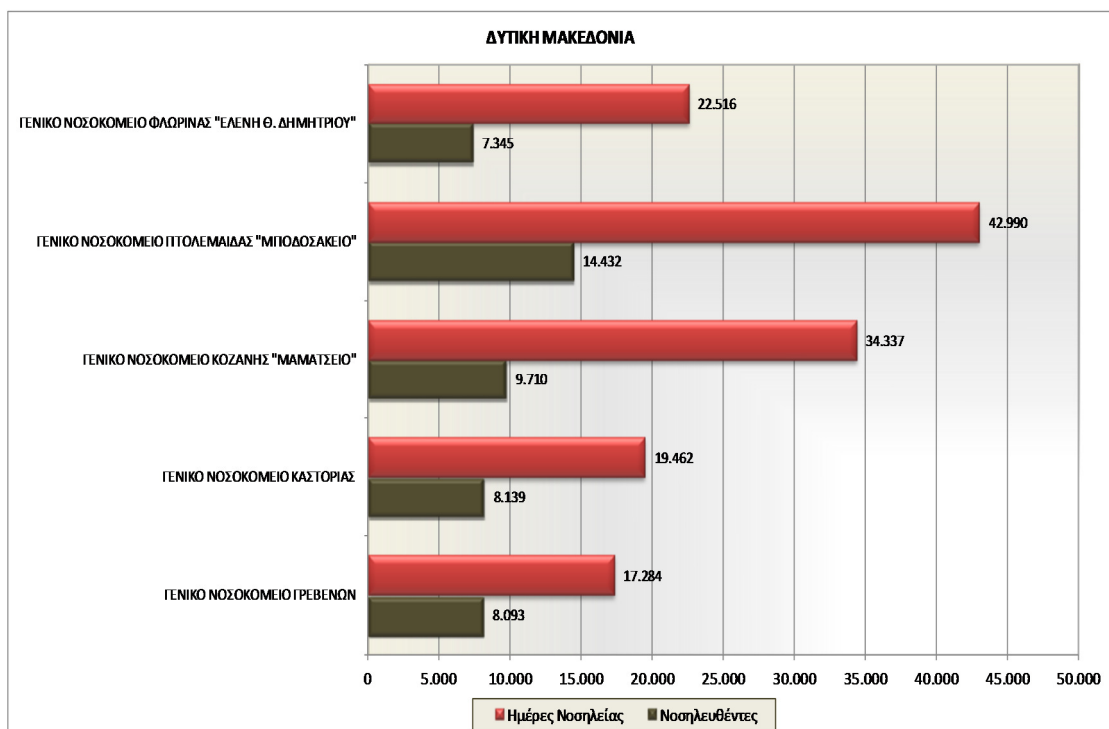
#### 5.2.1.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας για το 2011 ανέρχεται στα 47.719 άτομα και αντιπροσωπεύει το 2,2% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 30,24% των νοσηλευθέντων της Δυτικής Μακεδονίας εξυπηρετήθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας «Μποσδάκειο» όπου νοσηλεύθηκαν 14.432 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο» το οποίο εξυπηρετήσε 9.710 άτομα (20,35%), το Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς με 8.139 άτομα (17,06%), το Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών με 8.093 νοσηλευθέντες (16,96%) και Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου» το οποίο εξυπηρετήσε 7.345 άτομα (15,39%).

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Πτολεμαΐδας «Μποσδάκειο» με 42.990 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Κοζάνης «Μαμάτσειο» με 34.337 ημέρες νοσηλείας, ενώ το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Γρεβενών με 17.287 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 25: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**





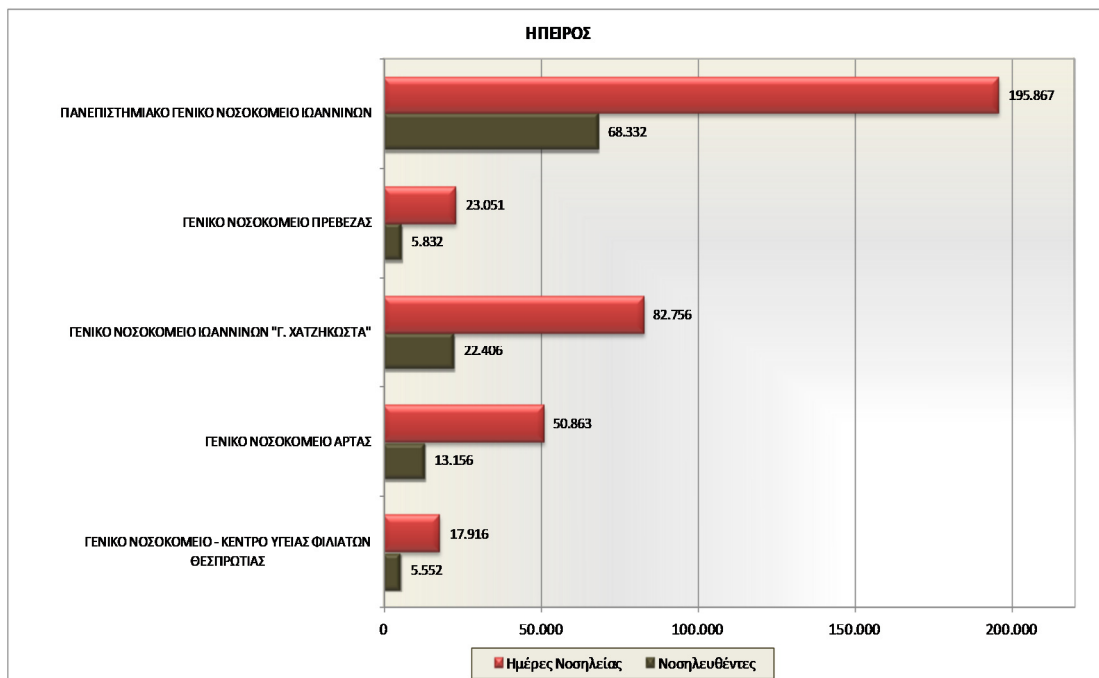
### 5.2.1.5 Περιφέρεια Ηπείρου

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Ηπείρου για το 2011 ανέρχεται στα 115.278 άτομα και αντιπροσωπεύει το 5,3% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 59,28% των νοσηλευθέντων της Ηπείρου εξυπηρετήθηκε από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων όπου νοσηλεύθηκαν 68.332 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» το οποίο εξυπηρετήσε 22.406 άτομα (19,44%), το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας με 13.156 άτομα (11,41%), το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας με 5.832 νοσηλευθέντες (5,06%) και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Φιλιατών το οποίο εξυπηρετήσε 5.552 άτομα (4,82%).

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Ηπείρου το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΠΓΝ Ιωαννίνων με 195.867 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» με 82.756 ημέρες νοσηλείας, ενώ το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Φιλιατών με 17.916 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 26: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011**





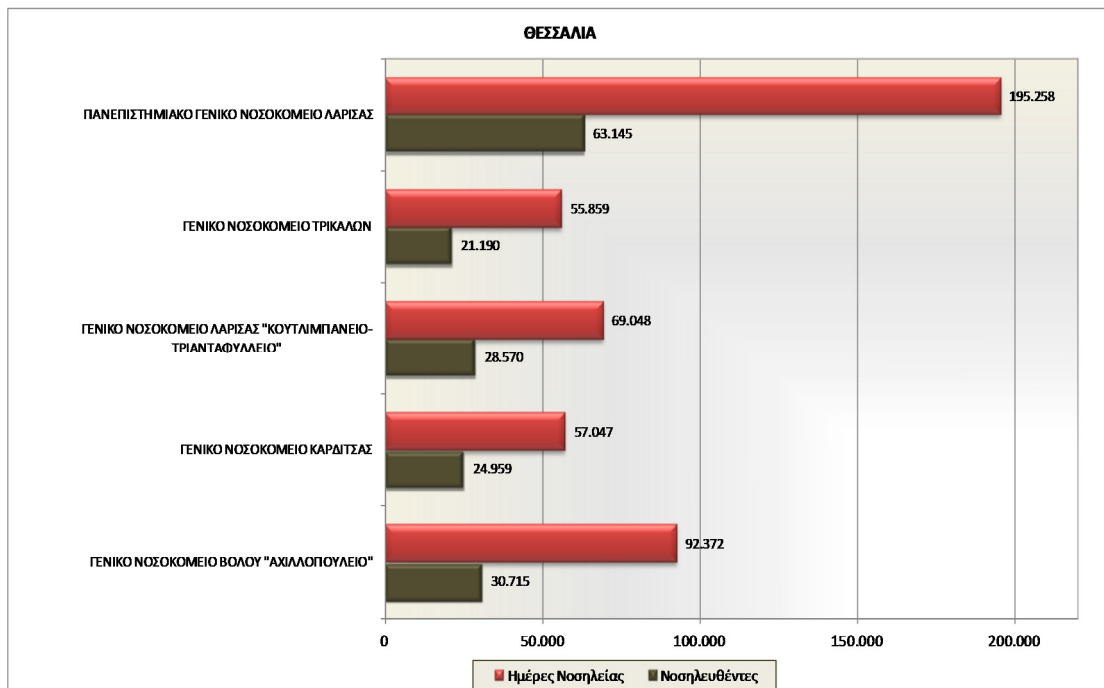
### 5.2.1.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Θεσσαλίας για το έτος 2011 ανέρχεται στα 168.579 άτομα και αντιπροσωπεύει το 7,8% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 37,46% των νοσηλευθέντων της Θεσσαλίας εξυπηρετήθηκε από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας όπου νοσηλεύθηκαν 63.145 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» το οποίο εξυπηρετήσε 30.715 άτομα (18,22%), το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο-Τριανταφύλλειο» με 28.570 άτομα (16,95%), το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας με 24.959 νοσηλευθέντες (14,81%) και το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων το οποίο εξυπηρετήσε 21.190 άτομα (12,57%).

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΠΓΝ Λάρισας με 195.258 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο» με 92.372 ημέρες νοσηλείας, ενώ το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει ΓΝ Τρικάλων με 55.859 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 27: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011**







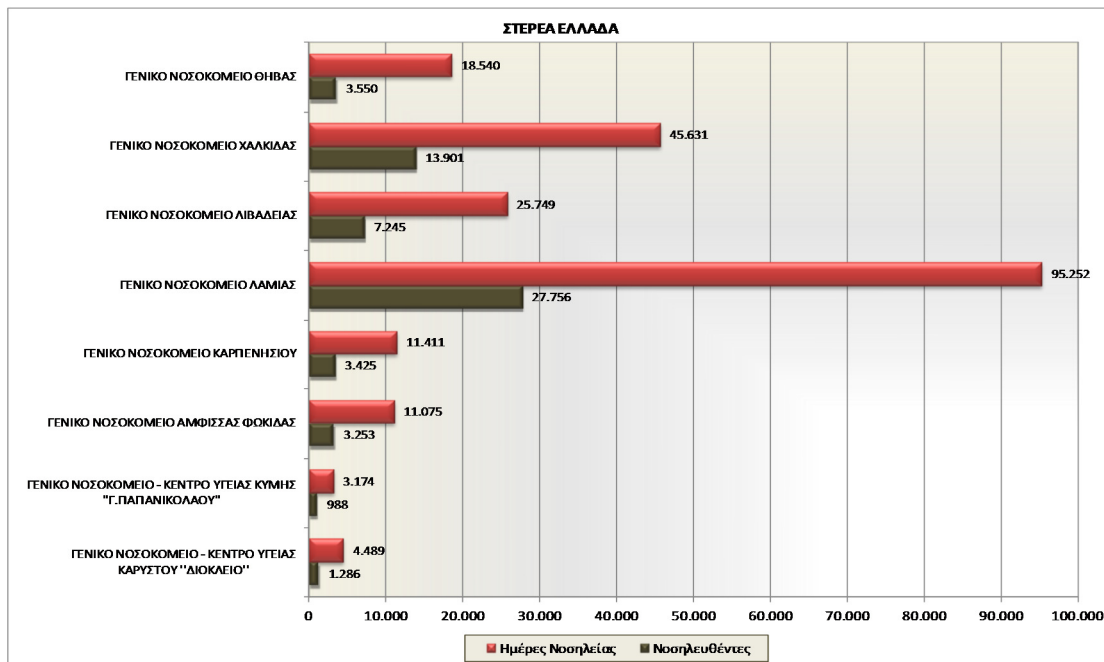
### 5.2.1.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας για το 2011 ανέρχεται στα 61.404 άτομα και αντιπροσωπεύει το 2,8% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 45,2% των νοσηλευθέντων της Στερεάς Ελλάδας εξυπηρετήθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας όπου νοσηλεύθηκαν 27.756 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας το οποίο εξυπηρετήσε 13.901 άτομα (22,64%), το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς με 7.245 άτομα (11,8%), το Γενικό Νοσοκομείο Θήβας με 3.550 νοσηλευθέντες (5,78%) και το Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου το οποίο εξυπηρετήσε 3.425 άτομα (5,58%). Τα υπόλοιπα τρία νοσοκομεία (Γενικό Νοσοκομείο Άμφισσας Φωκίδας, Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Καρύστου «Διόκλειο» και Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κύμης «Γ. Παπανικολάου») εξυπηρετήσαν συνολικά 5.527 νοσηλευθέντες, που αντιστοιχεί στο 9% του συνολικού αριθμού νοσηλευθέντων της περιφέρειας.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Λαμίας με 95.252 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Χαλκίδας με 45.631 ημέρες νοσηλείας, ενώ το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κύμης «Γ. Παπανικολάου» με 3.174 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 28: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Στ. Ελλάδας, 2011**



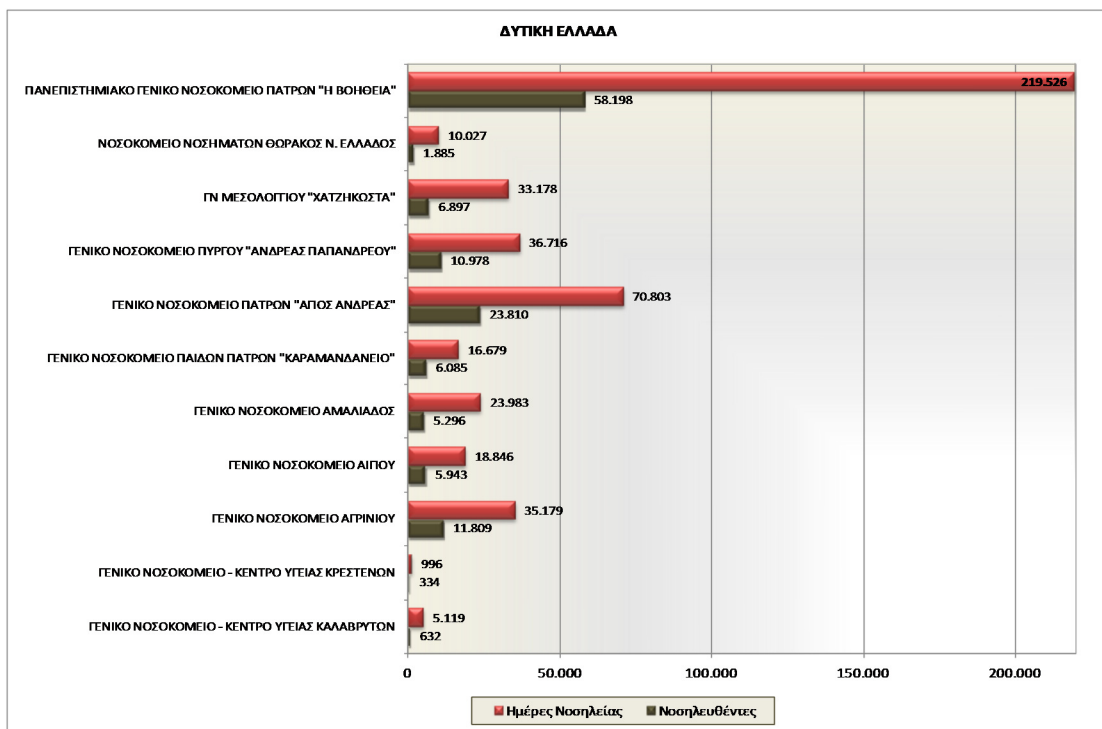


### 5.2.1.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας για το 2011 ανέρχεται στα 131.867 άτομα και αντιπροσωπεύει το 6,1% των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία στο σύνολο της χώρας. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 44,1% των νοσηλευθέντων της Δυτικής Ελλάδας εξυπηρετήθηκε από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Η Βοήθεια» όπου νοσηλεύθηκαν 58.198 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας» το οποίο εξυπνήρησε 23.810 άτομα (18,06%) και το Γενικό Νοσοκομείο Αργινίου με 11.809 άτομα (8,96%). Το μικρότερο αριθμό νοσηλευθέντων εμφανίζουν τα νοσοκομεία Κρεστένων με 334 νοσηλευθέντες (0,25%), Καλαβρύτων με 632 νοσηλευθέντες (0,48%), Νοσημάτων Θώρακος Ν. Ελλάδος με 1.885 νοσηλευθέντες (1,43%) και Μεσολογγίου «Χατζηκώστα» με 6.897 νοσηλευθέντες (5,23%).

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΠΓΝ Πατρών «Η Βοήθεια» με 219.526 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας» με 70.803 ημέρες νοσηλείας, ενώ το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κρεστένων με 996 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων με 5.119 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 29: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**





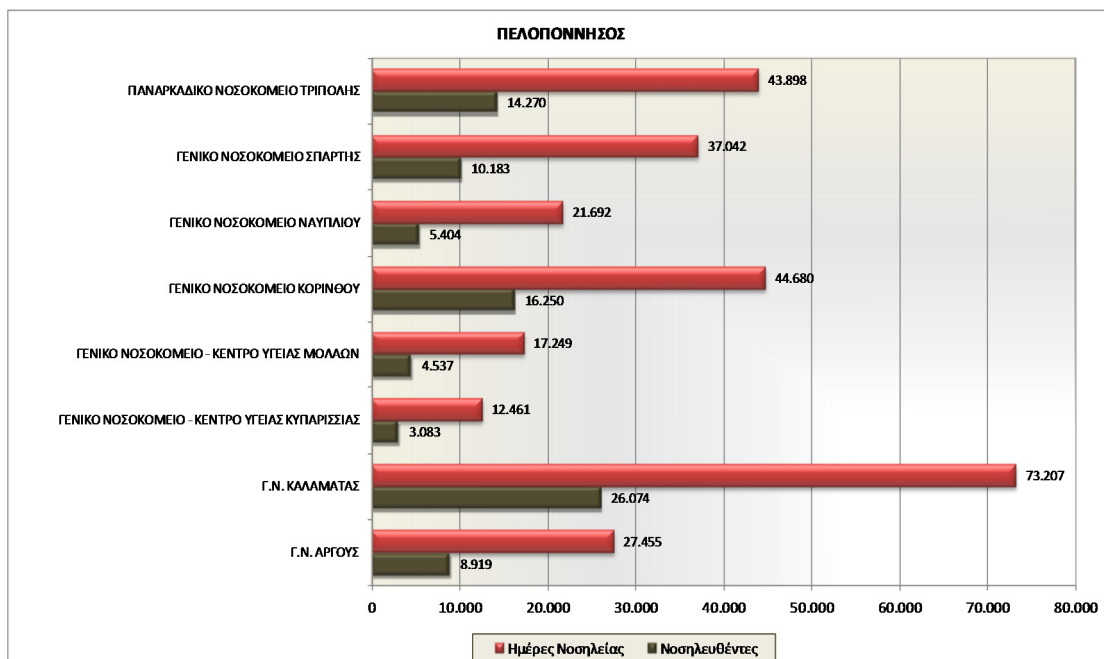
### 5.2.1.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου για το 2011 ανέρχεται στα 88.720 άτομα και αντιπροσωπεύει το 4,1% των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία στο σύνολο της χώρας.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 29,39% των νοσηλευθέντων της Πελοποννήσου εξυπηρετήθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας όπου νοσηλεύθηκαν 26.074 άτομα, ακολουθεί Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου το οποίο εξυπηρετήσε 16.250 άτομα (18,32%) και το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης με 14.270 άτομα (16,08%). Το μικρότερο αριθμό νοσηλευθέντων εμφανίζουν το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κυπαρισσίας με 3.083 νοσηλευθέντες (3,47%), ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Μολάων με 4.537 νοσηλευθέντες (5,11%) και το Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου με 5.404 νοσηλευθέντες (6,09%).

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Καλαμάτας με 73.207 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Κορίνθου με 44.680 ημέρες νοσηλείας, ενώ το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κυπαρισσίας με 12.461 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Μολάων με 17.249 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 30: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**





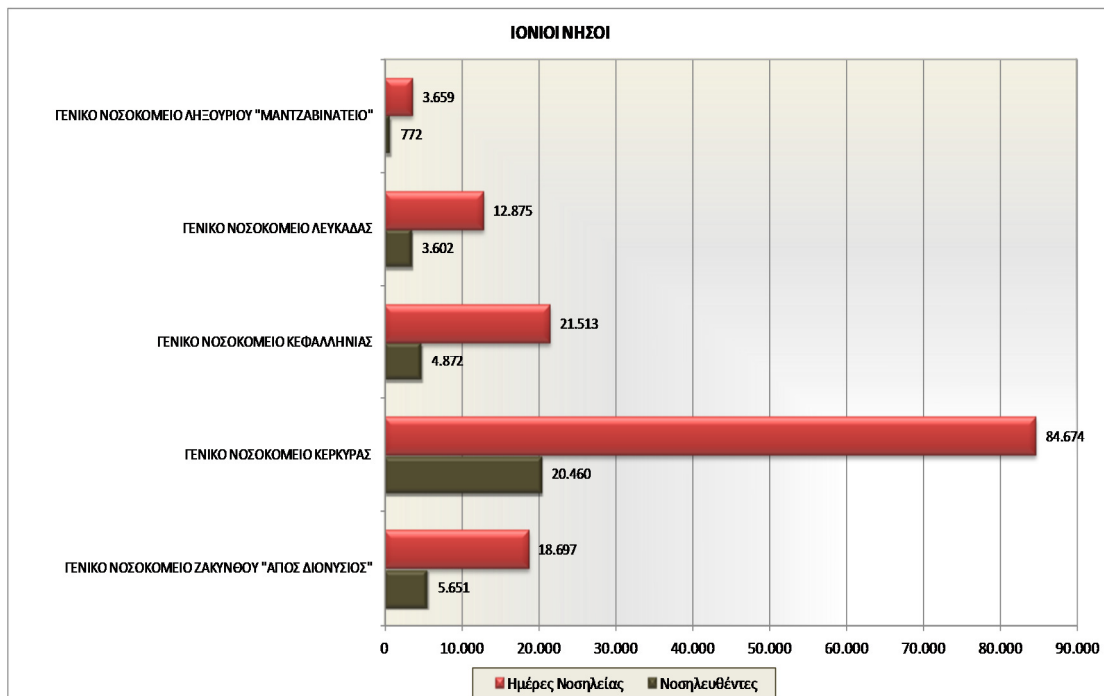
### 5.2.1.10 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Ιονίων Νήσων για το 2011 ανέρχεται στα 365.357 άτομα και αντιπροσωπεύει το 1,63% των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 57,87% των νοσηλευθέντων της Περιφέρειας εξυπηρετήθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας όπου νοσηλεύθηκαν 20.460 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου «Άγιος Διονύσιος» το οποίο εξυπηρετήσε 5.651 άτομα (15,98%), το Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας με 3.602 άτομα (13,78%), το Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας με 3.602 νοσηλευθέντες (10,19%) και το Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου «Μαντζαβινάτειο» με 772 νοσηλευθέντες (2,18%).

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Κέρκυρας με 84.674 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Κεφαλληνίας με 21.513 ημέρες νοσηλείας, το ΓΝ Ζακύνθου «Άγιος Διονύσιος» με 18.697 ημέρες νοσηλείας και το ΓΝ Λευκάδας και το ΓΝ Ληξουρίου «Μαντζαβινάτειο» με 12.875 και 3.659 ημέρες νοσηλείας αντίστοιχα.

**Διάγραμμα 31: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011**





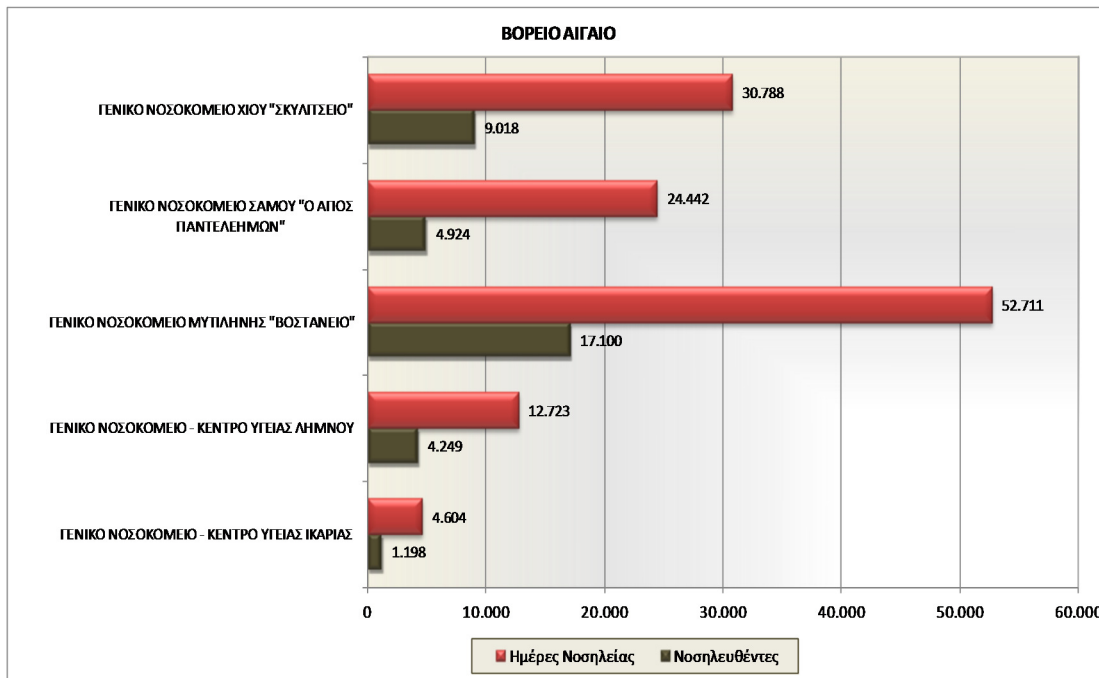
### 5.2.1.11 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου για το 2011 ανέρχεται στα 36.489 άτομα και αντιπροσωπεύει το 1,68% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 46,86% των νοσηλευθέντων της Περιφέρειας εξυπηρετήθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστανείο» όπου νοσηλεύθηκαν 17.100 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Χίου «Σκυλίτσειο» το οποίο εξυπηρετήσε 9.018 άτομα (24,71%), το Γενικό Νοσοκομείο Σάμου «Ο Άγιος Παντελεήμων» με 4.924 άτομα (13,49%), το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου με 4.249 (11,64%) νοσηλευθέντες και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ικαρίας με 1.198 (3,28%) νοσηλευθέντες.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Μυτιλήνης «Βοστανείο» με 52.711 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Χίου «Σκυλίτσειο» με 30.788 ημέρες νοσηλείας, το ΓΝ Σάμου «Ο Άγιος Παντελεήμων» με 24.442 ημέρες νοσηλείας και τα Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου και Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ικαρίας με 12.723 και 4.604 ημέρες νοσηλείας αντίστοιχα.

**Διάγραμμα 32: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Β. Αιγαίου, 2011**



### 5.2.1.12 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

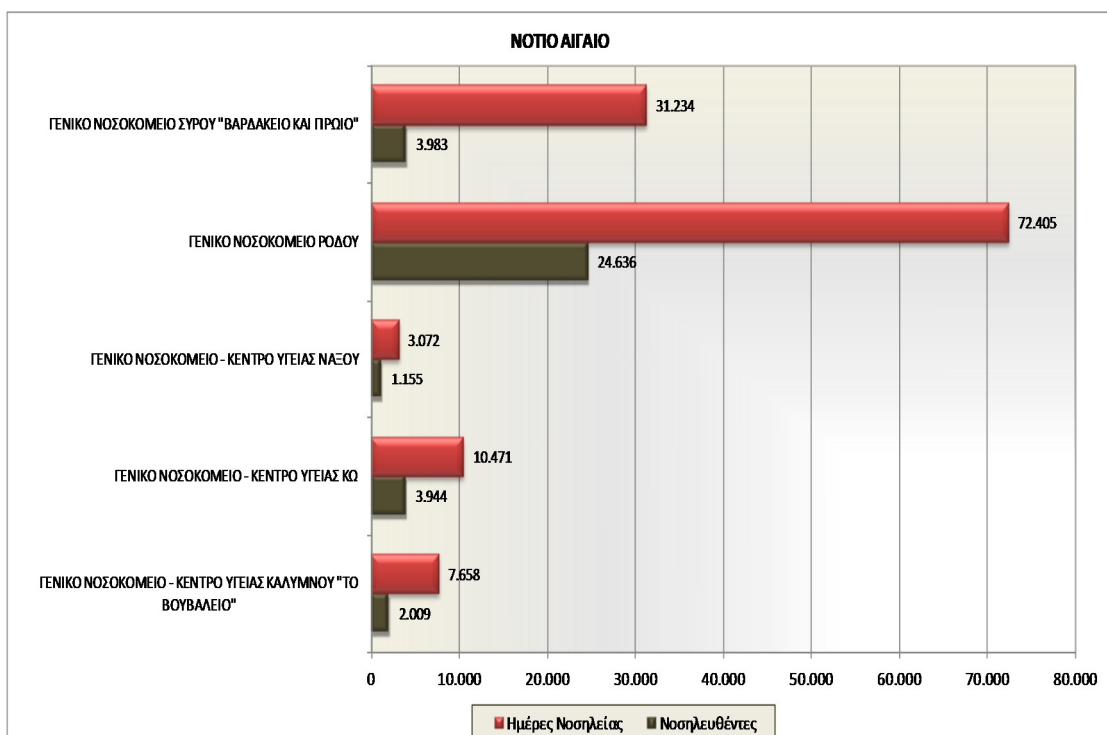
Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου για το έτος 2011 ανέρχεται στα 35.727 άτομα και αντιπροσωπεύει το 1,64% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας



Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 68,96% των νοσηλευθέντων της Περιφέρειας εξυπηρετήθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου όπου νοσηλεύθηκαν 24.636 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο» το οποίο εξυπνήρησε 3.983 άτομα (11,15%), το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κω με 3.944 άτομα (11,04%), το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Καλύμνου «Το Βουβάλειο» με 2.009 (5,62%) νοσηλευθέντες και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νάξου με 1.155 (3,23%) νοσηλευθέντες.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζει το ΓΝ Ρόδου με 72.405 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο» με 31.234 ημέρες νοσηλείας, το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κω με 10.471 ημέρες νοσηλείας και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Καλύμνου «Το Βουβάλειο» και Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νάξου με 7.658 και 3.072 ημέρες νοσηλείας αντίστοιχα.

**Διάγραμμα 33: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**





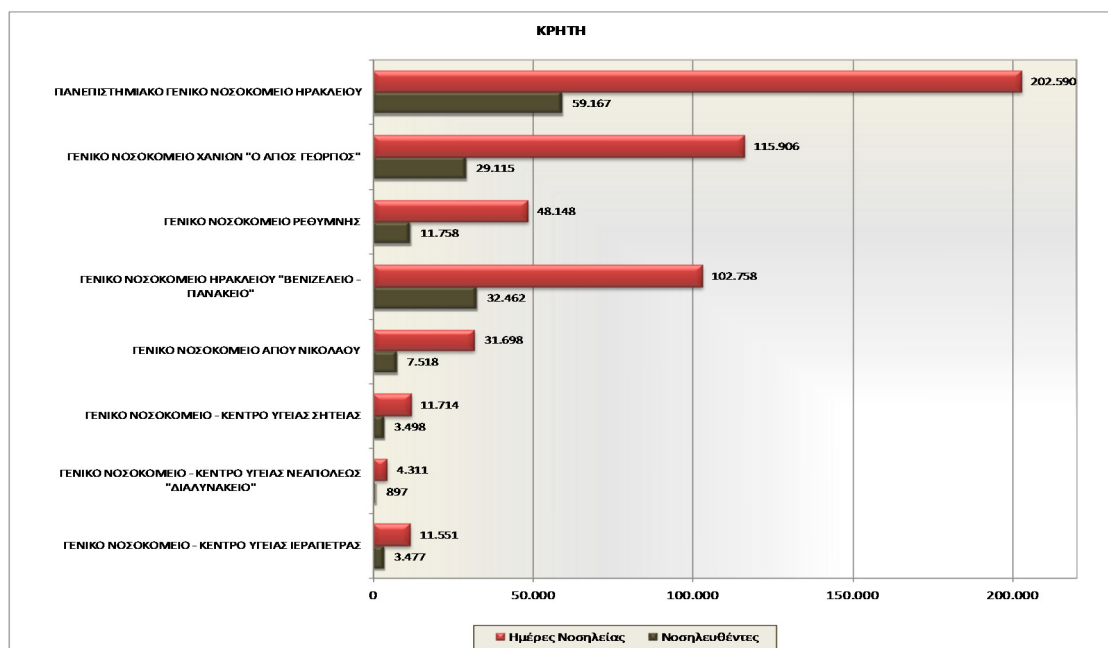
### 5.2.1.13 Περιφέρεια Κρήτης

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Κρήτης για το έτος 2011 ανέρχεται στα 147.892 άτομα και αντιπροσωπεύει το 6,8% περίπου των ατόμων που χρειάστηκαν νοσηλεία για το 2011 στο σύνολο της χώρας

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, το 40% των νοσηλευθέντων της Περιφέρειας εξυπηρετήθηκε από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου όπου νοσηλεύθηκαν 59.167 άτομα, ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλιο – Πανάκειο» το οποίο εξυπηρετήσε 32.462 άτομα (21,95%) και το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» με 29.115 άτομα (19,69%). Ο μικρότερος αριθμός νοσηλευθέντων φαίνεται να νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως «Διαλυνάκειο» όπου νοσηλεύθηκαν 897 άτομα το 2011 και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας στο οποίο νοσηλεύθηκαν 3.477 άτομα.

Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας, το μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζουν το ΠΓΝ Ηρακλείου με 202.590 ημέρες νοσηλείας και ακολουθεί το ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» με 115.906 ημέρες νοσηλείας και το ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλιο – Πανάκειο» με 102.758 ημέρες νοσηλείας. Το μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας εμφανίζουν το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως «Διαλυνάκειο» με 4.311 και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας με 11.714 ημέρες νοσηλείας.

**Διάγραμμα 34: Αριθμός νοσηλευθέντων και ημερών νοσηλείας στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**





## 5.2.2 Κίνηση σε Εξωτερικά Ιατρεία και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ανά περιφέρεια

Όσον αφορά την κίνηση στα Τακτικά Εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ο δείκτης υπολογίζεται σε αριθμό επισκέψεων ανά 1.000 κατοίκους και αποτυπώνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 27: Δείκτης ΤΕΠ & ΤΕΙ ανά Περιφέρεια, 2011

<b>ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΕΙ &amp; ΤΕΠ 2011 ανά ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>			
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>	<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>	<b>ΤΕΙ &amp; ΤΕΠ 2011</b>	<b>ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΕΙ &amp; ΤΕΠ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ</b>
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	608,182	749,576	1,232
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	199,231	267,566	1,343
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	679,796	860,928	1,266
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	283,689	341,157	1,203
ΗΠΕΙΡΟΣ	336,856	474,547	1,409
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	732,762	722,175	986
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	207,855	221,868	1,067
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1,880,058	2,361,973	1,256
ΚΡΗΤΗΣ	623,065	877,205	1,408
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	308,975	271,853	880
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	577,903	611,425	1,058
ΑΤΤΙΚΗΣ	3,827,624	2,954,291	772
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	547,390	427,115	780
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10,813,386</b>	<b>11,141,679</b>	<b>1,128</b>

Όπως φαίνεται και στα διαγράμματα που ακολουθούν, ο δείκτης επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά για την πλειοψηφία των περιφερειών της χώρας (**Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Βορείου Αιγαίου, Δυτικής Ελλάδας, Δυτικής Μακεδονίας και Κεντρικής Μακεδονίας**) κυμαίνεται από 1.200 έως και 1.350 ασθενείς, λίγο υψηλότερος από το μέσο όρο της χώρας, ο οποίος διαμορφώνεται στους 1.128 ασθενείς.

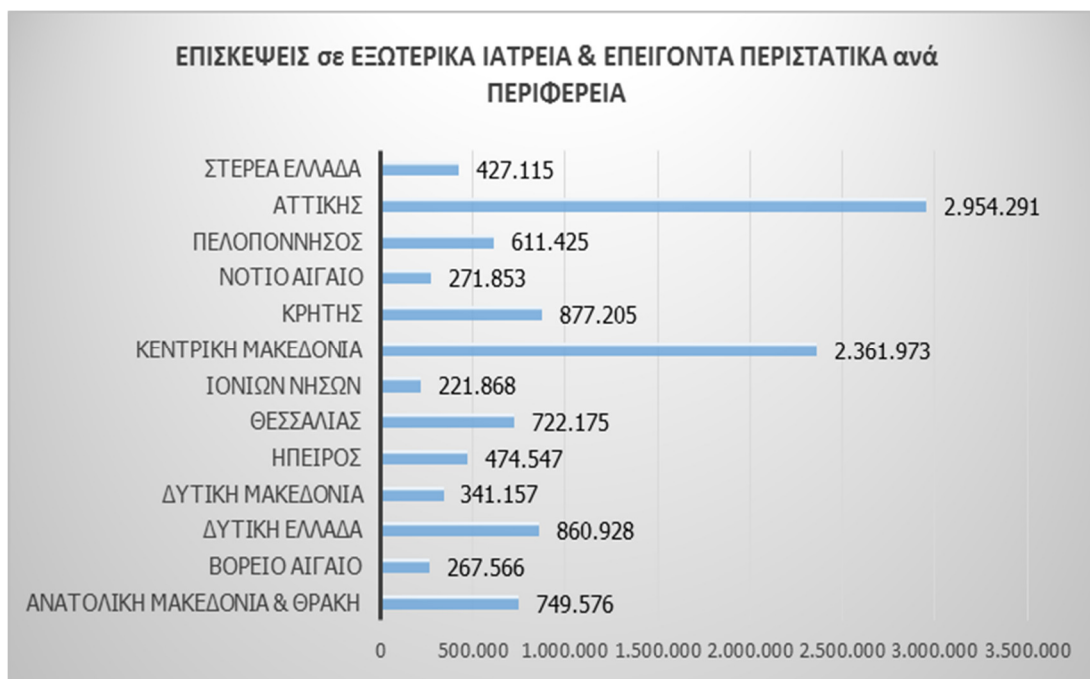
Η Περιφέρεια **Ηπείρου** και η Περιφέρεια **Κρήτης** παρουσιάζουν τον υψηλότερο δείκτη στην χώρα, με 1.409 και 1.408 ασθενείς αντίστοιχα, αυξημένο δηλαδή κατά 50% σχεδόν από τον εθνικό μέσο όρο. Οι Περιφέρειες **Πελοποννήσου** και **Ιονίων Νήσων** έχουν δείκτη που διαμορφώνεται στο 1.058 και 1.067 αντίστοιχα.

Οι Περιφέρειες **Θεσσαλίας, Νοτίου Αιγαίου, Αττικής** και **Στερεάς Ελλάδας** παρουσιάζουν δείκτη επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία σημαντικά χαμηλότερο του μέσου όρου της χώρας, με τον χαμηλότερο δείκτη να συναντάται στην Περιφέρεια Αττικής με 772 ασθενείς/1.000 κατοίκους.

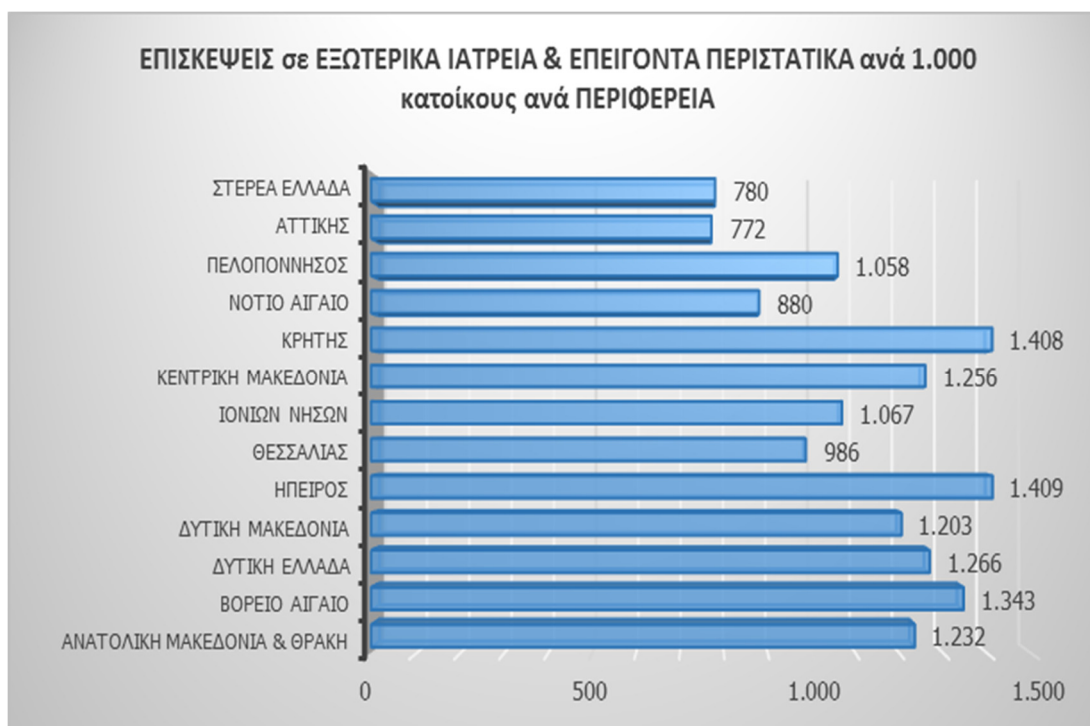




**Διάγραμμα 35: Επισκέψεις σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και Επείγοντα Περιστατικά ανά Περιφέρεια, 2011**



**Διάγραμμα 36: Επισκέψεις σε Εξωτερικά Ιατρεία και Επείγοντα Περιστατικά/100.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**





### 5.2.3 Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά 1.000 κατοίκους ανά περιφέρεια

Οι χειρουργικές επεμβάσεις και ιδιαίτερα οι μέτριας και υψηλής βαρύτητας αποτελούν ένα σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα ζήτησης υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Το κύρος του ιατρικού προσωπικού και η τεχνολογική αξιοπιστία του διαθέσιμου –διαγνωστικού κυρίως– εξοπλισμού μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικούς πόλους προσέλκυσης ασθενών σε συγκεκριμένες νοσοκομειακές μονάδες.

Στην έρευνά μας, ο δείκτης υπολογίζεται σε αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων ανά 1.000 κατοίκους και αποτυπώνεται στον πίνακα και τα διαγράμματα που ακολουθούν. Υψηλή τιμή του δείκτη –δεδομένου ότι δεν παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις ως προς το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού μεταξύ των περιφερειών– συνεπάγεται εμπιστοσύνη των συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων στα νοσοκομεία της κάθε περιφέρειας.

Πίνακας 28: Χειρουργικές Επεμβάσεις ανά Περιφέρεια, 2011

<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ανά ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>			
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>	<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>	<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ</b>	<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ</b>
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	608,182	28,428	46.7
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	199,231	5,958	29.9
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	679,796	26,301	38.7
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	283,689	9,073	32.0
ΗΠΕΙΡΟΣ	336,856	23,999	71.2
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	732,762	26,109	35.6
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	207,855	6,405	30.8
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1,880,058	92,297	49.1
ΚΡΗΤΗΣ	623,065	28,349	45.5
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	308,975	8,658	28.0
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	577,903	15,409	26.7
ΑΤΤΙΚΗΣ	3,827,624	176,911	46.2
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	547,390	11,998	21.9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10,813,386</b>	<b>459,895</b>	<b>38.6</b>

Ο δείκτης ανά 1.000 κατοίκους για την Περιφέρεια της Ηπείρου είναι ο υψηλότερος της χώρας και διαμορφώνεται στις 71,2 χειρουργικές επεμβάσεις.

Οι Περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Κεντρικής Μακεδονίας, Κρήτης και Αττικής εμφανίζουν δείκτη μεγαλύτερο του μέσου όρου της χώρας και κυμαίνονται μεταξύ 45 και 50 επεμβάσεων/1.000 κατοίκους.

Οι Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας και Θεσσαλίας έχουν δείκτη πολύ κοντά στα επίπεδα του μέσου όρου της χώρας, με 38,7 και 35,6 χειρουργικές επεμβάσεις αντίστοιχα.

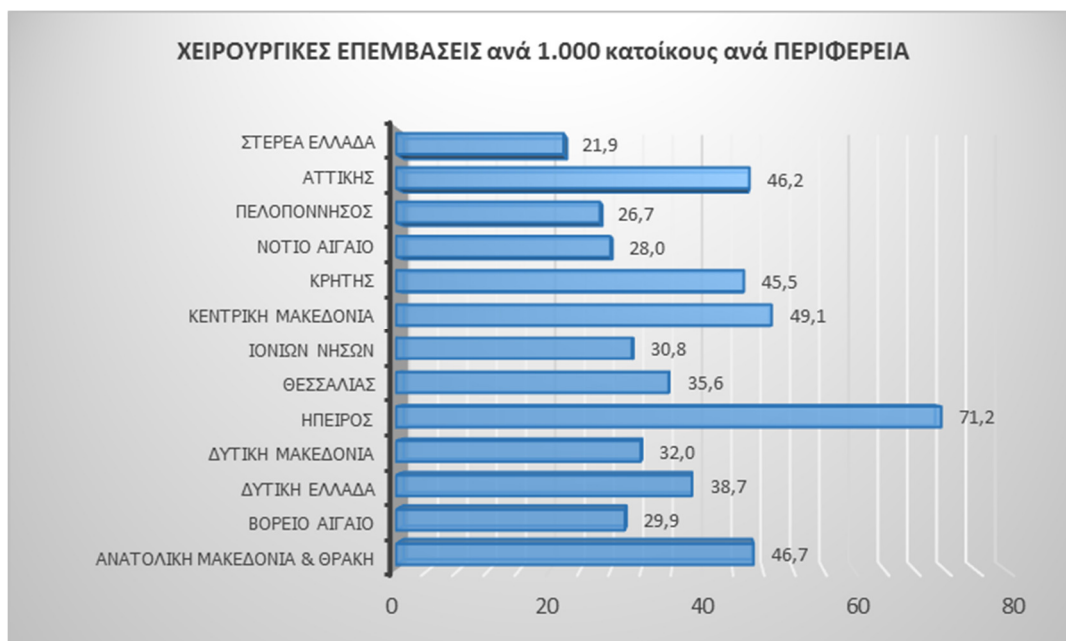


Οι υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας (Β. Αιγαίου, Δυτ. Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Ν. Αιγαίου, Πελοποννήσου και Στερεάς Ελλάδας) παρουσιάζουν δείκτη σημαντικά χαμηλότερο του μέσου όρου της χώρας, ο οποίος κυμαίνεται από 21,9 έως 32,0. Ο χαμηλότερος δείκτης συναντάται στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας με 21,9 χειρουργικές επεμβάσεις/1.000 κατοίκους.

**Διάγραμμα 37: Χειρουργικές Επεμβάσεις ανά Περιφέρεια, 2011**



**Διάγραμμα 38: Χειρουργικές Επεμβάσεις/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**





## 5.3 Παρουσίαση δεικτών λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας ανά περιφέρεια

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι δείκτες νοσηλευτικής δραστηριότητας ανά νοσοκομείο για κάθε διοικητική περιφέρεια. Οι δείκτες αυτοί αφορούν τη μέση διάρκεια νοσηλείας, το ποσοστό κάλυψης, το ρυθμό εισροής, το διάστημα εναλλαγής καθώς επίσης και το κόστος/νοσηλευθέντα και ημέρα νοσηλείας. Οι δείκτες δραστηριοποίησης των νοσοκομείων αποτελούν χρήσιμα εργαλεία αξιολόγησης της νοσηλευτικής δραστηριότητας δεδομένου ότι σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την αποδοτικότητα αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των μονάδων υγείας.

### 5.3.1 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

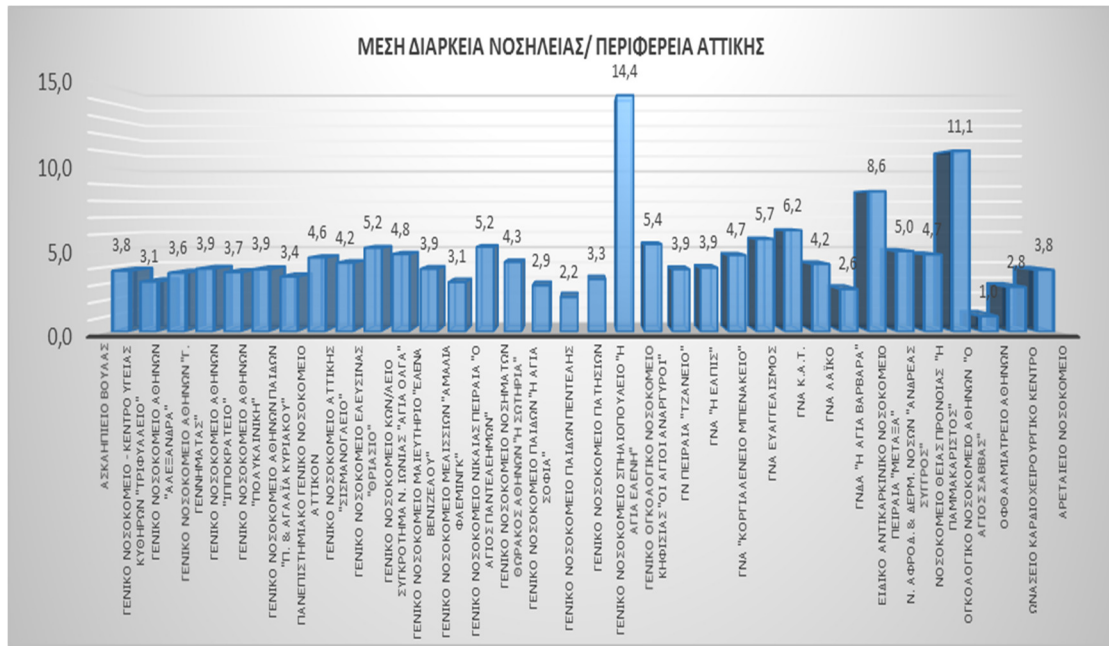
Η μέση διάρκεια νοσηλείας επηρεάζεται μεταξύ άλλων από το case-mix των περιστατικών που εξυπηρετούνται, το διαθέσιμο εξοπλισμό, το εξειδικευμένο προσωπικό κ.ά. Η τάση για μείωση της διάρκειας νοσηλείας εμφανίζεται σε αρκετά νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς, και αποδίδεται στις νέες θεραπείες αλλά και στα επιτεύγματα της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας.

#### 5.3.1.1 Περιφέρεια Αττικής

Στην Περιφέρεια Αττικής η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις λόγω και της διαφορετικότητας (μεγέθους, προσανατολισμού, εξοπλισμού, παρεχόμενων υπηρεσιών κ.λπ.) των επιμέρους μονάδων υγείας. Έτσι κυμαίνεται από 1 ημέρα (Οφθαλμιατρείο Αθηνών) έως και 14,4 ημέρες στο Γενικό Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη». Η πλειοψηφία των νοσοκομείων παρουσιάζει ΜΔΝ μεταξύ 3 και 4 ημερών, ενώ από τις υψηλότερες ΜΔΝ της περιφέρειας εμφανίζουν τα αντικαρκινικά νοσοκομεία «Άγιος Σάββας» και «Μεταξά» με 11,1 και 8,6 ημέρες αντίστοιχα, που θεωρείται πολύ υψηλή σε σχέση και με άλλα αντικαρκινικά νοσοκομεία της χώρας.



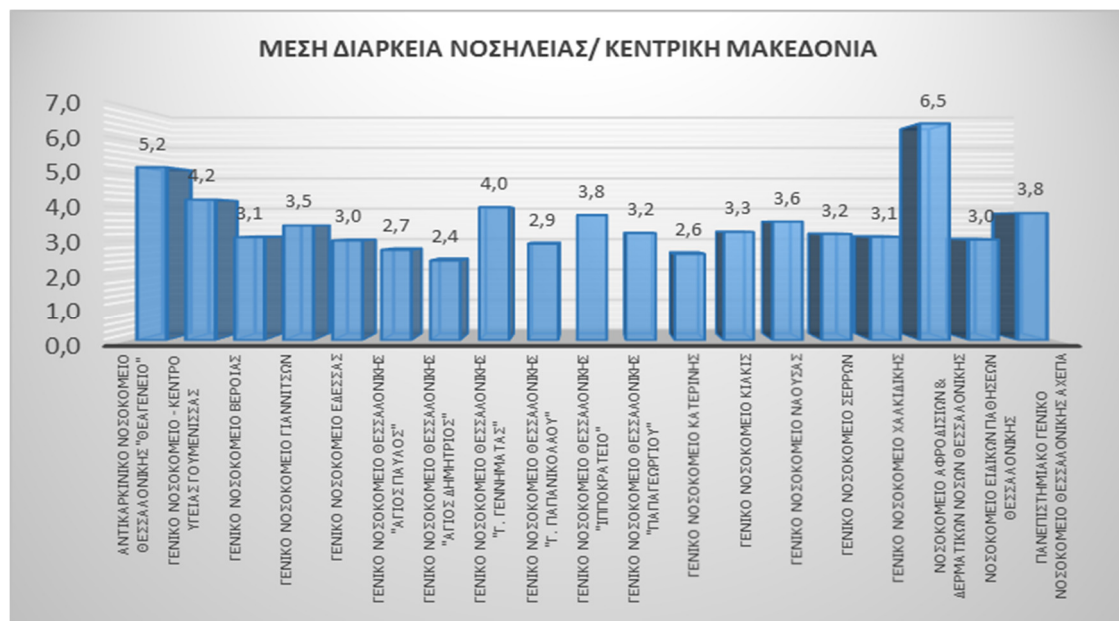
Διάγραμμα 39: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Αττικής, 2011



### 5.3.1.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας η μέση διάρκεια νοσηλείας στην πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 3 έως 4 ημέρες. Το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο» έχει αυξημένη ΜΔΝ με 5,2 ημέρες, όπως και το Νοσοκομείο Αφροδίσιων & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης με ΜΔΝ 6,5 ημέρες –λόγω και του ειδικού προσανατολισμού των δύο συγκεκριμένων νοσοκομείων.

Διάγραμμα 40: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011

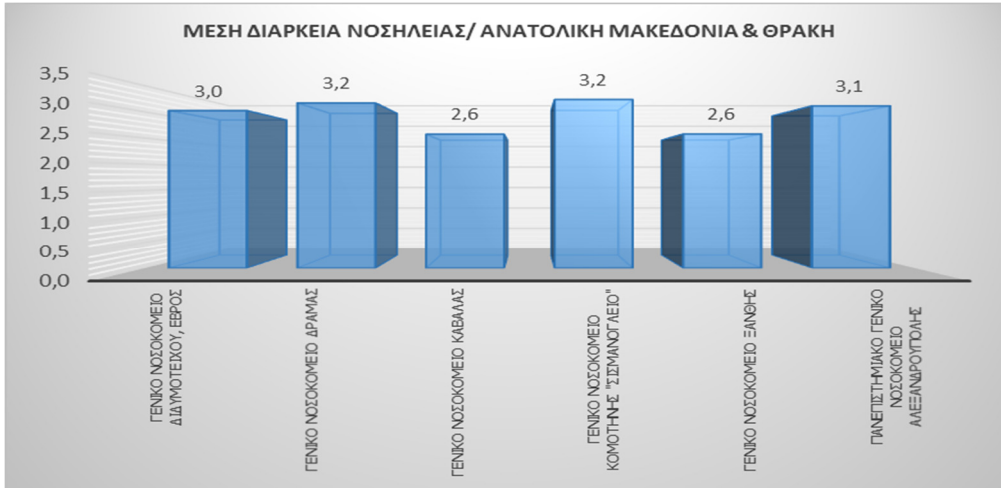




### 5.3.1.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης δεν υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις του δείκτη. Η μέση διάρκεια νοσηλείας σε όλα τα νοσοκομεία της περιφέρειας κυμαίνεται από τις 2,6 έως τις 3,2 ημέρες, που κρίνεται πολύ ικανοποιητική για δευτεροβάθμια νοσοκομεία.

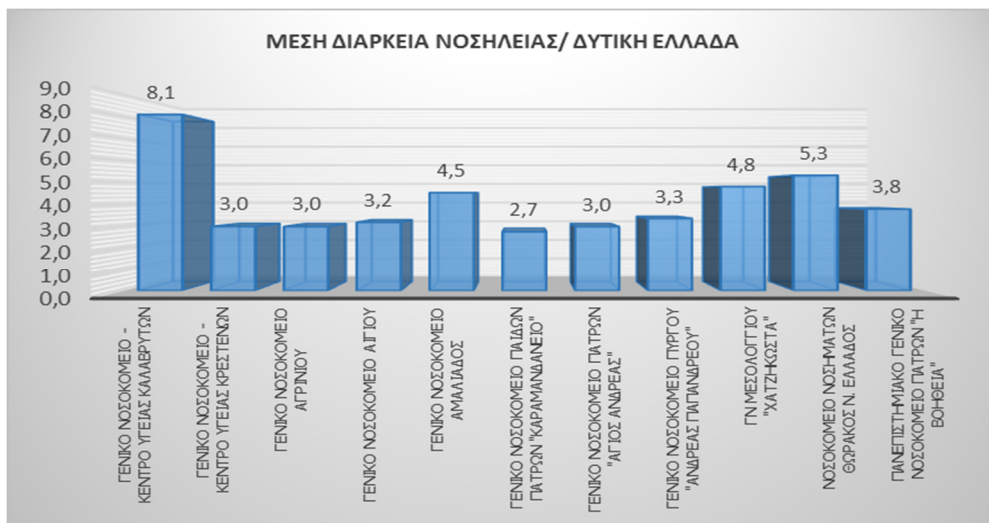
**Διάγραμμα 41: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**



### 5.3.1.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας η μέση διάρκεια νοσηλείας στα περισσότερα νοσοκομεία κυμαίνεται από 3 έως 4 ημέρες. Η ιδιαίτερα υψηλή ΜΔΝ των 8 ημερών για το ΓΝ-ΚΥ Καλαβρύτων, που αποτελεί κατά βάση πρωτοβάθμιο νοσοκομείο, θα πρέπει να αποτελέσει σημείο προβληματισμού και ελέγχου. Υψηλή επίσης ΜΔΝ για «επαρχιακά» νοσοκομεία παρουσιάζουν το ΓΝ Μεσολογγίου (4,8 ημέρες) όπως και το ΓΝ Αμαλιάδας (4,5 ημέρες).

**Διάγραμμα 42: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**

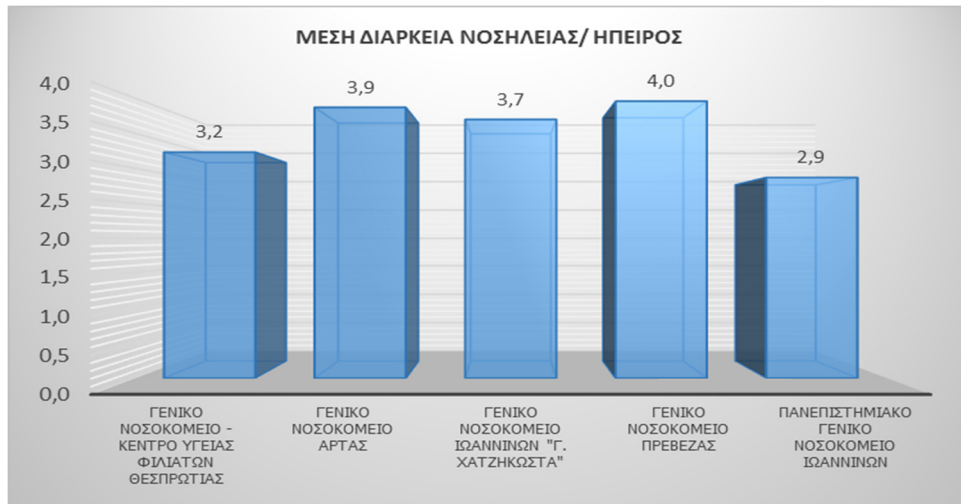




### 5.3.1.5 Περιφέρεια Ηπείρου

Η μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία της Περιφέρειας κυμαίνεται μεταξύ 3 και 4 ημερών. Επισημαίνεται εδώ η πολύ χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας (2,9 ημέρες) που παρουσιάζει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων –παρά τη βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύει– και προφανώς οφείλεται στο σύγχρονο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας αλλά και στις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους.

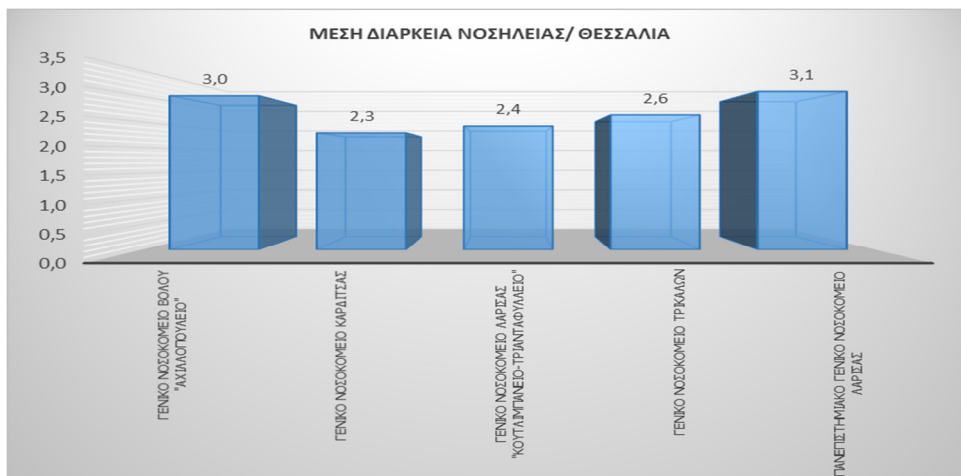
Διάγραμμα 43: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011



### 5.3.1.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Στην Περιφέρεια Θεσσαλίας η μέση διάρκεια νοσηλείας σε όλα τα νοσοκομεία κυμαίνεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα με το μέσο όρο της περιφέρειας να προσεγγίζει τις 2,8 ημέρες (25% χαμηλότερη από το μέσο όρο των νοσοκομείων της χώρας).

Διάγραμμα 44: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011

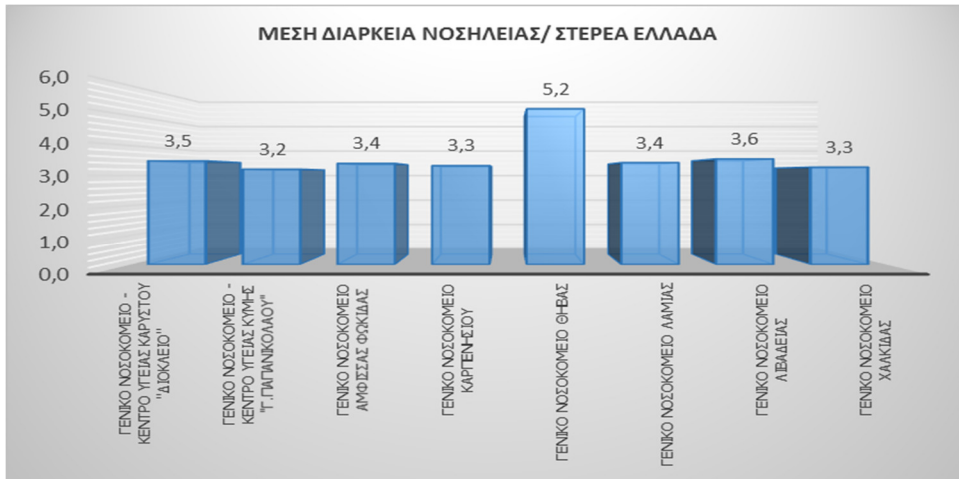




### 5.3.1.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από τις 3,2 έως τις 3,6 ημέρες. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το Γενικό Νοσοκομείο Θήβας με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 5,2 ημέρες.

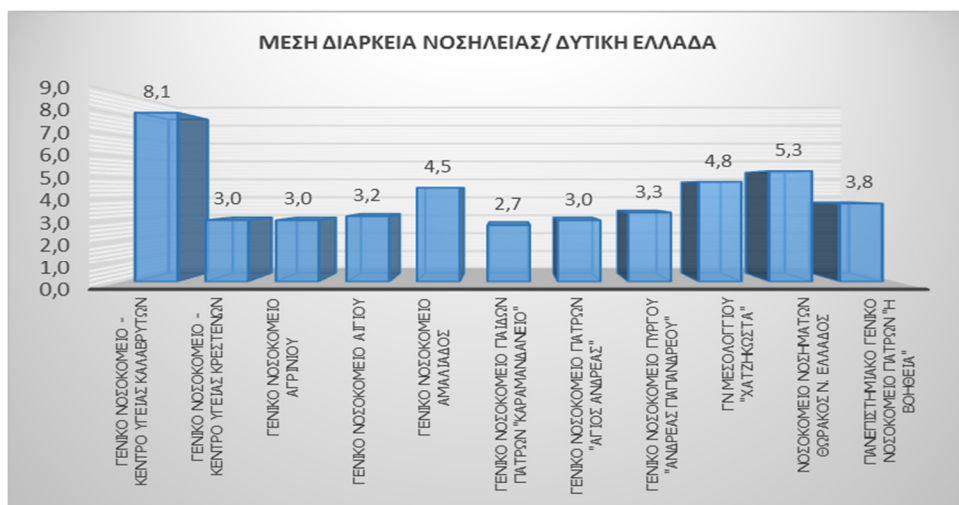
**Διάγραμμα 45: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011**



### 5.3.1.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας η μέση διάρκεια νοσηλείας στην πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 2,7 έως 3,8 ημέρες. Υψηλή ΜΔΝ για δευτεροβάθμια περιφερειακά νοσοκομεία παρατηρούμε στα νοσοκομεία Αμαλιάδας, Μεσολογγίου και Νοσημάτων Θώρακος, όπου η ΜΔΝ κυμαίνεται από 4,5 έως 5,3 ημέρες. Ιδιαίτερο προβληματισμό προκαλεί η μέση διάρκεια νοσηλείας το ΓΝ- ΚΥ Καλαβρύτων, στις 8,1 ημέρες, που ίσως οφείλεται και σε προσπάθεια τεχνικής αύξησης της πληρότητας του νοσοκομείου.

**Διάγραμμα 46: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**



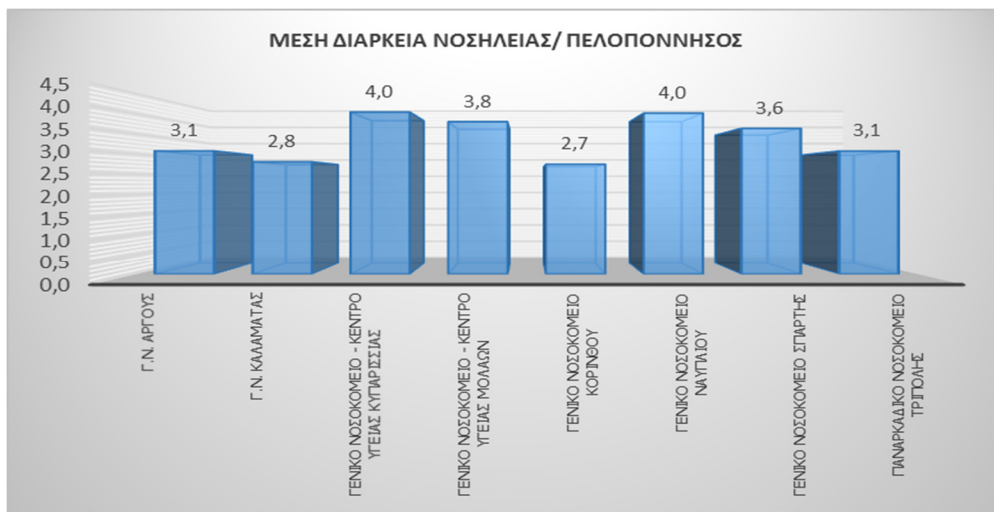




### 5.3.1.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Στην Περιφέρεια Πελοποννήσου φαίνεται να ισχύει σε μεγάλο βαθμό το παράδοξο των μικρών ελληνικών νοσοκομείων, να παρουσιάζουν δηλαδή υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας (όπως και κόστος ανά ασθενή όπως θα δούμε στη συνέχεια) σε σχέση με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τα δύο Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας Ναυπλίου και Μολάων που προσεγγίζουν τις 4 ημέρες σε σχέση με το Παναρακαδικό της Τρίπολης που αποτελεί το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Περιφέρειας και η ΜΔΝ είναι μόλις 3,1 ημέρες.

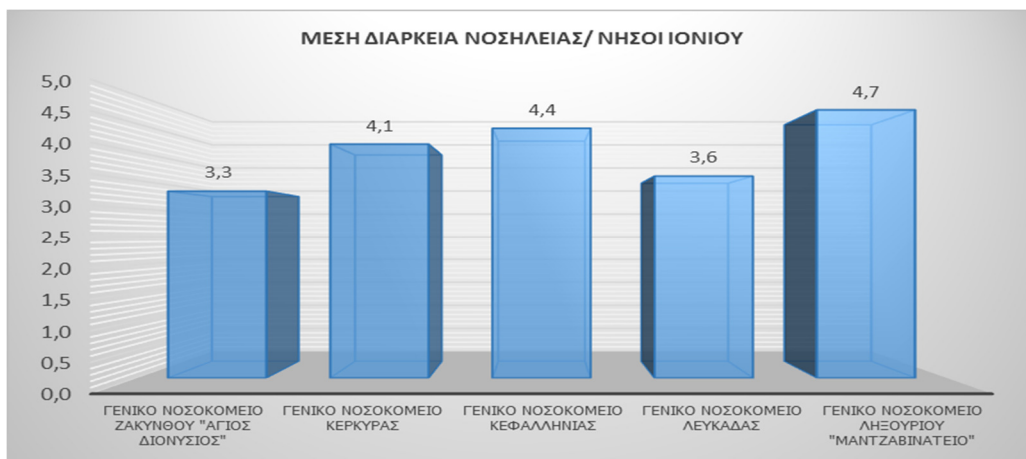
**Διάγραμμα 47: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**



### 5.3.1.10 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από τις 3,3 έως τις 4,7 ημέρες και κρίνεται σχετικά υψηλή δεδομένου ότι η πλειοψηφία των νοσοκομείων (εκτός από το νοσοκομείο της Κέρκυρας) νοσηλεύει χαμηλής και μεσαίας βαρύτητας περιστατικά.

**Διάγραμμα 48: ΜΔΝ στη Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011**

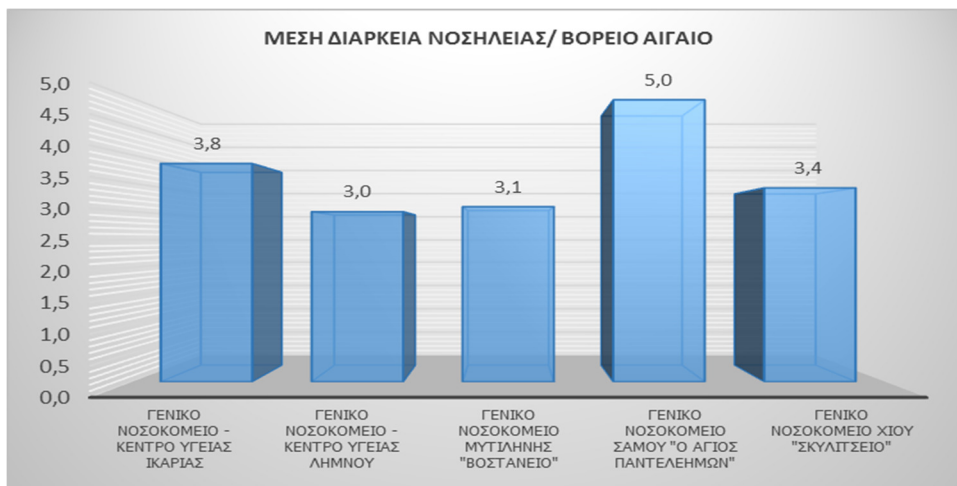




### 5.3.1.11 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Στην περιφέρεια Βορείου Αιγαίου η μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των νοσοκομείων. Στα νοσοκομεία Χίου και Μυτιλήνης κρίνεται ικανοποιητική καθώς δεν ξεπερνά τις 3,5 ημ., ενώ αντίθετα το νοσοκομείο της Σάμου με 5 ημ. αλλά και το ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας με 3,8 ημ. θα πρέπει να λάβουν μέτρα για την μείωση του δείκτη σε αποδεκτά επίπεδα με βάση και το case mix των περιστατικών που νοσηλεύουν.

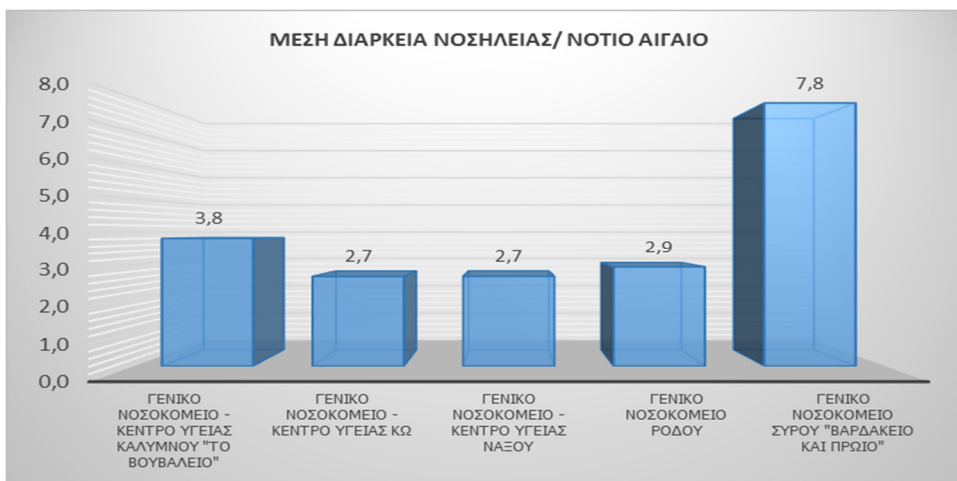
**Διάγραμμα 49: ΜΔΝ στη Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011**



### 5.3.1.12 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από 2,7 έως 3,8 ημέρες. Μόνη εξαίρεση αποτελεί το Γενικό Νοσοκομείο Σύρου, όπου με ΜΔΝ τις 7,8 ημέρες, θα πρέπει να μειώσει το δείκτη σε αποδεκτά επίπεδα.

**Διάγραμμα 50: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**

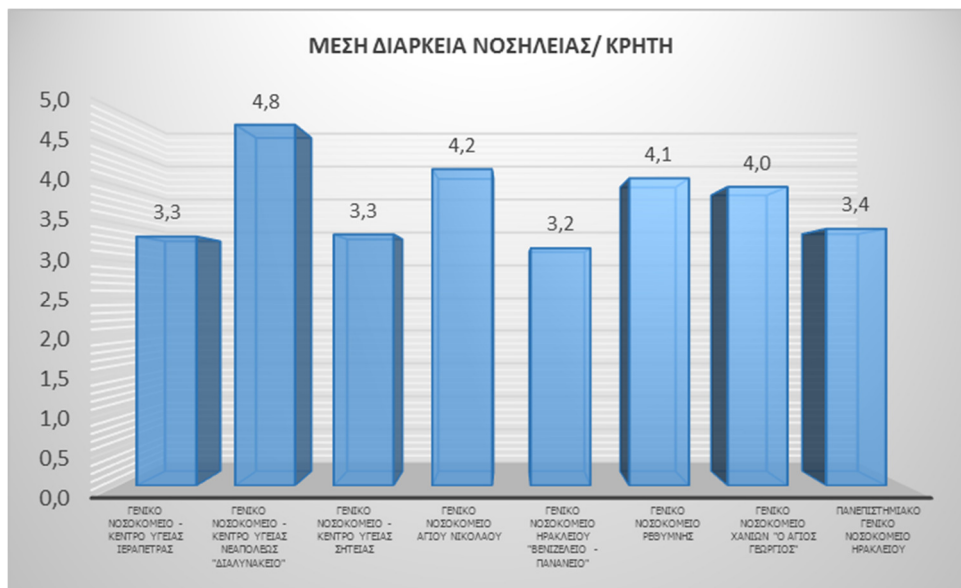




### 5.3.1.13 Περιφέρεια Κρήτης

Στην Περιφέρεια Κρήτης η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από 3,2 έως 4,2 ημέρες, με εξαίρεση το Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως «Διαλυνάκειο» με ΜΔΝ τις 4,8 ημέρες. Επισημαίνεται και εδώ ότι τα δύο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Περιφέρειας (Πανεπιστημιακό Ηρακλείου και «Βενιζέλειο») παρουσιάζουν τη χαμηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας σε σχέση με τα μικρότερα δευτεροβάθμια νοσοκομεία (Ρεθύμνου, Χανίων, Αγ. Νικολάου).

**Διάγραμμα 51: ΜΔΝ στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**



### 5.3.2 Ποσοστό κάλυψης κλινών

Το ποσοστό κάλυψης κλινών αποτελεί ένα χρήσιμο δείκτη διότι αναδεικνύει το βαθμό αξιοποίησης των διαθέσιμων υποδομών και πόρων μιας μονάδας υγείας και σχετίζεται άμεσα με τα έσοδα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

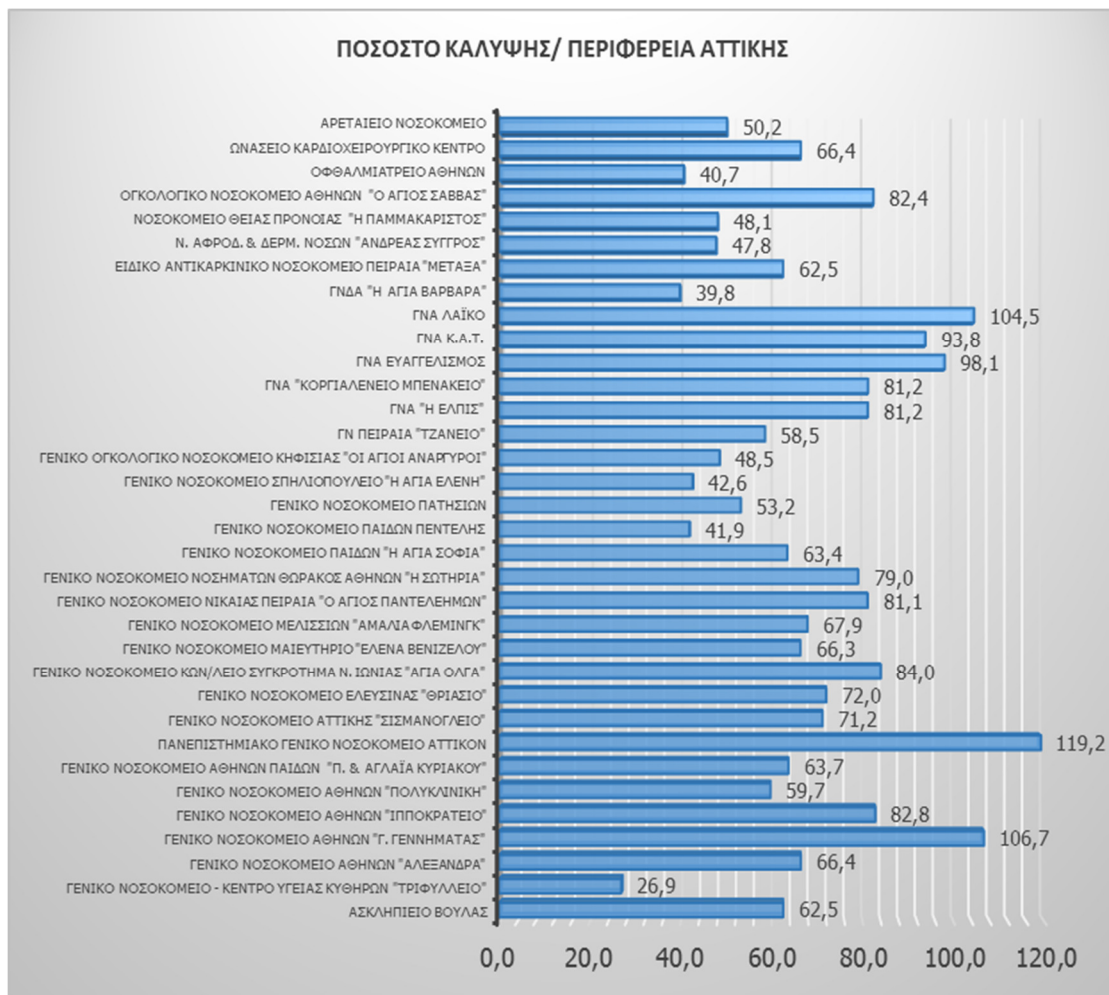
#### 5.3.2.1 Περιφέρεια Αττικής

Στην Περιφέρεια Αττικής παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των νοσοκομείων ως προς την πληρότητα των διαθέσιμων κλινών. Αυτό που εύκολα είναι ορατό είναι η ομαδοποίηση των νοσοκομείων σε τρεις κατηγορίες: α) τα νοσοκομεία που παρουσιάζουν έντονη συμφόρηση με πληρότητα που ξεπερνά το 90% («Γ. Γεννηματά», «Αττικό», «Ευαγγελισμός», ΚΑΤ, «Λαϊκό»), β) τα νοσοκομεία με βέλτιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων



υποδομών και πληρότητα που κυμαίνεται από 70-85% («Ιπποκράτειο», «Σισμανόγλειο», «Θριάσιο», «Αγία Όλγα», «Άγιος Παντελεήμων», «Σωτηρία», «Ελπίς», «Κοργιαλένιο» και «Άγιος Σάββας») και γ) νοσοκομεία με χαμηλή αξιοποίηση πόρων που εμφανίζουν χαμηλό ή σχετικά χαμηλό ποσοστό πληρότητας (από 27% έως 68%). Η συμφόρηση των νοσοκομείων αιχμής θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα –π.χ. μέσα από τη δημιουργία ανταγωνιστικών πόλων υψηλής ελκυστικότητας– σε μια προσπάθεια παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας αλλά και μείωσης του φόρτου εργασίας του ιατρικού και κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού της Αττικής που αντιμετωπίζει σημαντικές ελλείψεις. Παράλληλα, θα πρέπει να αναζητηθούν οι κατάλληλες ενέργειες για τη βέλτιστη αξιοποίηση μονάδων χαμηλής πληρότητας –π.χ. μέσω της αλλαγής χρήσης τους– έτσι ώστε να οδηγηθούμε σε ορθολογική λειτουργία του συνόλου των νοσοκομειακών μονάδων της περιφέρειας.

**Διάγραμμα 52: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Αττικής, 2011**





### 5.3.2.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας η γενική εικόνα του δείκτη είναι διαφορετική σε σχέση με την Αττική. Με μέση πληρότητα που προσεγγίζει το 63% και την πλειοψηφία των νοσοκομείων να παρουσιάζει πληρότητα από 40 έως 60%, φαίνεται να διαθέτει σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό υποδομών σε σχέση με την εκφρασμένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τα μοναδικά νοσοκομεία που κινούνται σε υψηλά επίπεδα πληρότητας και προσεγγίζουν τα όρια της συμμόρφωσης είναι το Αντικαρκινικό «Θεαγένειο» και το «Παπαγεωργίου» με ποσοστά που προσεγγίζουν το 85%.

**Διάγραμμα 53: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011**

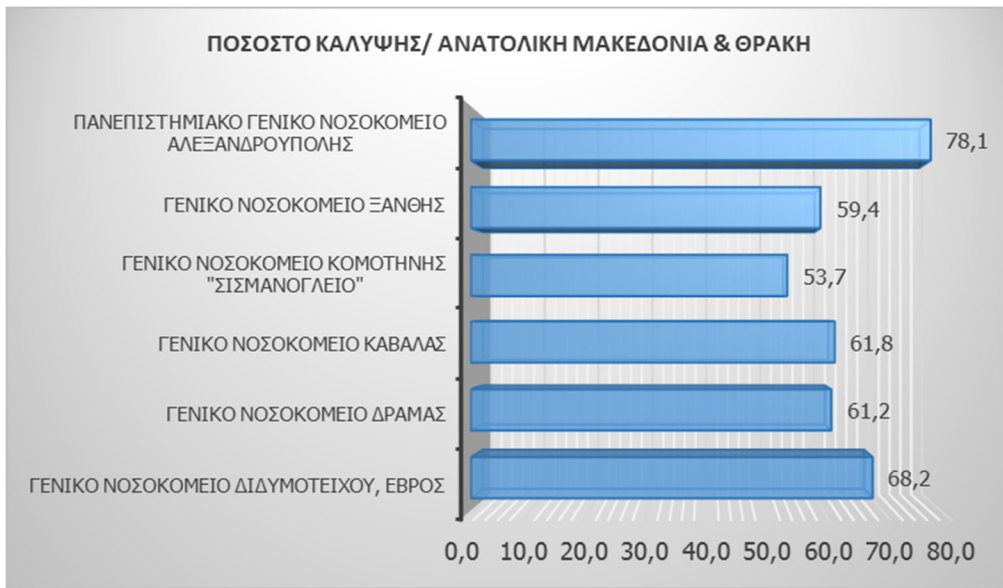


### 5.3.2.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών κυμαίνεται για την πλειοψηφία των νοσοκομείων σε ικανοποιητικά επίπεδα, από 60% έως 70%. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, που εμφανίζει ποσοστό κάλυψης 78,1%, λειτουργεί εντός του εύρους του ιδανικού ποσοστού κάλυψης, το οποίο είναι από 75-85%. Ιδανικό ποσοστό κάλυψης σημαίνει ότι εξυπηρετούνται όλοι οι ασθενείς του εκάστοτε νοσοκομείου, γίνεται σωστή εκμετάλλευση των νοσοκομειακών κλινών χωρίς να μένουν κάποιες κενές και χωρίς να προκύπτει ανάγκη τοποθέτησης ράντζων.



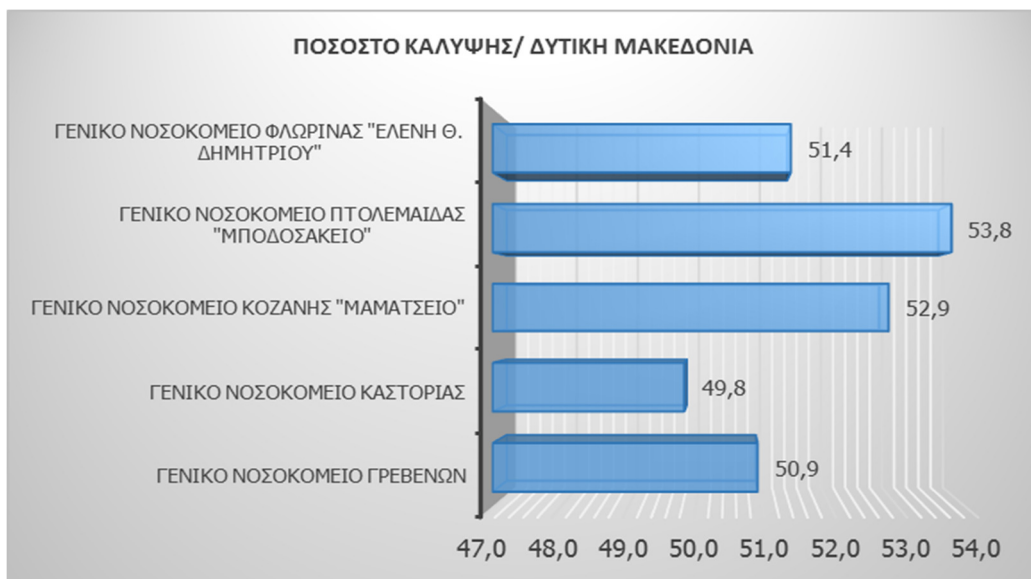
**Διάγραμμα 54: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**



#### 5.3.2.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Όλα τα νοσοκομεία της Περιφέρειας της Δυτικής Μακεδονίας εμφανίζουν χαμηλό ποσοστό κάλυψης νοσοκομειακών κλινών που προσεγγίζει το 50%. Θα ήταν χρήσιμο να γίνει αξιολόγηση του συγκεκριμένου ευρήματος, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα που θα οδηγήσουν στην ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων της περιφέρειας.

**Διάγραμμα 55: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**

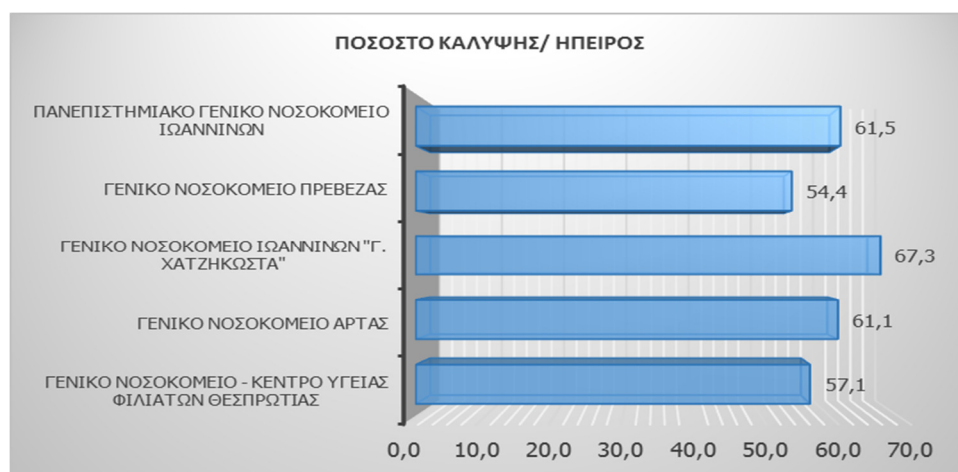




### 5.3.2.5 Περιφέρεια Ηπείρου

Στη Περιφέρεια Ηπείρου το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών κυμαίνεται μεταξύ 55-65%. Η υψηλότερη πληρότητα παρατηρείται στο νοσοκομείο «Χατζηκώστα» με 67%. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, που αποτελεί σημείο αναφοράς στην περιφέρεια Ηπείρου, με πληρότητα 62% κινείται στα όρια της λειτουργικής αποδοτικότητας.

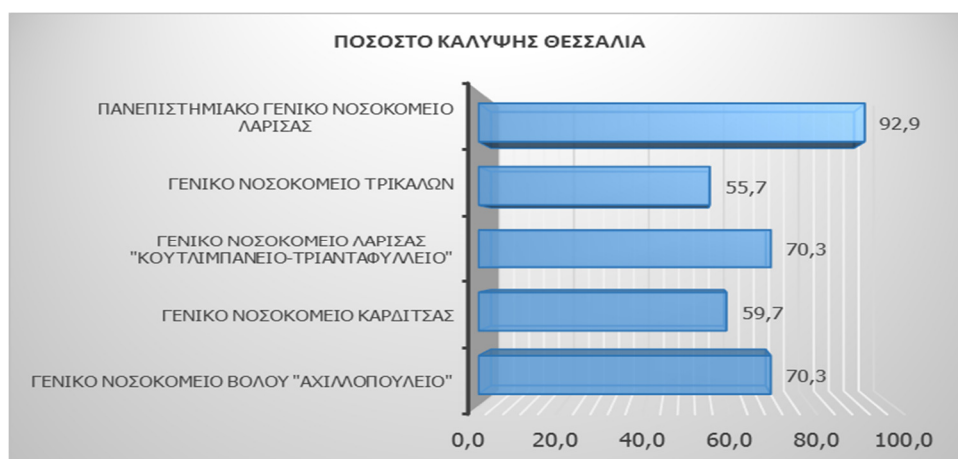
**Διάγραμμα 56: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011**



### 5.3.2.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Στην Περιφέρεια Θεσσαλίας το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών για τα Γενικά Νοσοκομεία Καρδίτσας και Τρικάλων είναι σχετικά χαμηλή (59,7% και 55,7% αντίστοιχα), γεγονός που σημαίνει ότι τα συγκεκριμένα νοσοκομεία έχουν περισσότερες κλίνες από όσες χρειάζονται ή δεν αξιοποιούνται σωστά. Τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου και Λάρισας παρουσιάζουν ικανοποιητικό ποσοστό κάλυψης (70%), ενώ το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, με πληρότητα στο 93%, παρουσιάζει έντονη συμφόρηση.

**Διάγραμμα 57: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011**





### 5.3.2.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Τα νοσοκομεία της Στερεάς Ελλάδας είναι δύο ταχυτήτων: αυτά με υψηλά επίπεδα πληρότητας (Λαμίας, Θήβας, Λειβαδιάς και Χαλκίδας) και αυτά με πολύ χαμηλή πληρότητα (ΓΝ-ΚΥ Κύμης, Άμφισσας, Καρύστου). Είναι προφανές ότι τα μεγάλα νοσοκομεία της περιφέρειας επισκιάζουν τις μικρότερες μονάδες όσον αφορά τις υπηρεσίες νοσηλείας, προσελκύοντας την πλειοψηφία των ασθενών. Αντίθετα, τα μικρότερα νοσοκομεία μάλλον αρκούνται στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ή νοσηλείας χαμηλής βαρύτητας περιστατικών. Επισημαίνεται επίσης ότι παρά τη σχετικά εύκολη πρόσβαση του πληθυσμού της περιφέρειας στα νοσοκομεία της Αττικής, η λειτουργία των δύο μεγάλων νοσοκομείων της Λαμίας και της Χαλκίδας φαίνεται να συγκρατεί σημαντικό μέρος των ασθενών.

**Διάγραμμα 58: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011**



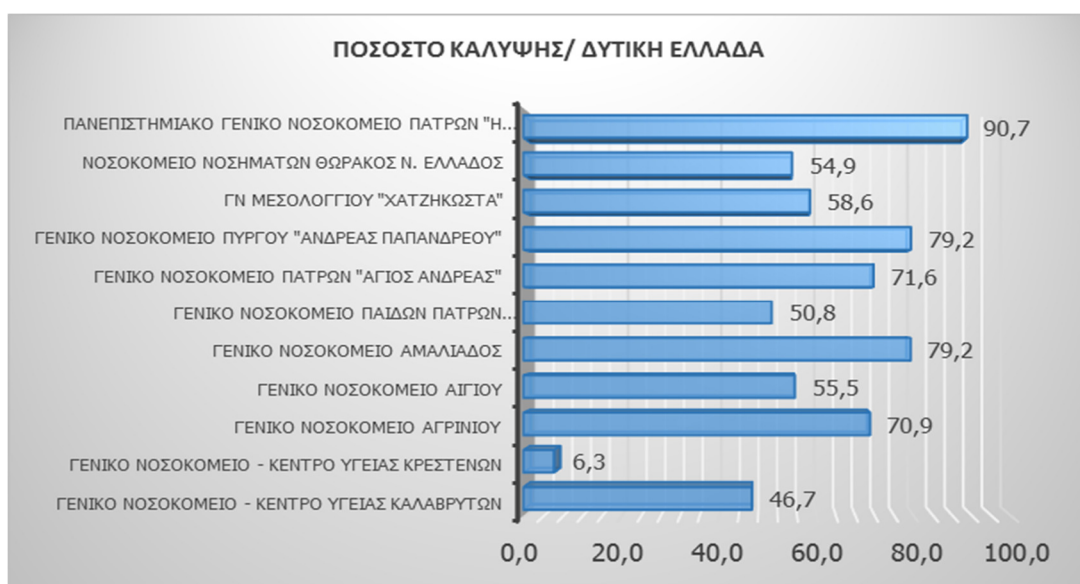
### 5.3.2.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας περιλαμβάνει πέντε νοσοκομεία αιχμής (Γενικό και Πανεπιστημιακό Πατρών, Αγρινίου, Πύργου και Αμαλιάδας), με σημείο αναφοράς το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών. Τα νοσοκομεία αυτά παρουσιάζουν υψηλή πληρότητα, μεταξύ 70-90%, σε αντίθεση με τα μικρότερα νοσοκομεία Αιγίου και Μεσολογγίου καθώς και τα ΓΝ-ΚΥ Καλαβρύτων και Κρεστένων. Ειδικά για το Κέντρο Υγείας Κρεστένων, με μόλις 6,3% πληρότητα, θα πρέπει να επανεξεταστεί ο ρόλος του, λαμβάνοντας υπόψη ότι στο νομό Ηλείας λειτουργούν δύο ακόμα νοσοκομεία.





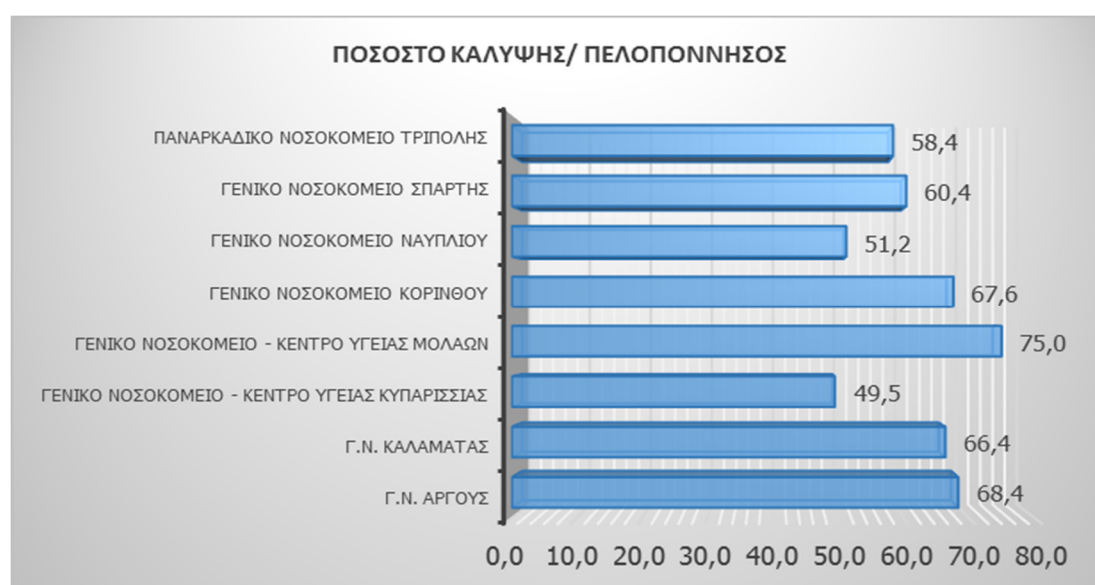
**Διάγραμμα 59: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**



### 5.3.2.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Στην Περιφέρεια Πελοποννήσου το μεγαλύτερο νοσοκομείο και σημείο αναφοράς αποτελεί το νοσοκομείο της Καλαμάτας που παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική πληρότητα που προσεγγίζει το 67%. Αντίστοιχα, ικανοποιητική πληρότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία του Άργους, της Κορίνθου και το Κέντρο Υγείας Μολάων, με πληρότητα μεταξύ 68-75%.

**Διάγραμμα 60: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**





### 5.3.2.10 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών για το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας είναι πολύ υψηλό (111,5%), γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στο πλαίσιο αποσυμφόρησης και ανάπτυξης νέων υποδομών. Τα Νοσοκομεία Λευκάδας, Ζακύνθου και Κεφαλονιάς έχουν σχετικά χαμηλά ποσοστά κάλυψης (44%-57%), αν και λόγω του νησιώτικου χαρακτήρα τους και του έντονου εποχιακού τουρισμού θα πρέπει να αξιολογηθούν διαφορετικά από τα υπόλοιπα δευτεροβάθμια νοσοκομεία. Ωστόσο επισημαίνεται ότι με βάση την υφιστάμενη πληρότητα των δύο νοσοκομείων και ιδιαίτερα του νοσοκομείου Ληξουρίου (28,6%), η Κεφαλονιά δεν δικαιολογεί τη λειτουργία δύο νοσοκομείων.

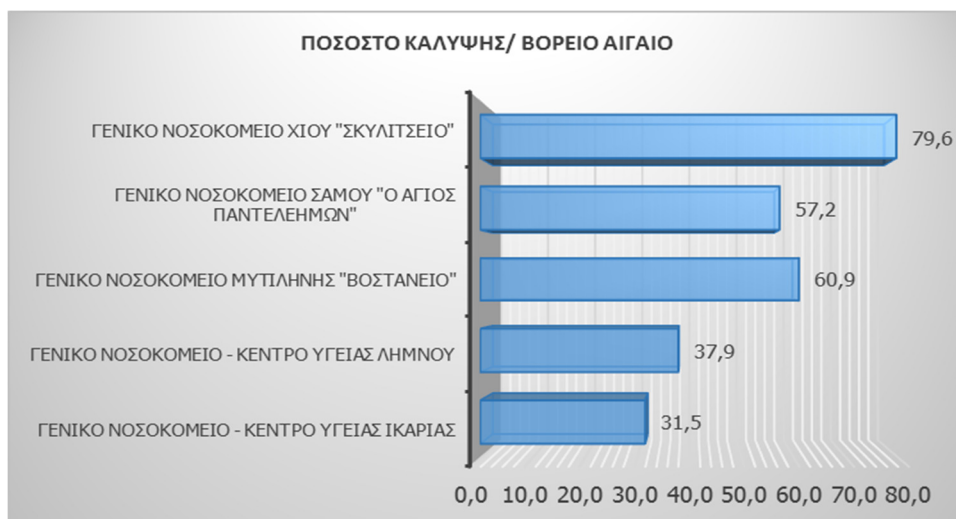
Διάγραμμα 61: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011



### 5.3.2.11 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου δευτεροβάθμια περίθαλψη προσφέρουν κατά κύριο λόγο τα νοσοκομεία Μυτιλήνης, Χίου και Σάμου που παρουσιάζουν σχετικά ικανοποιητική πληρότητα για νησιωτικά νοσοκομεία. Αντίθετα, τα νοσοκομεία Ικαρίας και Λήμνου λειτουργούν περισσότερο ως πρωτοβάθμια νοσοκομεία, διακομίζοντας μεσαία και βαριά περιστατικά προς τα νοσοκομεία της Αττικής και, ως εκ τούτου, παρουσιάζουν πολύ χαμηλή πληρότητα.

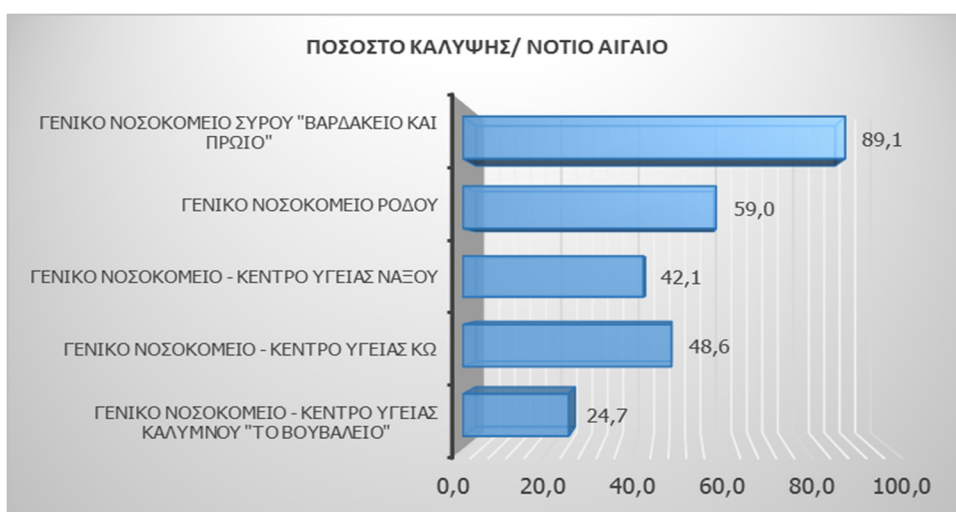
Διάγραμμα 62: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011



### 5.3.2.12 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου σημείο αναφοράς αποτελεί το νοσοκομείο της Ρόδου που με 336 κλίνες εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό ασθενών από τα μικρότερα νησιά της περιφέρειας. Η πληρότητά του κρίνεται σχετικά ικανοποιητική και προσεγγίζει το 60%, αν και εδώ θα πρέπει να επισημανθεί το θέμα της εποχικότητας του τουρισμού που απαιτεί αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών, κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες. Ιδιαίτερα υψηλή πληρότητα παρουσιάζει το «Βαρδάκειο» της Σύρου με ποσοστό 89%, αν και με αυξημένη μέση διάρκεια νοσηλείας. Τα υπόλοιπα Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας, όπως και η πλειοψηφία αντίστοιχων νησιωτικών νοσοκομείων, λειτουργούν κατά βάση ως πάροχοι υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με πληρότητα που δεν ξεπερνά το 50%.

**Διάγραμμα 63: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**

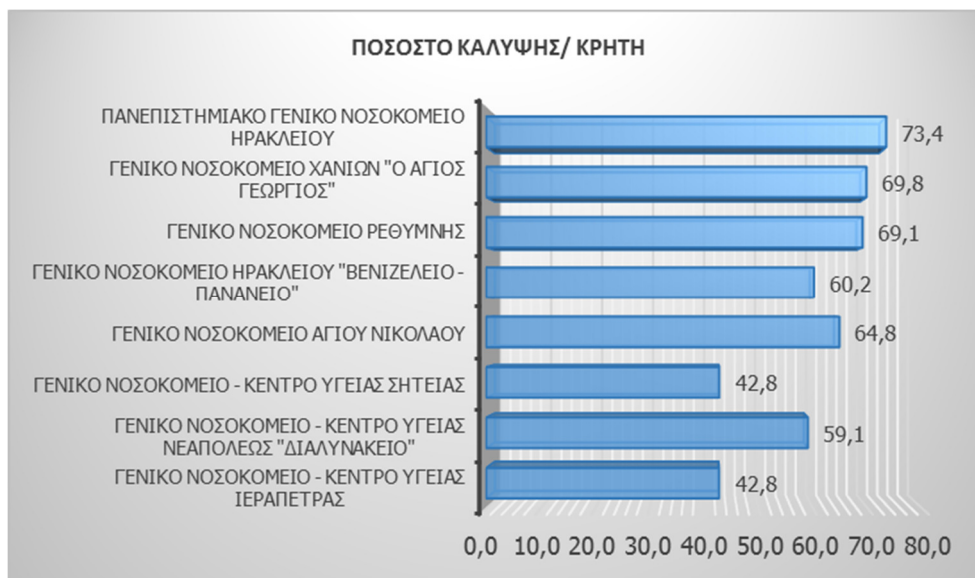




### 5.3.2.13 Περιφέρεια Κρήτης

Στην Περιφέρεια Κρήτης τα «νομαρχιακά» νοσοκομεία Ηρακλείου, Χανίων και Ρεθύμνου αλλά και Αγ. Νικολάου παρουσιάζουν ικανοποιητικά επίπεδα πληρότητας που κυμαίνονται μεταξύ 60-70%. Σημείο αναφοράς βέβαια στην Περιφέρεια αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου που χαίρει ιδιαίτερης εκτίμησης από τον τοπικό πληθυσμό. Θα πρέπει να επισημανθεί ωστόσο ότι η με βάση τα στοιχεία της κάλυψης κλινών, η λειτουργία τεσσάρων νοσοκομείων στο νομό Λασιθίου (εκ των οποίων τα δύο με πληρότητα κάτω από 43%) δεν φαίνεται να δικαιολογείται, με αποτέλεσμα τις αντικοινωνικές κλίμακας και τη πολυδιάσπαση των διαθέσιμων πόρων.

**Διάγραμμα 64: Ποσοστό Κάλυψης στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**



### 5.3.3 Διάστημα εναλλαγής στα νοσοκομεία ανά γεωγραφική περιφέρεια

Το διάστημα εναλλαγής εκτιμά το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή, με άλλα λόγια, το διάστημα κατά το οποίο μένει κενή μια νοσοκομειακή κλίνη. Ιδανικές τιμές για το διάστημα εναλλαγής θεωρούνται οι τιμές ανάμεσα στο 0,8 και το 1,5. Μεγαλύτερες τιμές σημαίνουν ότι τα νοσοκομεία έχουν άδειες κλίνες για μεγαλύτερα διαστήματα –όσο μεγαλύτερο το διάστημα εναλλαγής τόσο μεγαλύτερο το διάστημα που μένει κενή μία κλίνη–, δηλαδή περισσότερες κλίνες από αυτές που είναι απαραίτητες για εξυπηρετηθεί ο συνήθης αριθμός των ασθενών τους. Κατά συνέπεια, τα εν λόγω νοσοκομεία θα έχουν και χαμηλό ποσοστό κάλυψης, όπως είδαμε σε προηγούμενη ενότητα. Αρνητικές τιμές του διαστήματος εναλλαγής μεταφράζονται

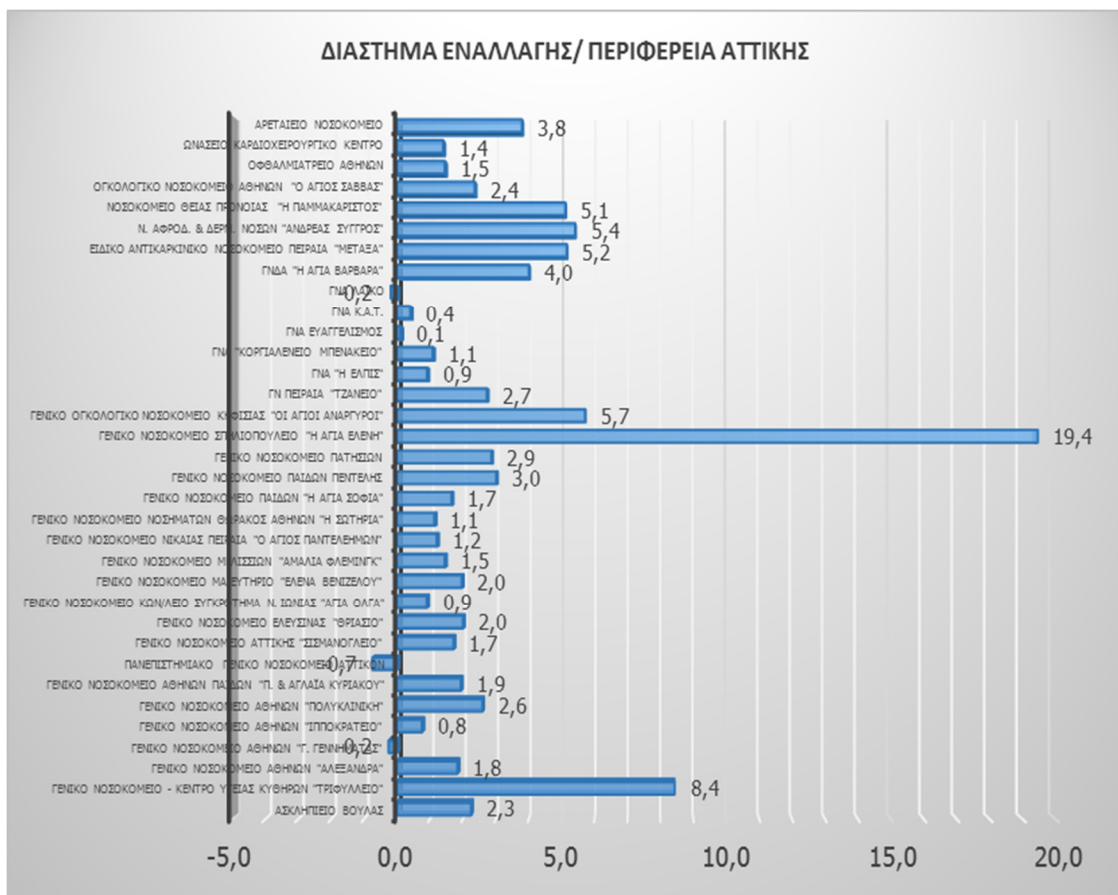


σε υπερκάλυψη των νοσοκομειακών κλινών (τοποθέτηση ράντζων), το οποίο συνεπάγεται υψηλό ποσοστό κάλυψης (πάνω από 100%).

### 5.3.3.1 Περιφέρεια Αττικής

Στην Περιφέρεια Αττικής τρία νοσοκομεία («Γεννηματάς», «Αττικό», «Λαϊκό») έχουν αρνητικό πρόσημο στο δείκτη, ενώ τα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» και ΚΑΤ ακολουθούν με πολύ μικρό διάστημα εναλλαγής που πλησιάζει το μηδέν. Αυτό σημαίνει ότι τα συγκεκριμένα νοσοκομεία αδυνατούν να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς τους και έχουν λιγότερες κλίνες από τις αναγκαίες. Η πλειοψηφία των νοσοκομείων της περιφέρειας εμφανίζει διάστημα εναλλαγής μεταξύ 1,5 και 3. Το Κέντρο Υγείας Κυθήρων και το «Σπηλιοπούλειο» παρουσιάζουν ιδιαίτερο μεγάλο διάστημα εναλλαγής (8,4 και 19,4 αντίστοιχα) που ουσιαστικά αντικατοπτρίζει τη χαμηλή ζήτηση υπηρεσιών για τα συγκεκριμένα νοσοκομεία.

**Διάγραμμα 65: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Αττικής, 2011**





### 5.3.3.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας ο δείκτης –στην πλειοψηφία των νοσοκομείων– κυμαίνεται μεταξύ 1,5 και 2,5 ημέρες. Τα Νοσοκομεία Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης και το Ειδικών Νοσημάτων Θεσσαλονίκης παρουσιάζουν πολύ μεγάλο διάστημα εναλλαγής (18,5 και 9,4 αντίστοιχα). Μόνο το Αντικαρκινικό «Θεαγένειο», το «Παπαγεωργίου» και «Ο Άγιος Δημήτριος» έχουν ιδανικό διάστημα εναλλαγής με τιμές κάτω από 1,2 ημέρες.

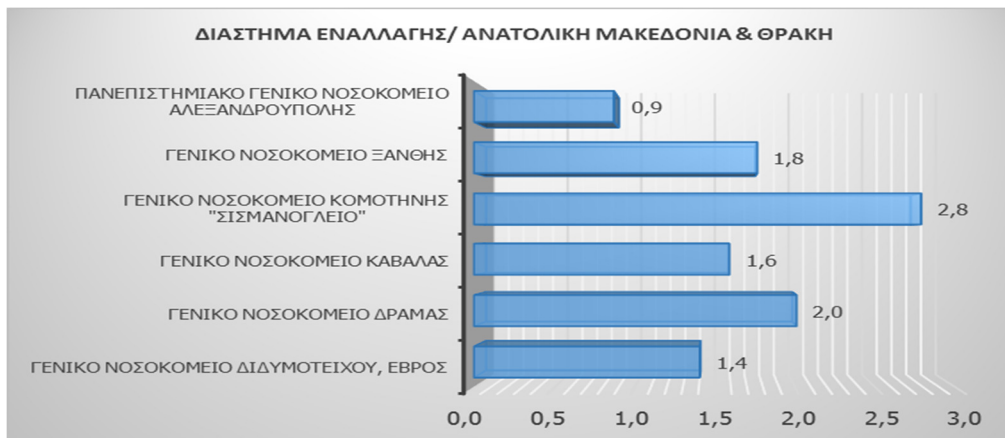
**Διάγραμμα 66: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011**



### 5.3.3.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης το διάστημα εναλλαγής για την πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 1,4 έως 2,8 ημέρες. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, με ποσοστό κάλυψης 78,1%, έχει το χαμηλότερο διάστημα εναλλαγής με 0,9 ημέρες.

**Διάγραμμα 67: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**

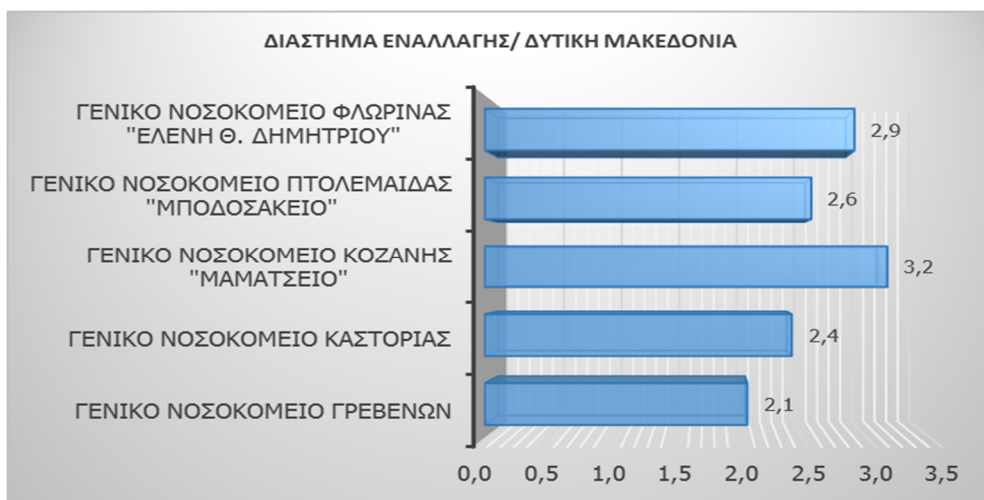




### 5.3.3.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Όλα τα νοσοκομεία της Περιφέρειας της Δυτικής Μακεδονίας εμφανίζουν υψηλό διάστημα εναλλαγής που ξεπερνά κατά πολύ τις 2 ημέρες. Θα πρέπει εδώ να επισημανθεί πως η χαμηλή ζήτηση υπηρεσιών για τα νοσοκομεία της περιφέρειας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην γειτνίαση και εύκολη σχετικά πρόσβαση στα μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης.

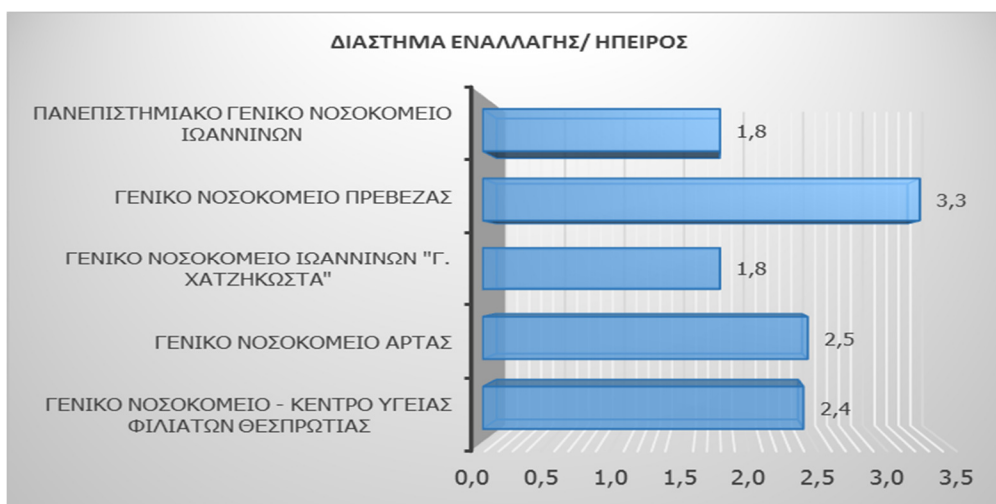
**Διάγραμμα 68: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**



### 5.3.3.5 Περιφέρεια Ηπείρου

Με εξαίρεση τα δύο νοσοκομεία των Ιωαννίνων, τα υπόλοιπα νοσοκομεία της Περιφέρειας της Ηπείρου εμφανίζουν σχετικά μεγάλο διάστημα εναλλαγής που κυμαίνεται μεταξύ 2,5 και 3,5 ημερών. Θα ήταν χρήσιμο να γίνει αξιολόγηση του συγκεκριμένου ευρήματος ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα που θα οδηγήσουν στην ορθολογική λειτουργία των εν λόγω νοσοκομείων.

**Διάγραμμα 69: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011**

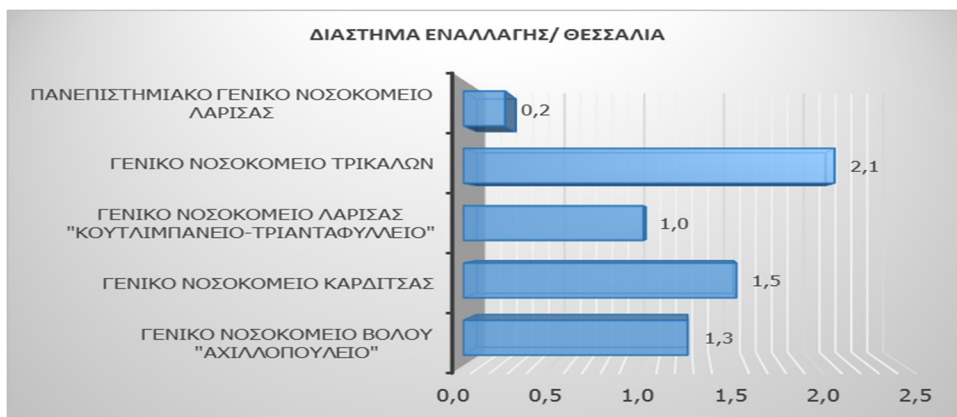




### 5.3.3.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Στην Περιφέρεια Θεσσαλίας το διάστημα εναλλαγής για τα Γενικά Νοσοκομεία Βόλου Καρδίτσας και Λάρισας κινείται σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα. Το διάστημα εναλλαγής του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων είναι σχετικά υψηλό (2,1 και ποσοστό κάλυψης 55,7% αντίστοιχα), γεγονός που σημαίνει ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο διαθέτει αναξιόποιτους πόρους. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας εμφανίζει πολύ μικρό διάστημα εναλλαγής (0,2 ημέρες) και υψηλό ποσοστό κάλυψης (92,9%) το οποίο απαιτεί είτε την ανάπτυξη νέων κλινών είτε τη βέλτιστη διαχείριση των υφιστάμενων.

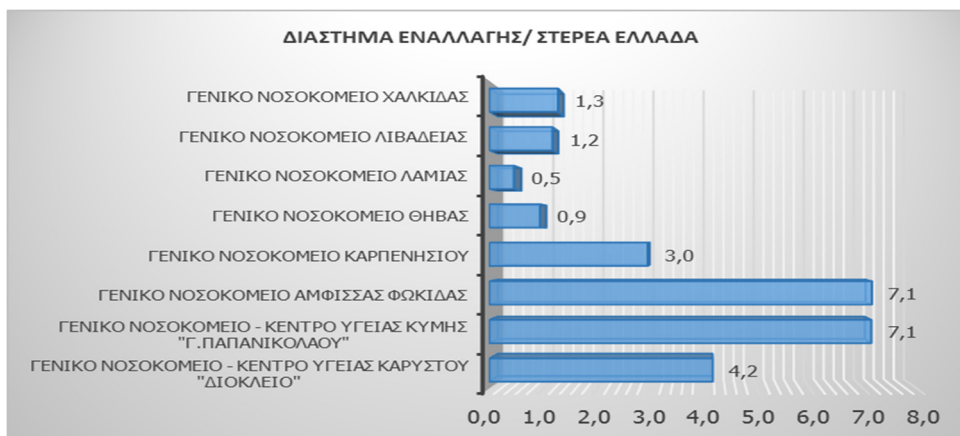
Διάγραμμα 70: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011



### 5.3.3.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Σε συνέχεια και των διαπιστώσεων από την ερμηνεία του δείκτη πληρότητας, παρατηρούμε ότι τα μισά νοσοκομεία της περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας έχουν ιδανικό διάστημα εναλλαγής (από 0,5 έως 1,3), ενώ τα υπόλοιπα έχουν ιδιαίτερα υψηλό (από 3 έως 7,1). Στο πλαίσιο αυτό είναι επιτακτική η ανάγκη ανακατανομής των υποδομών και των πόρων της περιφέρειας

Διάγραμμα 71: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011







### 5.3.3.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας το διάστημα εναλλαγής στην πλειοψηφία των νοσοκομείων δεν ξεπερνά τις 3 ημέρες. Εξάιρεση αποτελούν τα δύο Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας, και ιδιαίτερα αυτό των Κρεστένων, όπου, όπως έχει αναφερθεί, χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη χαμηλή νοσηλευτική δραστηριότητα και ως εκ τούτου θα πρέπει να τροποποιήσει τη λειτουργία του. Υψηλή τιμή στο δείκτη παρουσιάζουν επίσης τα νοσοκομεία Θώρακος και Μεσολογγίου, όπου με πληρότητα κάτω από 60% θα πρέπει να βελτιώσουν τους δείκτες απόδοσής τους.

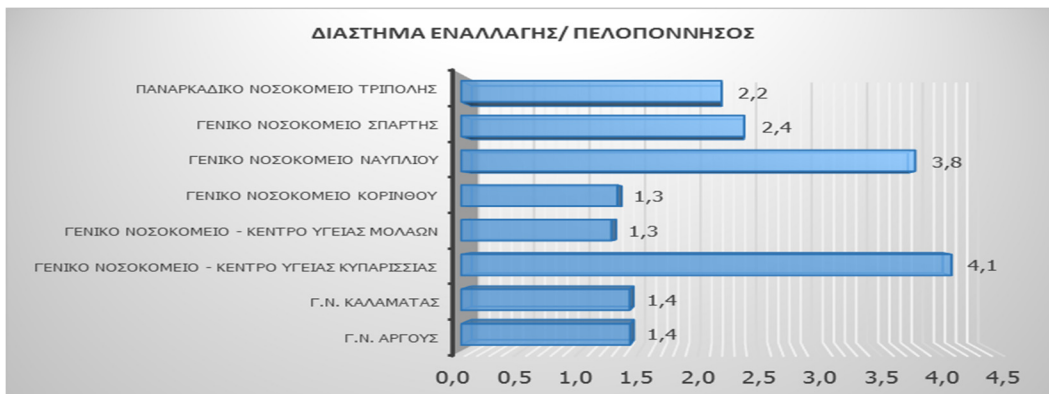
**Διάγραμμα 72: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**



### 5.3.3.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Η πλειοψηφία των νοσοκομείων της περιφέρειας κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Τα Νοσοκομεία Άργους, Καλαμάτας, Μολάων και Κορίνθου έχουν χαμηλό διάστημα εναλλαγής που δεν ξεπερνά τις 1,4 ημέρες, ενώ αντίθετα τα Νοσοκομεία Σπάρτης, Τρίπολης, Κυπαρισσίας και Ναυπλίου έχουν μεγάλο διάστημα κενών κλινών που κυμαίνεται από 2 έως 4 ημέρες.

**Διάγραμμα 73: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**

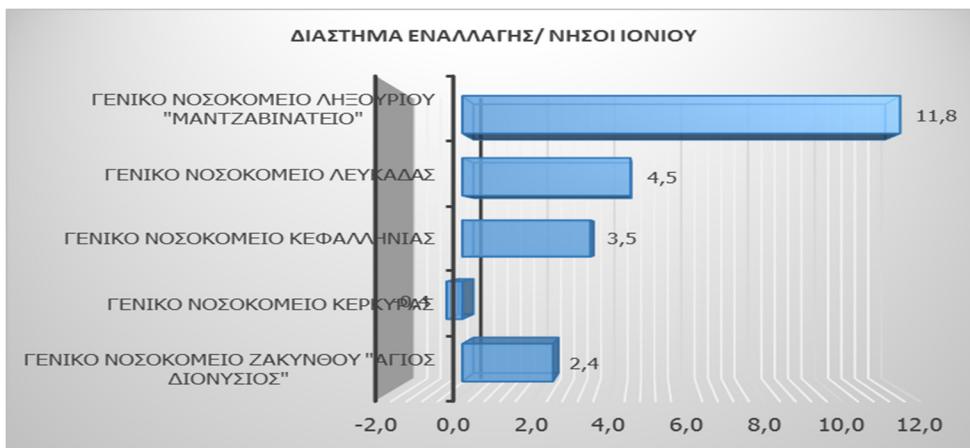




### 5.3.3.10 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων το διάστημα εναλλαγής για το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας είναι αρνητικό και συνδυάζεται με το πολύ υψηλό (111,5%) ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών. Τα Νοσοκομεία Λευκάδας, Ζακύνθου και Κεφαλονιάς παρουσιάζουν διάστημα εναλλαγής από 2,4 έως 3,5 ημέρες το οποίο, αν και σχετικά υψηλό, θα πρέπει να αξιολογηθεί σε συνδυασμό με τη νησιωτικότητα και την εποχικότητα της ζήτησης υπηρεσιών λόγω του τουρισμού.

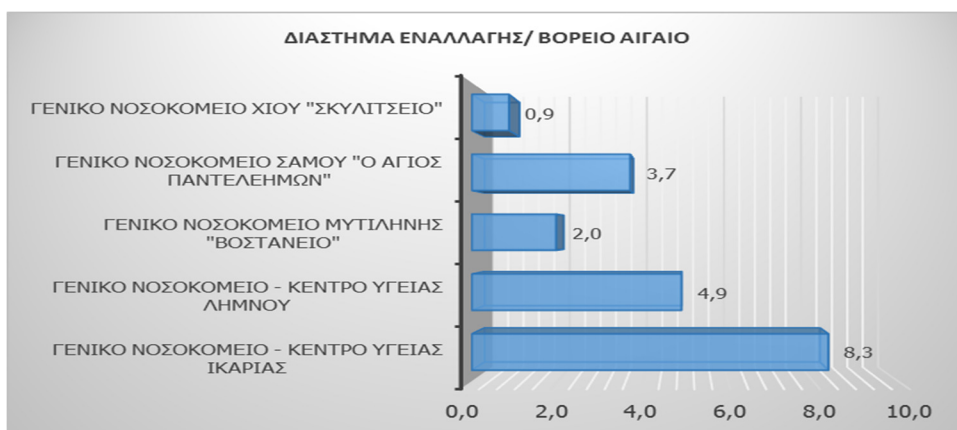
**Διάγραμμα 74: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011**



### 5.3.3.11 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου το διάστημα εναλλαγής για τα Νοσοκομεία Ικαρίας και Λήμνου είναι πολύ υψηλό (8,3 και 4,9 αντίστοιχα), γεγονός που σημαίνει ότι τα συγκεκριμένα νοσοκομεία διαθέτουν αναξιόποιτους πόρους. Αντίθετα, το διάστημα εναλλαγής για τα Νοσοκομεία Μυτιλήνης και Σάμου και κυρίως της Χίου είναι χαμηλότερο και κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

**Διάγραμμα 75: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011**





### 5.3.3.12 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου τα Νοσοκομεία Κω, Νάξου και Καλύμνου παρουσιάζουν υψηλή τιμή όσον αφορά το διάστημα εναλλαγής, ενώ καλύτερη εικόνα εμφανίζει το νοσοκομείο της Ρόδου και κυρίως της Σύρου με μόλις μία ημέρα εναλλαγής.

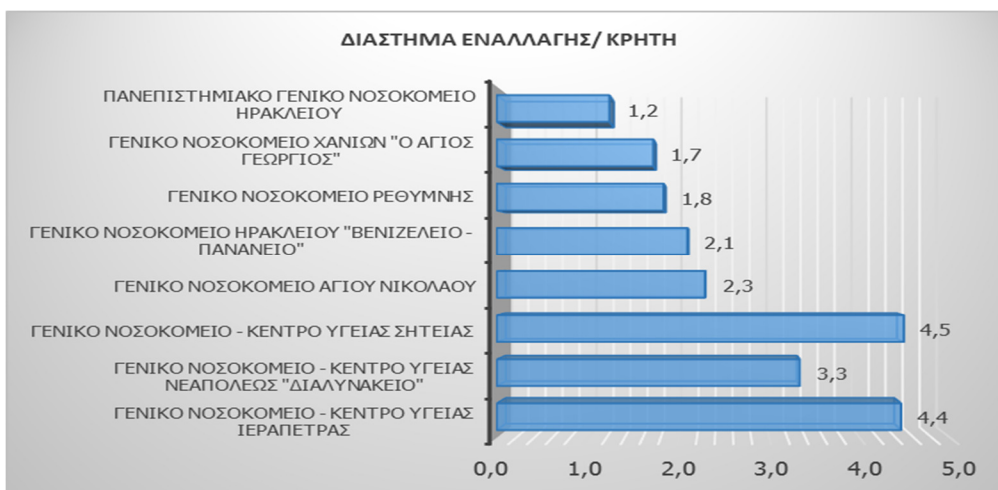
**Διάγραμμα 76: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**



### 5.3.3.13 Περιφέρεια Κρήτης

Ο πολυκερματισμός των διαθέσιμων πόρων με τη λειτουργία τεσσάρων νοσοκομείων σε απόσταση λίγων μόνο χιλιομέτρων στο νομό Λασιθίου έχει επιπτώσεις και στο διάστημα εναλλαγής κλινών, όπου σε όλα τα Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας οι κλίνες παραμένουν ανενεργές για πάνω από 3 ημέρες. Τα μεγάλα «νομαρχιακά» νοσοκομεία έχουν ικανοποιητικό διάστημα εναλλαγής και ιδιαίτερα το νοσοκομείο αναφοράς της Περιφέρειας, το ΠαΓΝΗ, όπου με εναλλαγή 1,2 ημέρες παρουσιάζει τη βέλτιστη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων του.

**Διάγραμμα 77: Διάστημα Εναλλαγής στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**





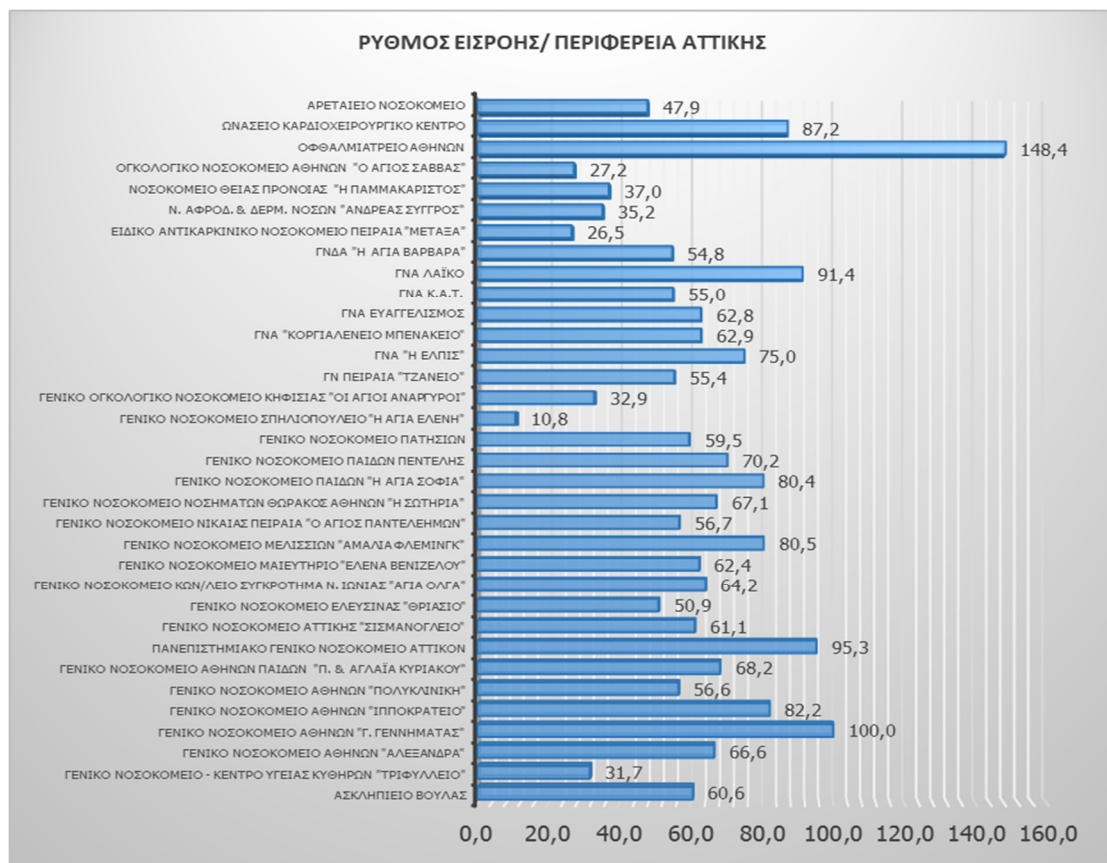
### 5.3.4 Ρυθμός εισροής

Ο δείκτης υπολογίζει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι νοσοκομειακές κλίνες σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε αριθμό ανά κλίνη ανά μονάδα χρόνου και μετράει την έκταση της αξιοποίησης των διαθέσιμων κλινών. Όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός εισροής τόσο καλύτερη είναι η αξιοποίηση των κλινών ενός νοσοκομείου, δηλαδή τόσο περισσότεροι ασθενείς εξυπηρετήθηκαν ανά κλίνη μέσα στη διάρκεια ενός έτους.

#### 5.3.4.1 Περιφέρεια Αττικής

Στην Περιφέρεια Αττικής τα νοσοκομεία «Γεννηματάς», «Ιπποκράτειο», «Αττικό», «Αμαλία Φλέμινγκ», Παιδών «Η Αγία Σοφία», «Λαϊκό», Οφθαλμιατρείο Αθηνών και «Ωνάσειο» εμφανίζουν υψηλή νοσηλευτική δραστηριότητα που προσεγγίζει σε ετήσια βάση τους 85 ασθενείς ανά κλίνη. Αντίθετα, τα νοσοκομεία «Τριφύλλειο», «Σπηλιοπούλειο», «Οι Άγιοι Ανάργυροι», «Μεταξά», «Α. Συγγρός», «Παμμακάριστος», «Άγιος Σάββας» και Αρεταίειο εμφανίζουν χαμηλή δραστηριότητα με λιγότερους από 50 ασθενείς ανά κλίνη. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας εξυπηρετούν ετησίως από 50-75 ασθενείς ανά νοσοκομειακή κλίνη.

Διάγραμμα 78: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Αττικής, 2011

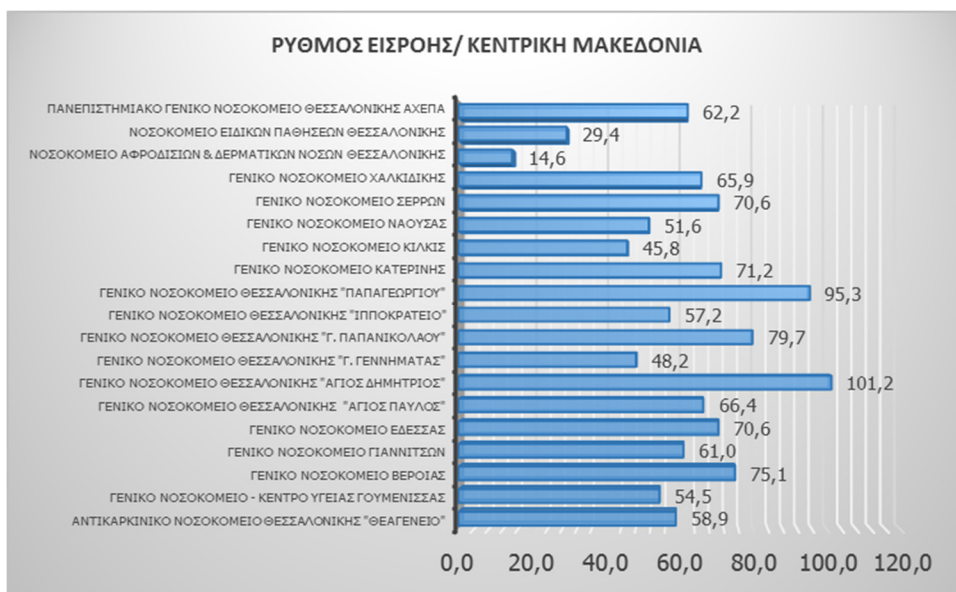




### 5.3.4.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας η πλειοψηφία των νοσοκομείων έχει σχετικά χαμηλό ρυθμό εισροής ασθενών που κυμαίνεται από 48 έως 67 ασθενείς ανά κλίνη ετησίως. Τον υψηλότερο ρυθμό εισροής παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Παπαγεωργίου» και «Άγιος Δημήτριος» με ρυθμό εισροής 95,3 και 101,2 ασθενείς αντίστοιχα.

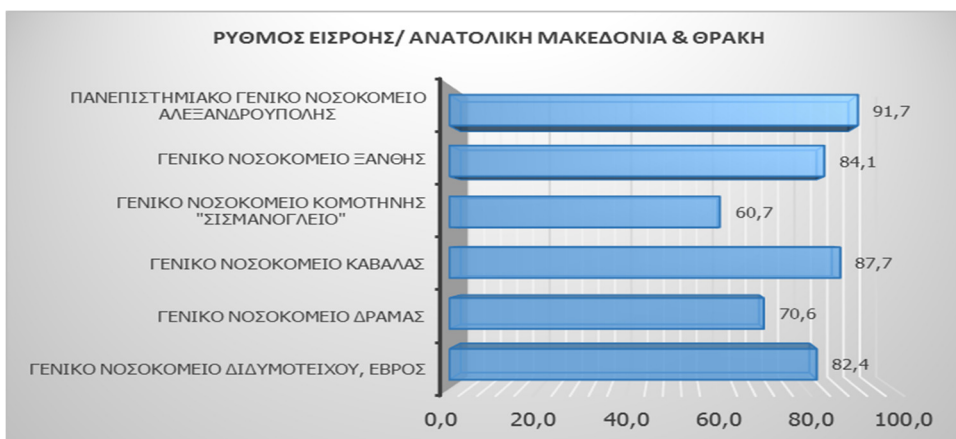
**Διάγραμμα 79: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011**



### 5.3.4.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης ο ρυθμός εισροής για την πλειοψηφία των νοσοκομείων ξεπερνά τους 70 ασθενείς ανά κλίνη. Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, με 92 περίπου ασθενείς, εμφανίζει τον υψηλότερο ρυθμό εισροής ασθενών στην περιφέρεια.

**Διάγραμμα 80: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**

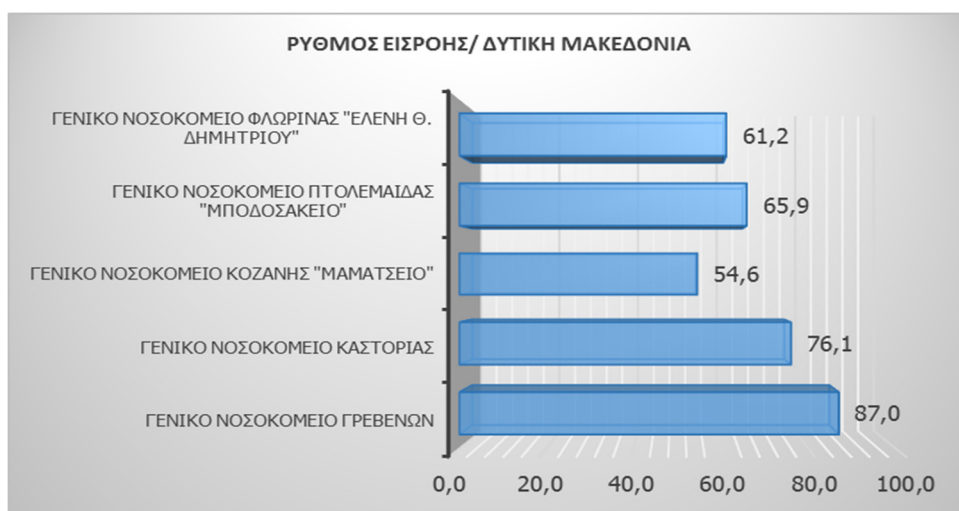




#### 5.3.4.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Η πλειοψηφία των νοσοκομείων της Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας παρουσιάζει χαμηλό ρυθμό εισροής ασθενών που κυμαίνεται από 54 έως 66 ασθενείς. Το Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς εμφανίζει εισροή 76 ασθενών ανά κλίνη ανά έτος, ενώ το Νοσοκομείο Γρεβενών έχει τον υψηλότερο ρυθμό εισροής της περιφέρειας με 87 ασθενείς.

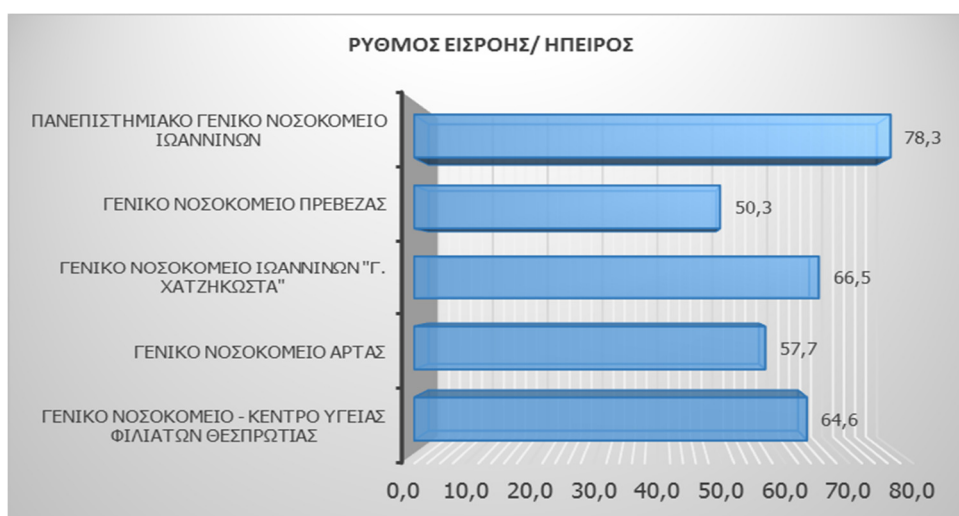
**Διάγραμμα 81: Ρυθμός Εισροής στη Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**



#### 5.3.4.5 Περιφέρεια Ηπείρου

Η πλειοψηφία των νοσοκομείων της Περιφέρειας Ηπείρου έχει χαμηλό ρυθμό εισροής ασθενών που δεν ξεπερνά τους 70 ασθενείς ετησίως. Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, που αποτελεί και σημείο αναφοράς της ευρύτερης περιοχής, έχει τον υψηλότερο ρυθμό εισροής της περιφέρειας με 78,3 ασθενείς.

**Διάγραμμα 82: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011**

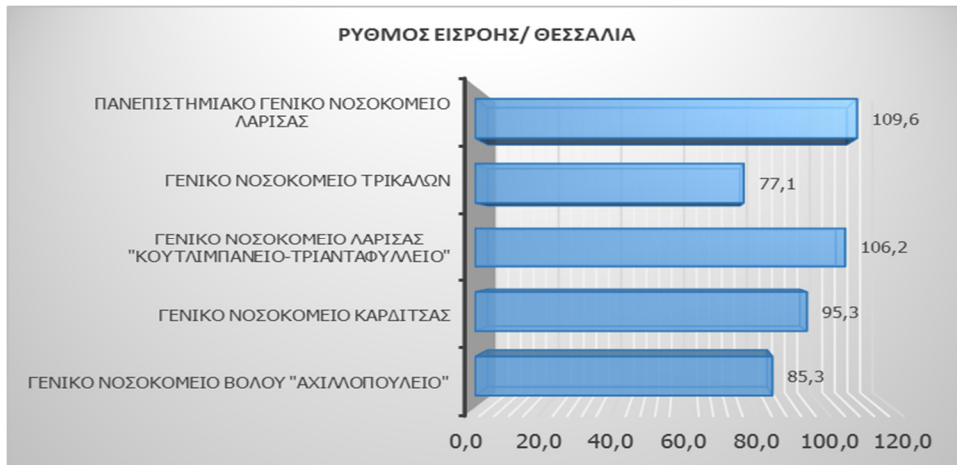




### 5.3.4.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Στην Περιφέρεια Θεσσαλίας ο ρυθμός εισροής ασθενών είναι υψηλός σε όλα σχεδόν τα νοσοκομεία, με ιδιαίτερη έμφαση στα δύο νοσοκομεία της Λάρισας και κυμαίνεται από 85 έως 110 ασθενείς. Μόνη εξαίρεση το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων που έχει ελαφρώς χαμηλότερο δείκτη με 77,1 ασθενείς.

**Διάγραμμα 83: Ρυθμός Εισροής στη Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011**



### 5.3.4.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Η ιδιαιτερότητα της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας ως προς τη λειτουργία νοσοκομείων χαμηλής και υψηλής ζήτησης υπηρεσιών αντικατοπτρίζεται και στο δείκτη του ρυθμού εισροής. Τα Νοσοκομεία Καρύστου, Κύμης, Καρπενησίου, Φωκίδας και Θήβας έχουν εισροή κάτω από 60 ασθενείς ανά κλίνη, ενώ αντίθετα τα μεγάλα νοσοκομεία της Λιβαδειάς, της Χαλκίδας και ιδιαίτερα το νοσοκομείο Λαμίας παρουσιάζουν υψηλό ρυθμό εισροής.

**Διάγραμμα 84: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011**

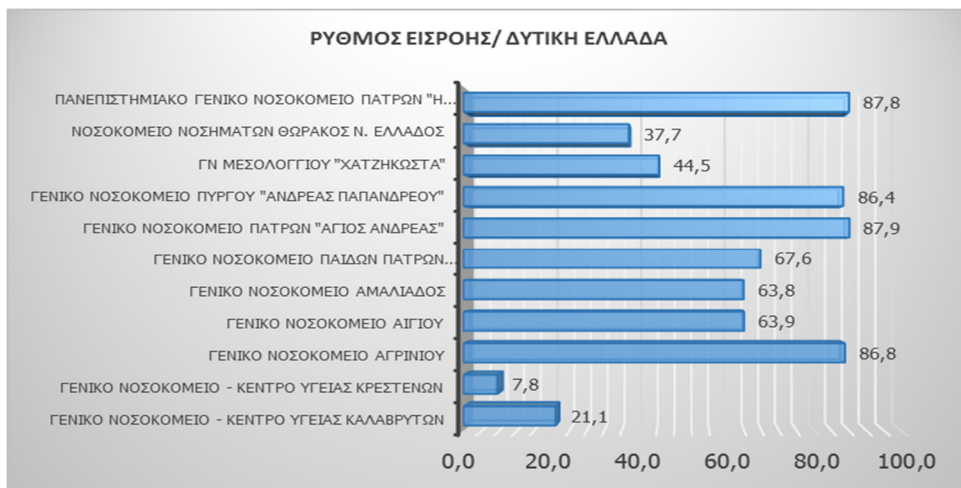




### 5.3.4.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας ο χαμηλότερος ρυθμός εισροής συναντάται στο Κέντρο Υγείας Κρεστών με 7,8 ασθενείς ανά έτος. Ακολουθούν το Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων, το Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Νοτίου Ελλάδος και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα» με ρυθμό εισροής κάτω από 45 ασθενείς. Τα Νοσοκομεία Πύργου, Πατρών και Αγρινίου παρουσιάζουν τον υψηλότερο ρυθμό εισροής που προσεγγίζει τους 87 ασθενείς.

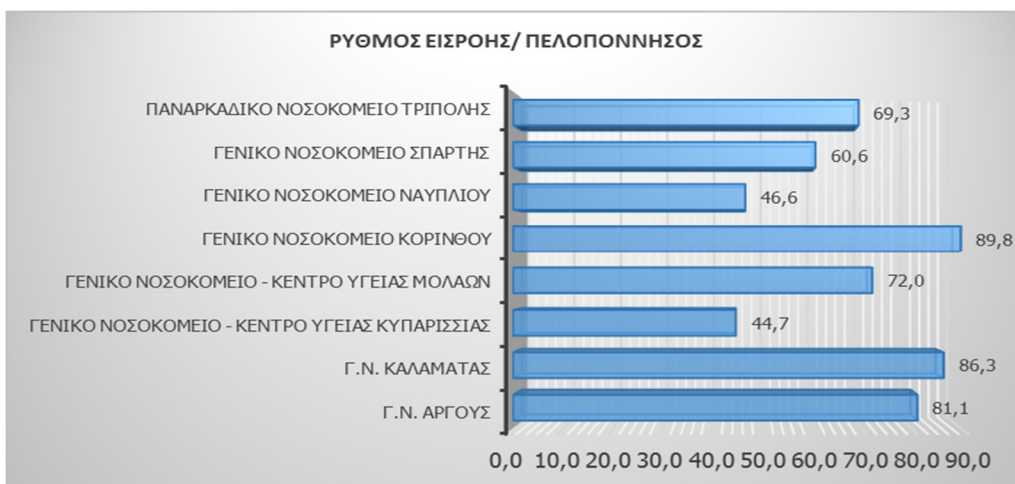
**Διάγραμμα 85: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**



### 5.3.4.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Στην Περιφέρεια Πελοποννήσου ικανοποιητική εικόνα του δείκτη εμφανίζουν τα νοσοκομεία Άργους, Καλαμάτας και Κορίνθου με ρυθμό εισροής μεταξύ 80 και 90 ασθενών. Αντίθετα, για τα Νοσοκομεία Κυπαρισσίας και Ναυπλίου, με χαμηλή πληρότητα και ρυθμό εισροής περίπου τους 45 ασθενείς, θα πρέπει να επανεξεταστεί ο τρόπος λειτουργίας τους.

**Διάγραμμα 86: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**



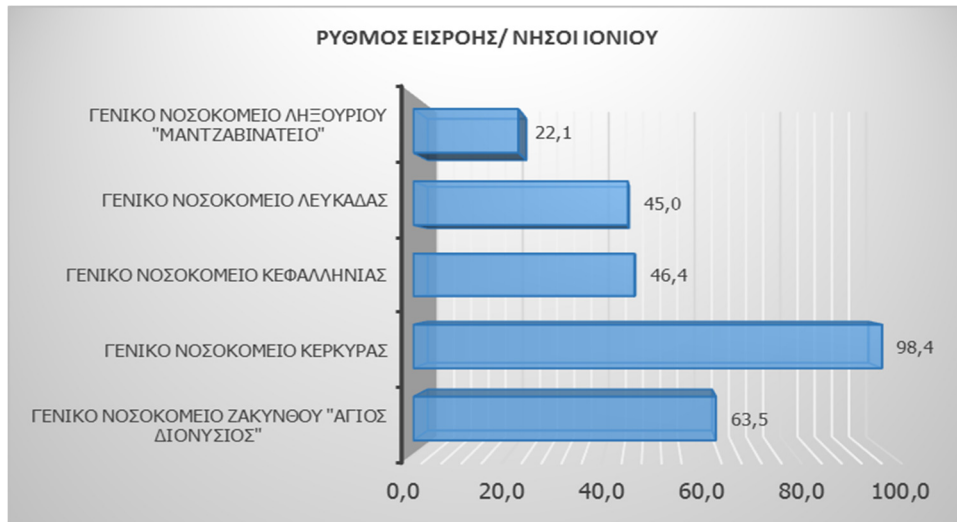




### 5.3.4.10 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας έχει ρυθμό εισροής 98,4 ασθενείς ανά κλίνη ανά έτος. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας εμφανίζουν χαμηλό ρυθμό εισροής που κυμαίνεται μεταξύ 22 και 64 ασθενών.

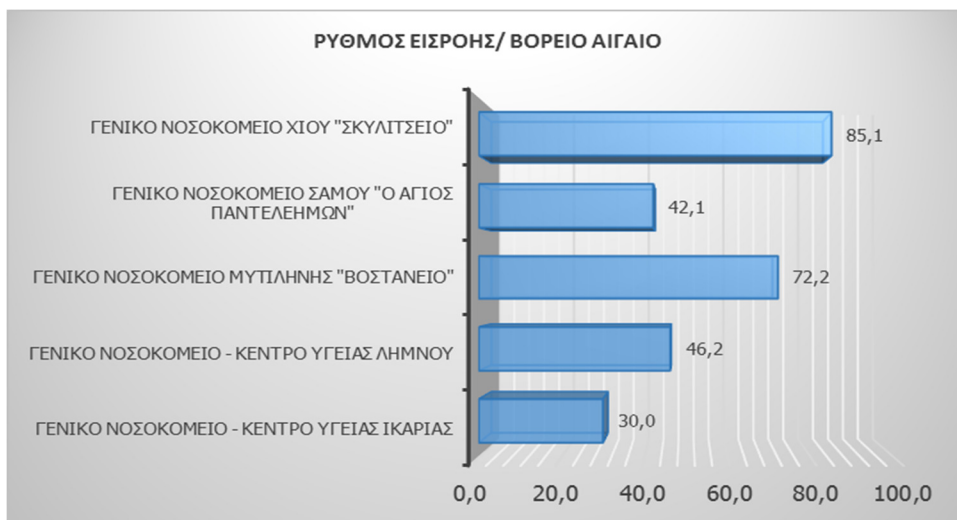
**Διάγραμμα 87: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011**



### 5.3.4.11 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου η εισροή ασθενών για τα Νοσοκομεία Ικαρίας, Σάμου και Λήμνου είναι χαμηλή, από 30 έως 46 ασθενείς ανά έτος. Αντίθετα, στα δύο μεγαλύτερα νοσοκομεία της περιφέρειας, της Μυτιλήνης και της Χίου, ο ρυθμός εισροής ασθενών κινείται σε υψηλά επίπεδα ακόμα και για νησιωτικά νοσοκομεία.

**Διάγραμμα 88: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011**

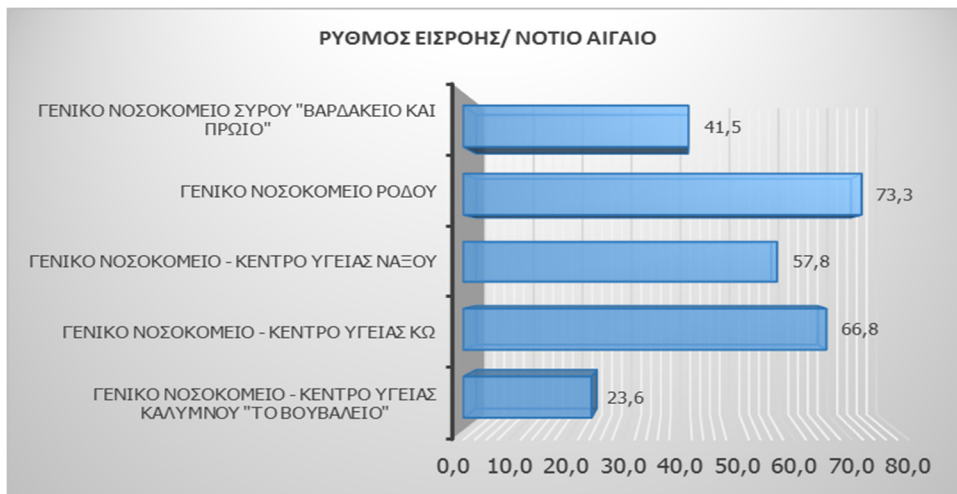




### 5.3.4.12 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου την υψηλότερη τιμή του δείκτη παρουσιάζει το Νοσοκομείο της Ρόδου με ρυθμό εισροής τους 73 ασθενείς ετησίως. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας παρουσιάζουν σχετικά χαμηλή εισροή ασθενών που κυμαίνεται από 23 έως 67 ασθενείς ανά κλίνη ετησίως.

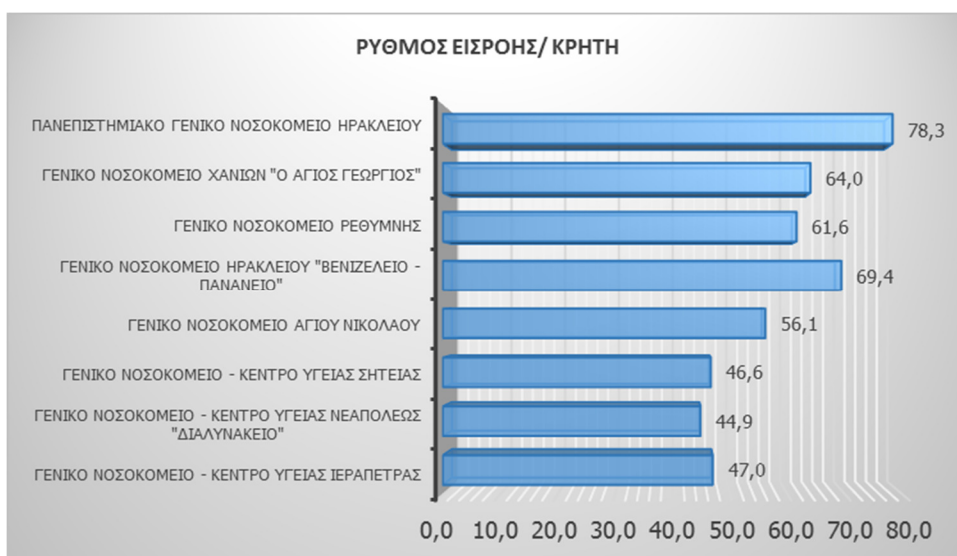
**Διάγραμμα 89: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**



### 5.3.4.13 Περιφέρεια Κρήτης

Στην Περιφέρεια Κρήτης, παρά την υψηλή πληρότητα των μεγάλων «νομαρχιακών» νοσοκομείων, όλα τα νοσοκομεία παρουσιάζουν σχετικά χαμηλό ρυθμό εισροής ασθενών, από 45 έως 70 ασθενείς, με τα πρωτοβάθμια βέβαια νοσοκομεία να υπολείπονται σημαντικά. Εξαίρεση αποτελεί το ΠαΓΝΗ, που προσεγγίζει τους 80 ασθενείς ετησίως.

**Διάγραμμα 90: Ρυθμός Εισροής στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**



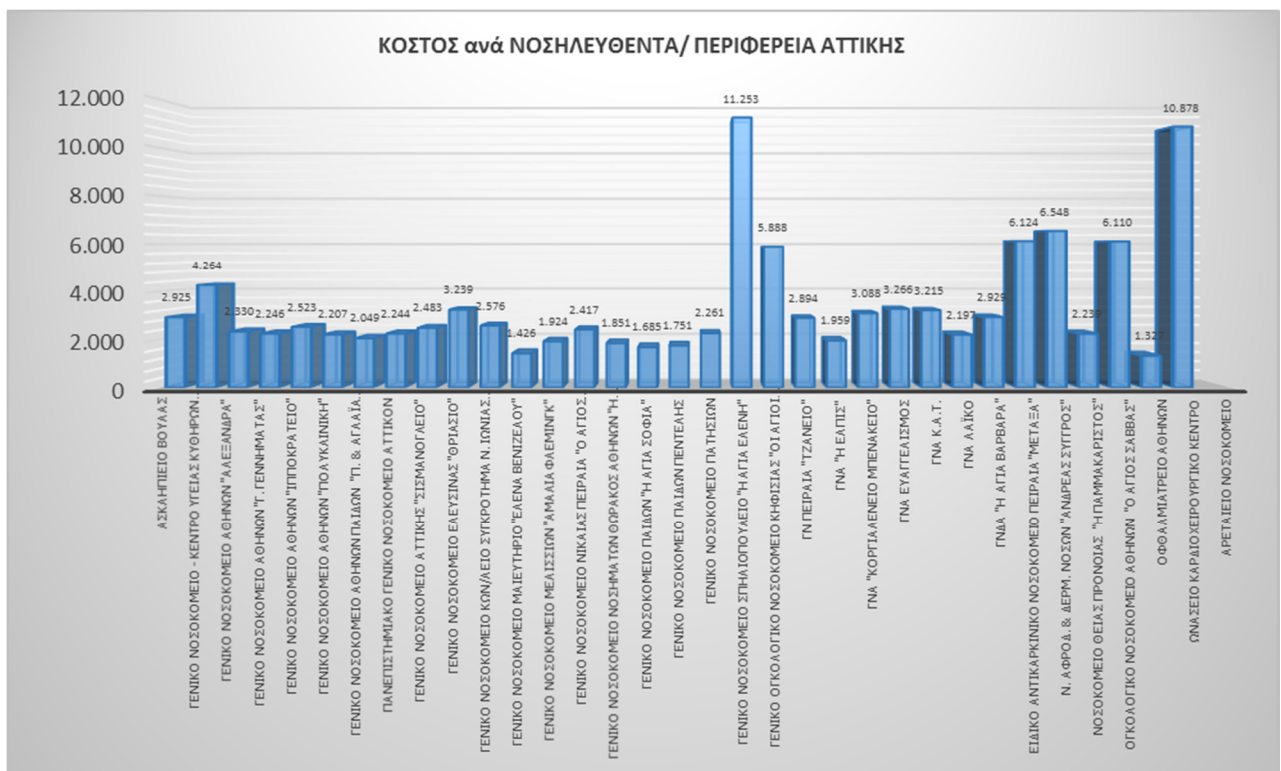


### 5.3.5 Κόστος ανά νοσηλευθέντα & κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στα νοσοκομεία ανά γεωγραφική περιφέρεια

#### 5.3.5.1 Περιφέρεια Αττικής

Στην Περιφέρεια Αττικής το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα προσεγγίζει τις 2.650 € και είναι υψηλότερο κατά περίπου 12% από τον εθνικό μέσο όρο. Υψηλό κόστος ανά νοσηλευθέντα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Τριφύλλειο», «Άγιοι Ανάργυροι», «Μεταξά», «Α. Συγγρός» και «Άγιος Σάββας» με κόστος που ξεπερνά τις 4.300 €. Επισημαίνεται ότι στα αντικαρκινικά νοσοκομεία το υψηλό κόστος οφείλεται και στις ειδικές θεραπείες και την υψηλή φαρμακευτική δαπάνη για την αντιμετώπιση των νεοπλασιών. Την υψηλότερη τιμή του δείκτη συναντάμε στα Νοσοκομεία «Ωνάσειο» και «Σπηλιοπούλειο» με κόστη 10.878 € και 11.253 € αντίστοιχα. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία κόστους για το Αρεταίειο Νοσοκομείο.

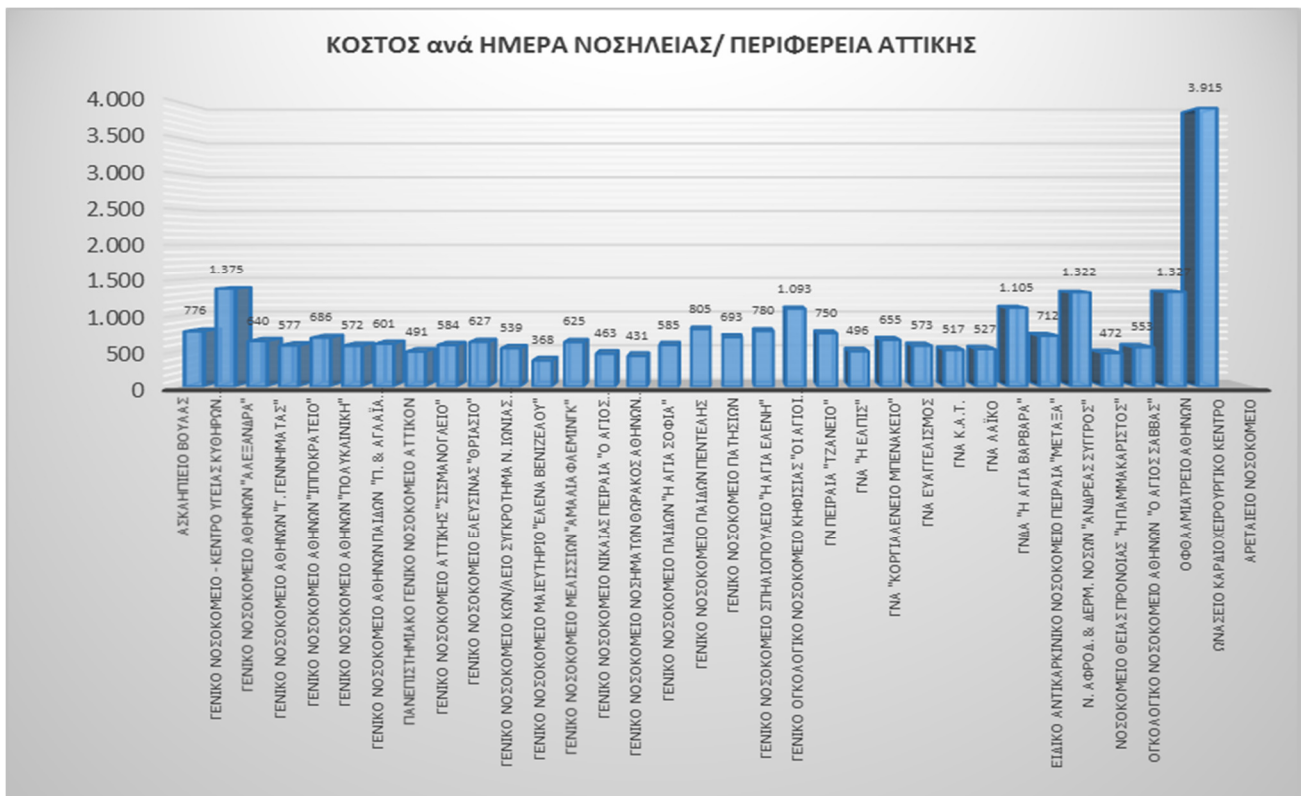
Διάγραμμα 91: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Αττικής, 2011





Όσον αφορά το ημερήσιο κόστος νοσηλείας για την πλειοψηφία των νοσοκομείων, κυμαίνεται από 370 € έως 780 € περίπου. Τα Νοσοκομεία «Τριφύλλιο», «Άγιοι Ανάργυροι», «Αγία Βαρβάρα», «Α. Συγγρός» και Οφθαλμιατρείο Αθηνών έχουν σημαντικά υψηλότερο κόστος που ξεπερνά τα 1.000 €, δηλαδή 60% υψηλότερο από το μέσο όρο της χώρας. Το υψηλότερο κόστος συναντάμε στο «Ωνάσειο», που διαμορφώνεται σε €3.915.

**Διάγραμμα 92: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Αττικής, 2011**

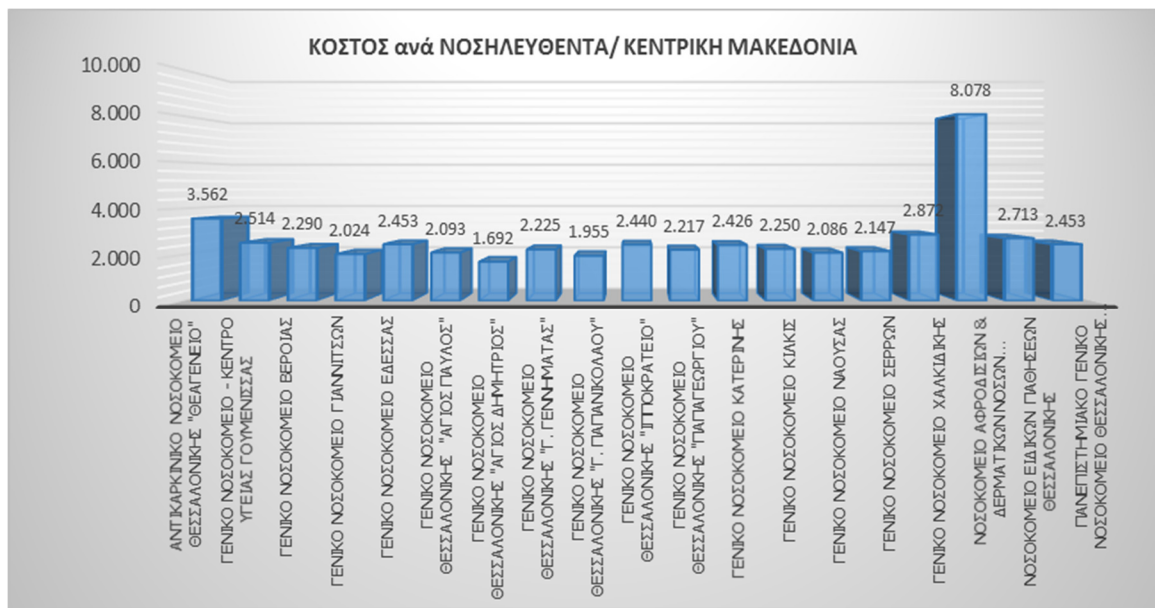


### 5.3.5.2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα είναι ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο της χώρας. Για την πλειοψηφία των νοσοκομείων ο δείκτης κυμαίνεται από 1.700 € έως 2.700 €. Τα Νοσοκομεία Αφροδίσια & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης και το Αντικαρκινικό «Θεαγένειο» έχουν υψηλότερο κόστος που διαμορφώνεται σε 3.600 € και 8.000 € αντίστοιχα.



**Διάγραμμα 93: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για την πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 580 € έως 760 € περίπου. Τα Νοσοκομεία Έδεσσας, Κατερίνης, Χαλκιδικής και Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης έχουν υψηλότερο κόστος που προσεγγίζει τα 900 €. Το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Ειδικών Νόσων Θεσσαλονίκης έχει το υψηλότερο ημερήσιο κόστος νοσηλείας με 1.244 €.

**Διάγραμμα 94: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2011**

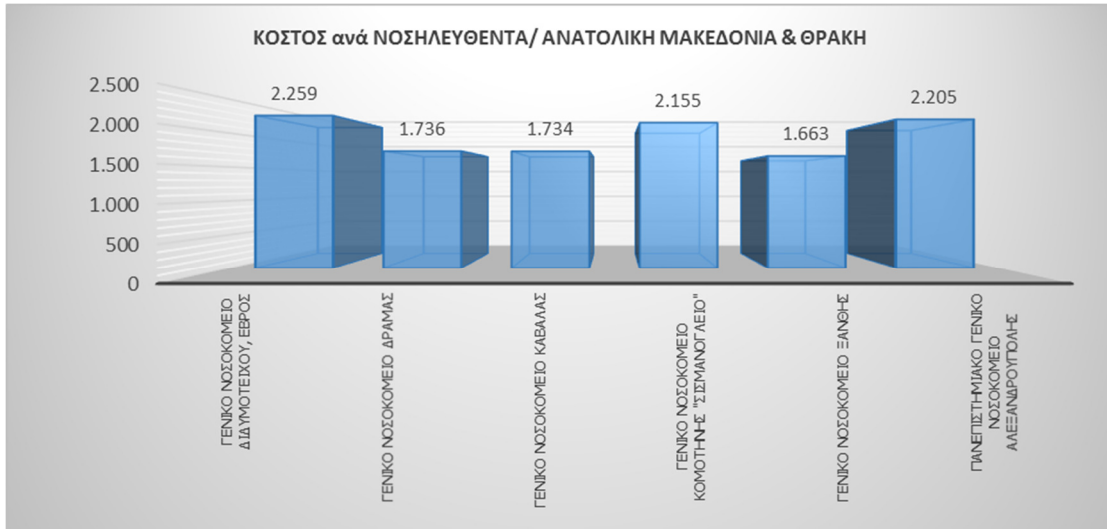




### 5.3.5.3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

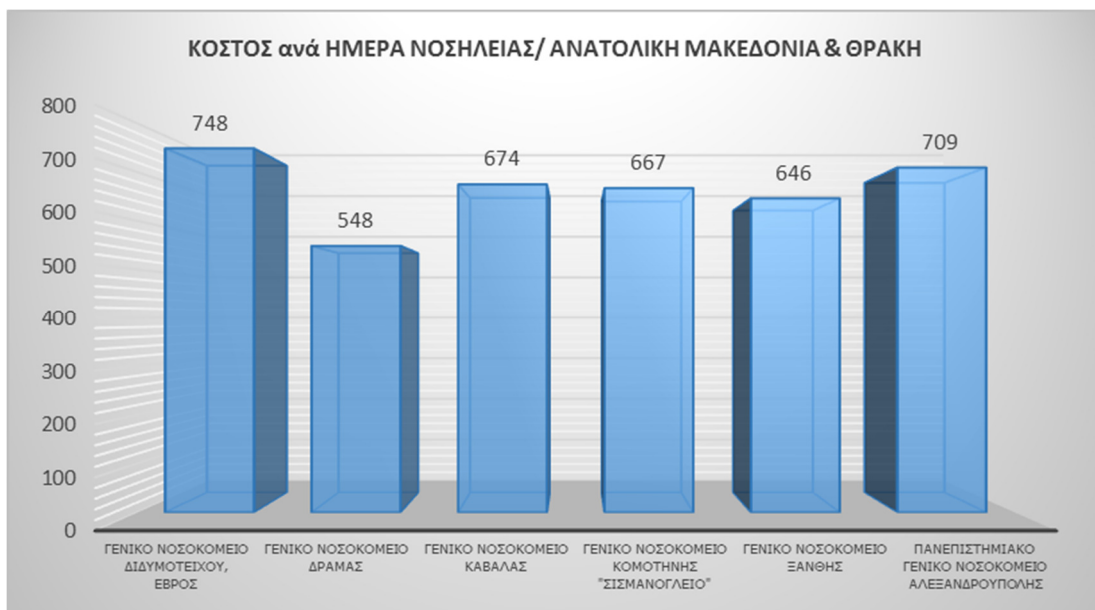
Οι δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας δεν παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις στα νοσοκομεία της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης. Το κόστος ανά νοσηλευθέντα κυμαίνεται από 1.600 € έως 2.200 € περίπου.

**Διάγραμμα 95: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**



Το ίδιο ισχύει και για το ημερήσιο κόστος νοσηλείας που κυμαίνεται από 550 € έως 750 € περίπου και ακολουθεί τις διακυμάνσεις του κόστους ανά νοσηλευθέντα.

**Διάγραμμα 96: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, 2011**





### 5.3.5.4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

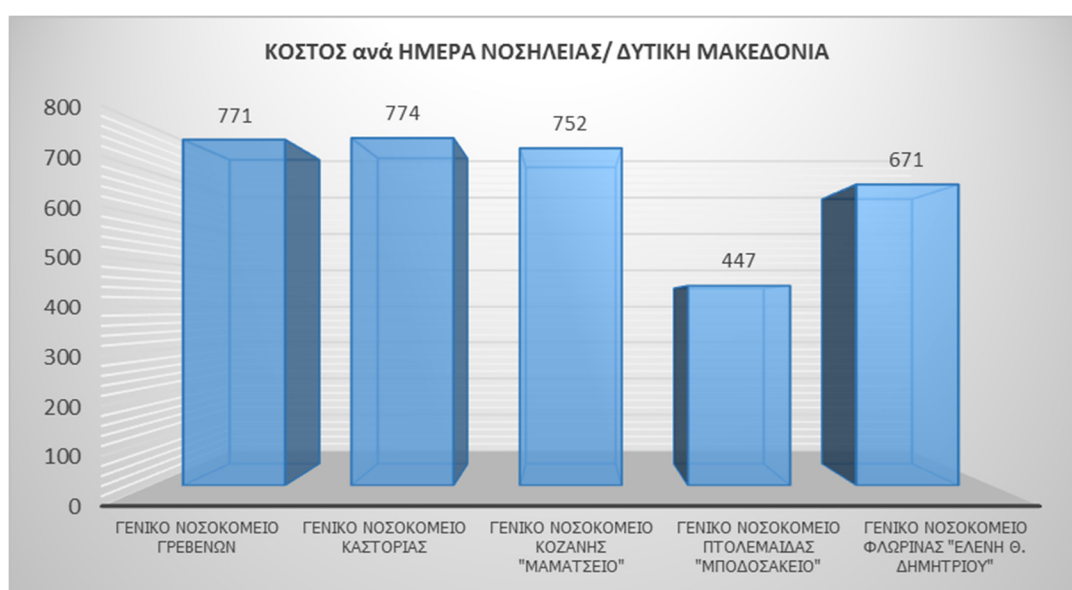
Στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας παρατηρούμε σημαντικές αποκλίσεις των δεικτών κόστους μεταξύ των νοσοκομείων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τα νοσοκομεία Πτολεμαΐδας και Κοζάνης που, παρά το ίδιο περίπου μέγεθος κλινών, το νοσοκομείο Κοζάνης έχει διπλάσιο κόστος ανά νοσηλευθέντα. Επισημαίνεται ωστόσο ότι το μέσο κόστος των νοσοκομείων της περιφέρειας κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα και είναι χαμηλότερο κατά περίπου 20% από το μέσο όρο της χώρας.

**Διάγραμμα 97: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας ο δείκτης κυμαίνεται από 450 € έως 770 € περίπου και προσεγγίζει τον εθνικό μέσο όρο.

**Διάγραμμα 98: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, 2011**

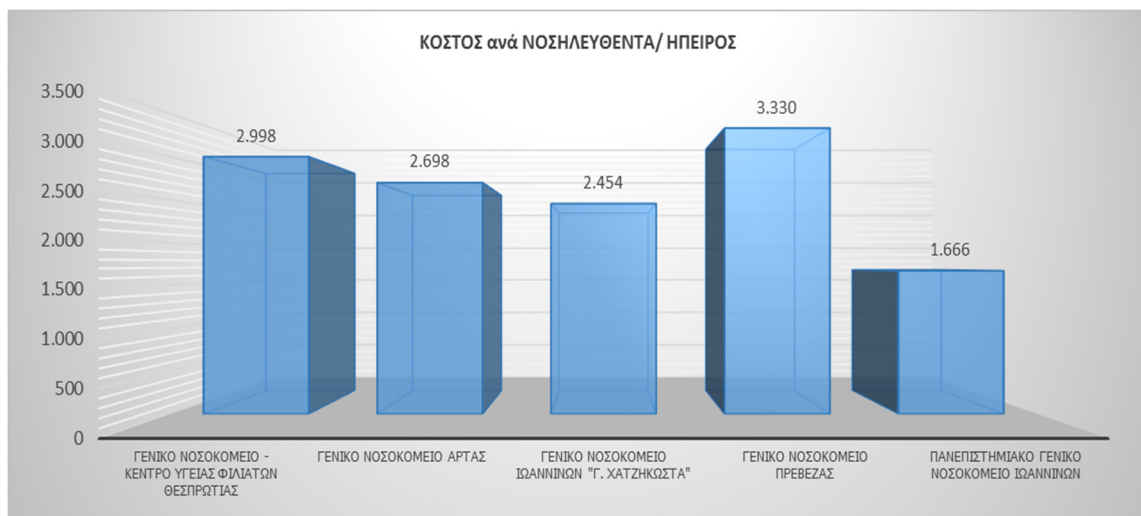




### 5.3.5.5 Περιφέρεια Ηπείρου

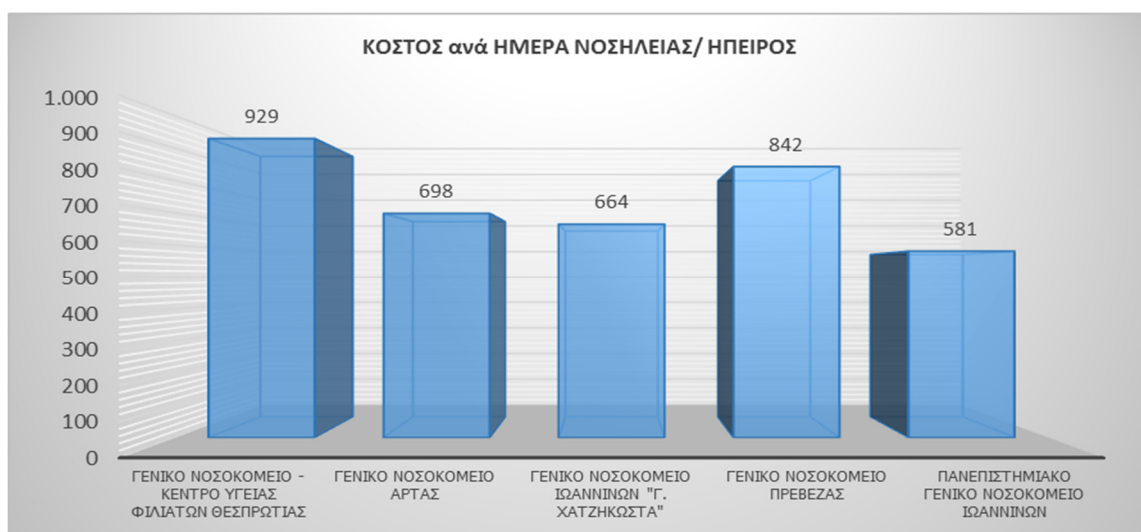
Στην Περιφέρεια Ηπείρου χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων όπου, παρά τη σοβαρότητα των περιστατικών που αντιμετωπίζει και κατά συνέπεια το υψηλότερο κόστος φαρμακευτικής αγωγής, το κόστος ανά νοσηλευθέντα ανέρχεται σε μόλις 1.666 €, σημαντικά δηλαδή χαμηλότερο τόσο από τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας όσο και από το μέσο όρο της χώρας (-30%). Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει και στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Φιλιππών που παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλό κόστος ανά νοσηλευθέντα που προσεγγίζει τα 3.000 €.

**Διάγραμμα 99: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011**



Αντίστοιχες είναι και οι διαπιστώσεις και στο κόστος ημερήσιας νοσηλείας, όπου μπορεί εύκολα να διαπιστώσει κανείς πως το ύψος του ημερήσιου κόστους νοσηλείας είναι αντιστρόφως ανάλογο από το μέγεθος ενός νοσοκομείου.

**Διάγραμμα 100: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Ηπείρου, 2011**



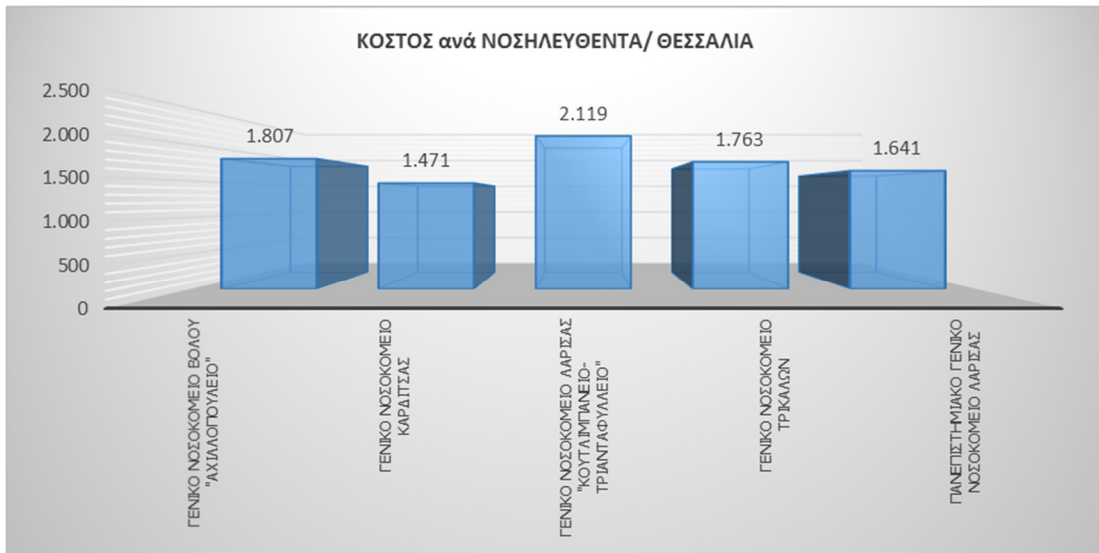




### 5.3.5.6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

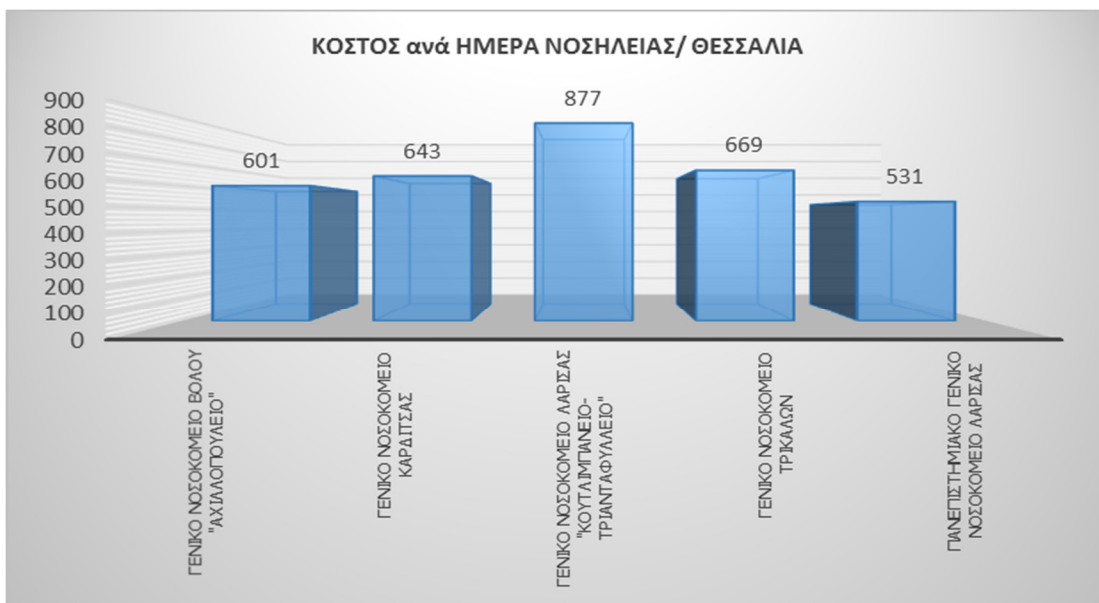
Στην Περιφέρεια Θεσσαλίας το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα προσεγγίζει τα 1.750 € και είναι κατά 20% χαμηλότερο από το μέσο όρο της χώρας. Για το σύνολο των νοσοκομείων ο δείκτης κινείται σε χαμηλά επίπεδα, με εξαίρεση το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, που το κόστος ανά νοσηλευθέντα υπερβαίνει κατά περίπου 30% το μέσο όρο της περιφέρειας.

**Διάγραμμα 101: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011**



Αντίστοιχες είναι και οι διαπιστώσεις στο ημερήσιο κόστος νοσηλείας, με το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας να παρουσιάζει το υψηλότερο κόστος, ενώ για τα υπόλοιπα νοσοκομεία το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κυμαίνεται από 530 € έως 880 €.

**Διάγραμμα 102: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2011**

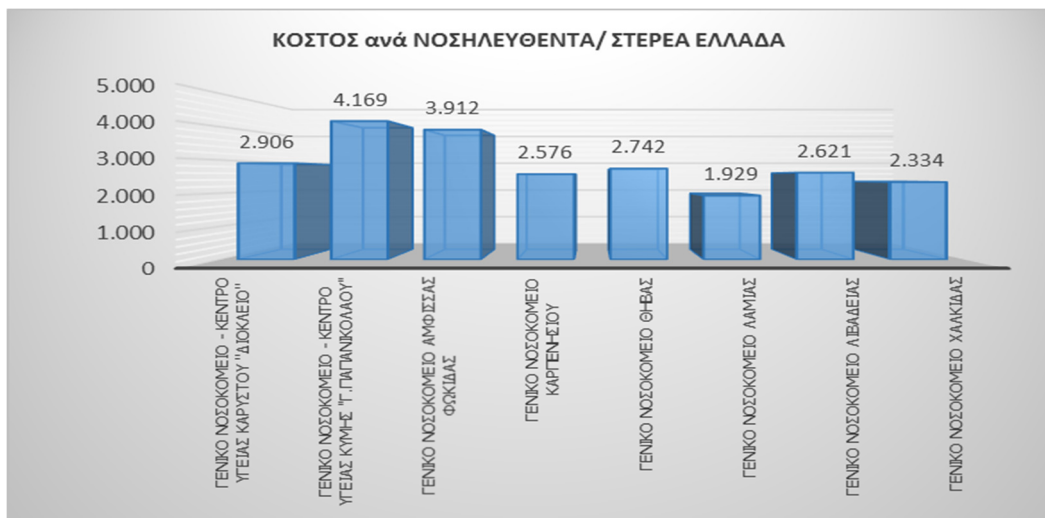




### 5.3.5.7 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

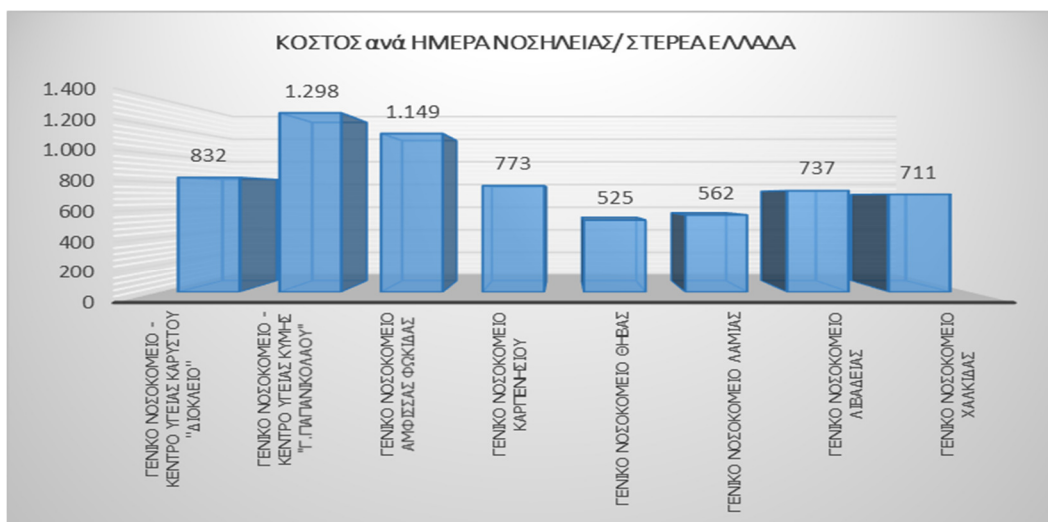
Στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας οι υψηλές τιμές του κόστους ανά νοσηλευθέντα στα μικρά περιφερειακά νοσοκομεία όπως της Άμφισσας, της Κύμης και της Καρύστου δεν φαίνεται να δικαιολογούνται από τη σοβαρότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται σε σχέση με τα τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια νοσοκομεία (Λαμίας, Χαλκίδας, Θήβας, Λειβαδιάς). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το κόστος στο νοσοκομείο της Κύμης αλλά και της Άμφισσας είναι πάνω από 100% υψηλότερο από το νοσοκομείο της Λαμίας.

**Διάγραμμα 103: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας για την πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 530 € έως 830 € περίπου. Τα Νοσοκομεία Φωκίδας και Κύμης έχουν υψηλότερο κόστος που διαμορφώνεται σε 1.149 € και 1.298 € αντίστοιχα.

**Διάγραμμα 104: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2011**

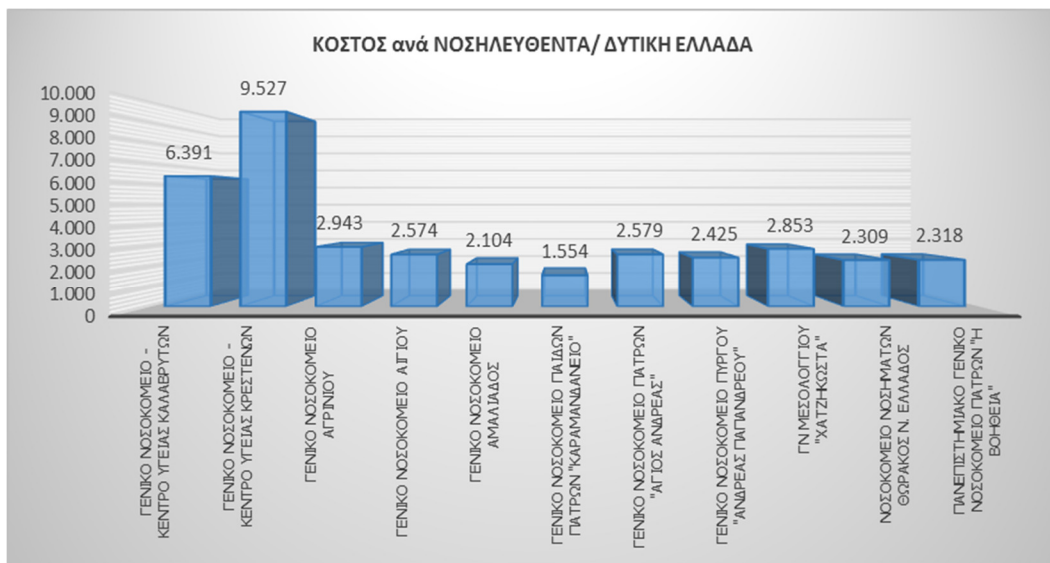




### 5.3.5.8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα είναι ελαφρώς υψηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο και διαμορφώνεται σε 2.464 €. Στην πλειοψηφία των νοσοκομείων ο δείκτης κυμαίνεται από 2.200 € έως 2.950 € περίπου. Τα Γενικά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας Καλαβρύτων και Κρεστενών έχουν πολύ υψηλό κόστος που διαμορφώνεται στα 6.300 € και 9.500 € αντίστοιχα.

**Διάγραμμα 105: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, ο δείκτης στην πλειοψηφία των Νοσοκομείων κυμαίνεται από 430 € έως 800 € περίπου. Τα Κέντρο Υγείας Κρεστενών έχει πολύ υψηλό κόστος, 3.200 €. Επίσης υψηλό κόστος έχει και το Νοσοκομείο Αγρινίου που προσεγγίζει τα 1.000 € και είναι κατά 50% υψηλότερο από το μέσο όρο της χώρας.

**Διάγραμμα 106: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2011**

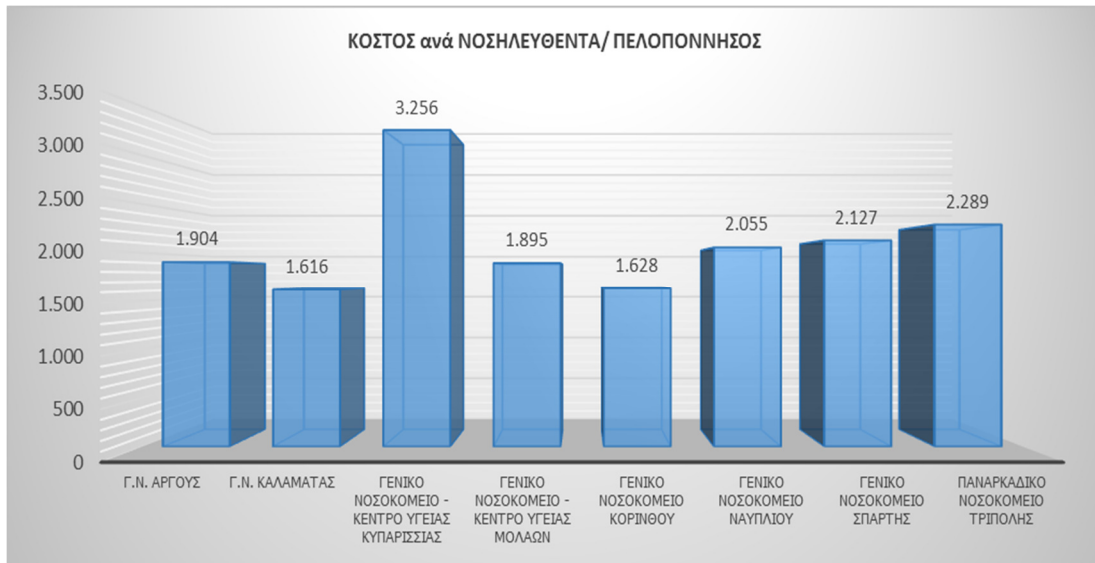




### 5.3.5.9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

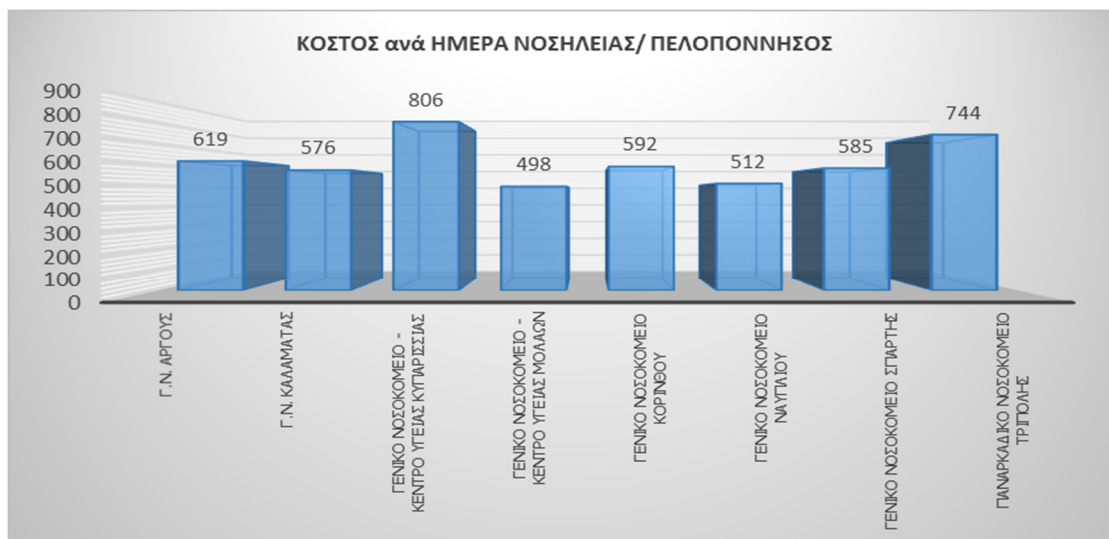
Στην Περιφέρεια Πελοποννήσου το κόστος ανά νοσηλευθέντα για την πλειοψηφία των Νοσοκομείων κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, σημαντικά χαμηλότερα από το μέσο όρο της χώρας (-18%). Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κυπαρισσίας παρουσιάζει το υψηλότερο κόστος –όπως έχουμε δει και στα πρωτοβάθμια νοσοκομεία άλλων περιφερειών–, που διαμορφώνεται σε περίπου 3.250 €.

**Διάγραμμα 107: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**



Αντίστοιχη περίπου εικόνα έχουμε και για το δείκτη του κόστους ημερήσιας νοσηλείας. Ωστόσο, αξίζει εδώ να αναφερθεί η υψηλή τιμή του δείκτη εκτός από το πρωτοβάθμιο νοσοκομείο της Κυπαρισσίας και στο Παναρκαδικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, όπου με ημερήσιο κόστος 744 € υπερβαίνει κατά 16% τον εθνικό μέσο όρο.

**Διάγραμμα 108: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, 2011**

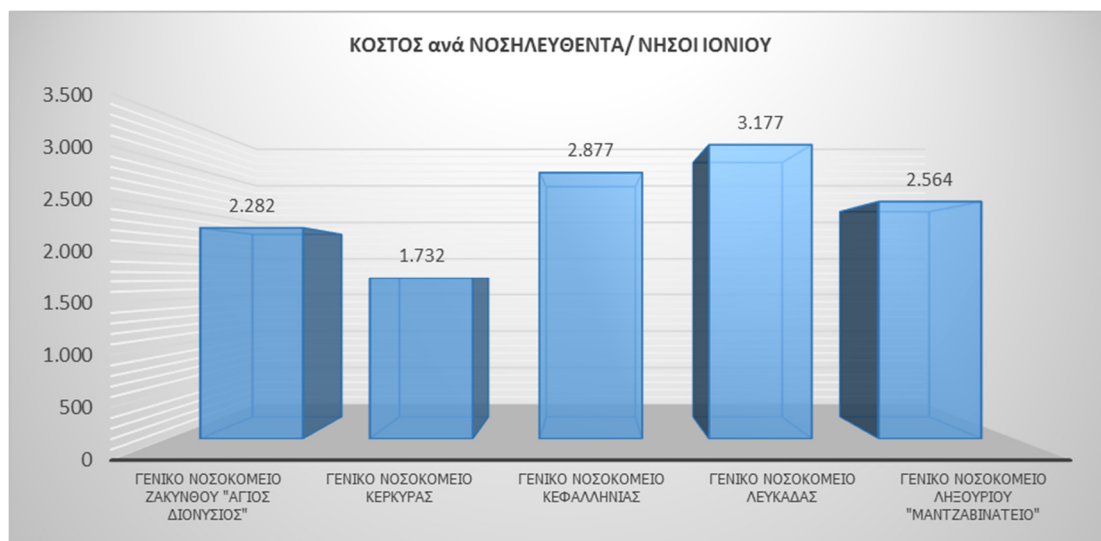




### 5.3.5.10 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

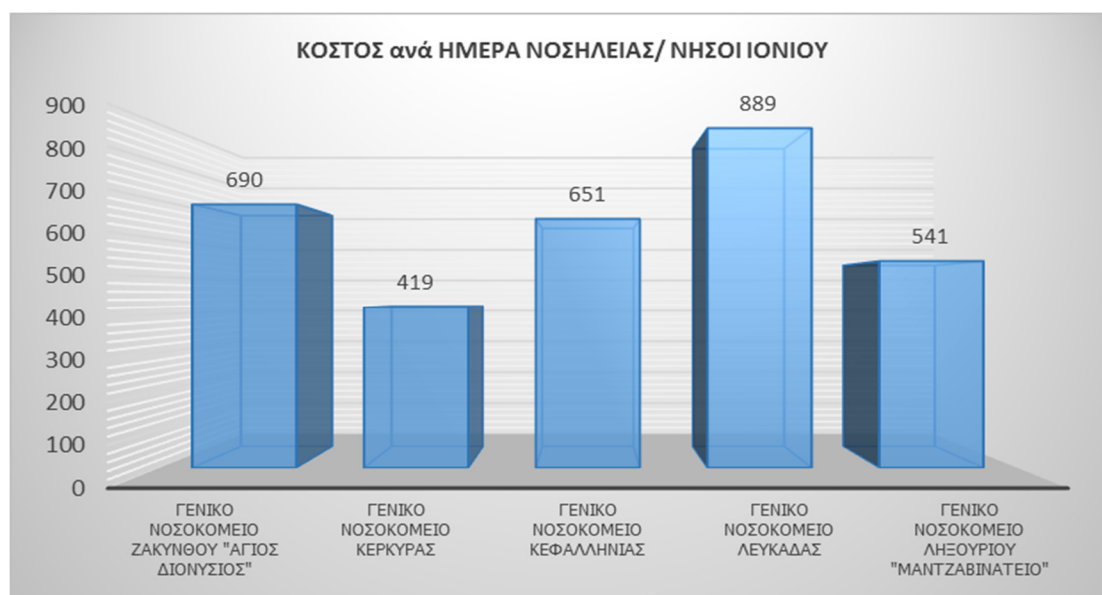
Στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις ως προς το κόστος ανά νοσηλευθέντα. Αυτό ωστόσο που φαίνεται σαφώς είναι ότι, με εξαίρεση το νοσοκομείο της Κέρκυρας όπου η τιμή του δείκτη είναι κατά 26% χαμηλότερη από το μέσο κόστος της χώρας, σε όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία το κόστος είναι υψηλό και μάλιστα σε νοσοκομεία όπως της Λευκάδας αλλά και της Κεφαλονιάς ανέρχεται σε μη αποδεκτά επίπεδα.

**Διάγραμμα 109: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων ο δείκτης κυμαίνεται από 420 € έως 690 €. Το Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας εμφανίζει υψηλότερο κόστος που διαμορφώνεται σε περίπου 890 €.

**Διάγραμμα 110: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, 2011**

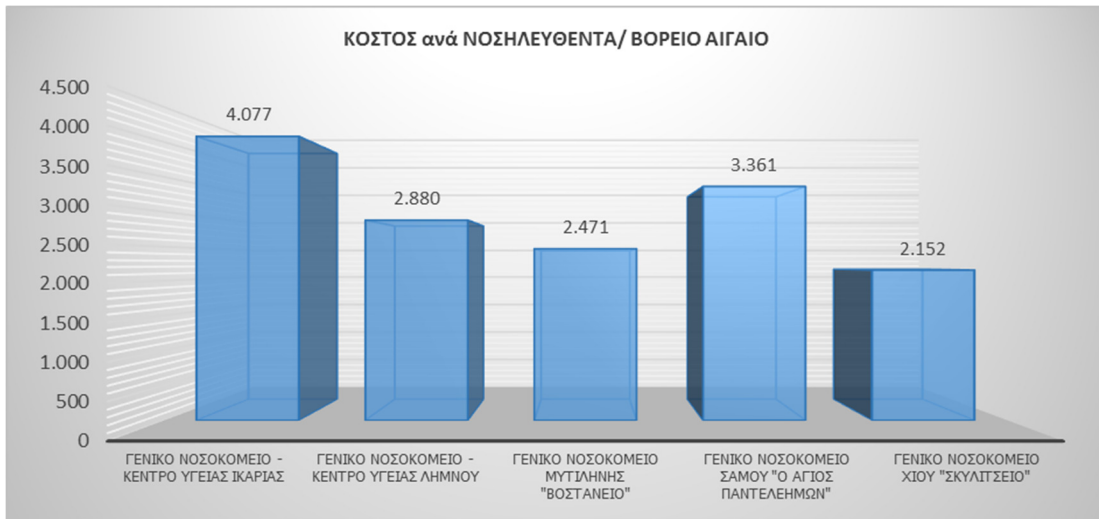




### 5.3.5.11 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

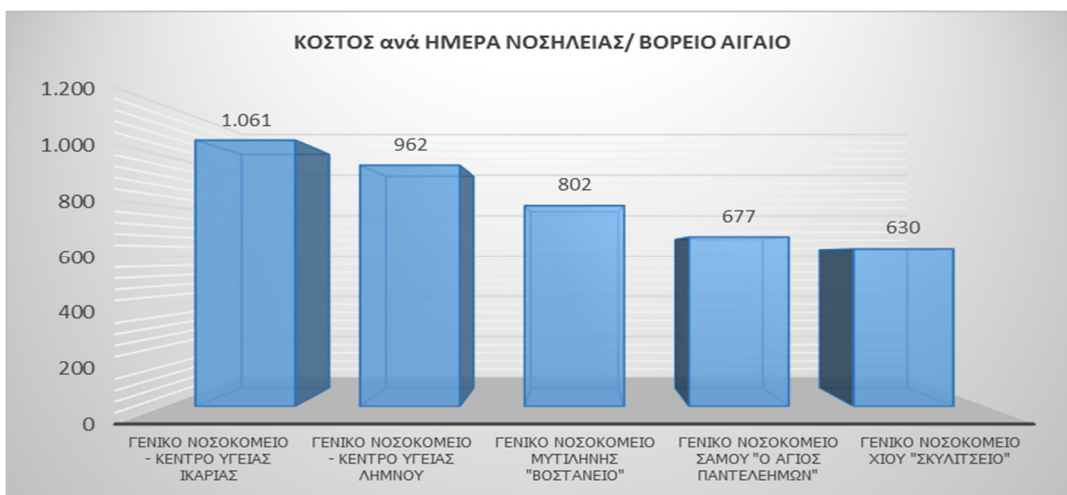
Στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου το κόστος ανά νοσηλευθέντα κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα σε όλα σχεδόν τα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία Σάμου και Ικαρίας έχουν το υψηλότερο κόστος που διαμορφώνεται στα 3.300 € και 4.100 € αντίστοιχα, ενώ εξαίρεση αποτελεί το νοσοκομείο της Χίου, που με κόστος 2.150 €, κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

**Διάγραμμα 111: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κυμαίνεται από 630 € έως 800 € περίπου. Τα νοσοκομεία Λήμνου και Ικαρίας έχουν υψηλότερο κόστος που διαμορφώνεται στα 960 € και 1.060 € αντίστοιχα. Επισημαίνεται ότι παρά το case mix των περιστατικών που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία της περιφέρειας (δηλαδή μικρής έως μέτριας σοβαρότητας περιστατικά), το ημερήσιο κόστος νοσηλείας είναι υψηλότερο κατά 18% από το αντίστοιχο μέσο όρο της χώρας.

**Διάγραμμα 112: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, 2011**

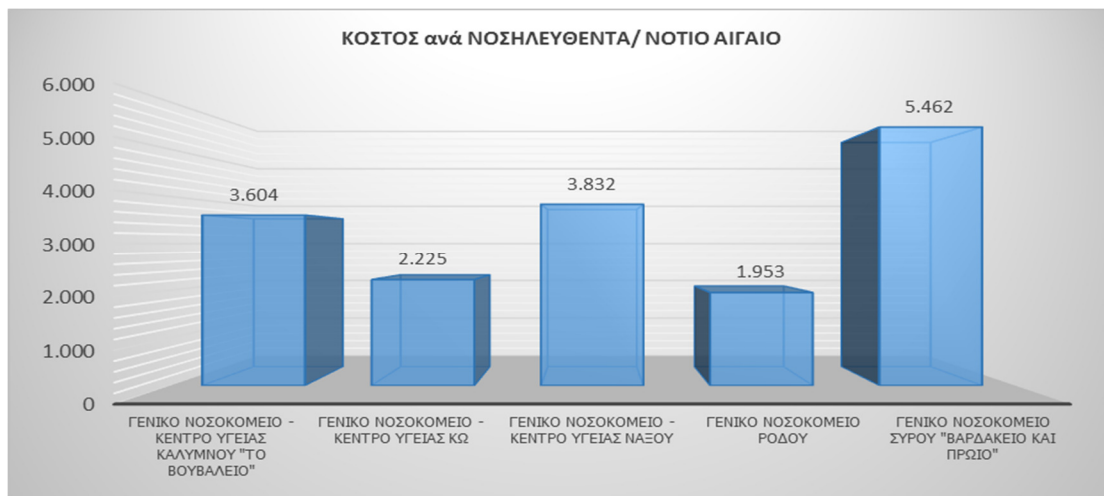




### 5.3.5.12 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

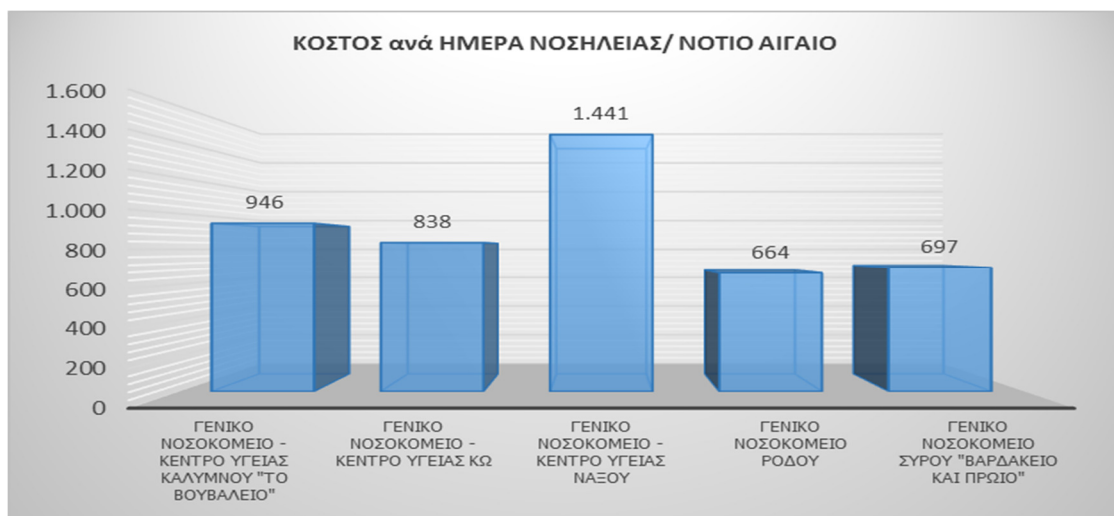
Στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου παρατηρείται μια ιδιαίτερη ανομοιομορφία ως προς την οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομείων, η οποία μάλιστα δεν φαίνεται να συσχετίζεται με το μέγεθός τους. Νοσοκομεία όπως της Ρόδου και της Κω παρουσιάζουν πολύ ικανοποιητικό κόστος ανά νοσηλευθέντα, ενώ αντίθετα τα υπόλοιπα νοσοκομεία παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλό κόστος ανά νοσηλευθέντα, το οποίο μάλιστα στο νοσοκομείο της Σύρου προσεγγίζει τα 5.500 €.

**Διάγραμμα 113: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**



Όσον αφορά το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, τα νοσοκομεία Ρόδου και Σύρου έχουν κόστος ανά ημέρα νοσηλείας γύρω στα 680 €. Το Κέντρο Υγείας Κω έχει κόστος 830 € και το «Βουβάλειο» 940 €. Το υψηλότερο κόστος εμφανίζει το Νοσοκομείο Νάξου και διαμορφώνεται σε 1.441 €.

**Διάγραμμα 114: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, 2011**

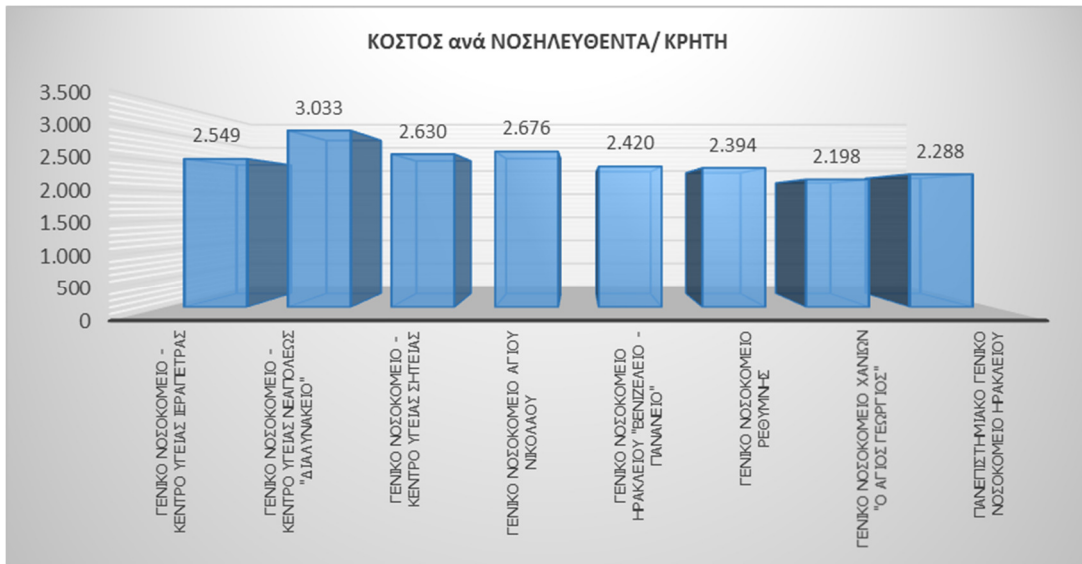




### 5.3.5.13 Περιφέρεια Κρήτης

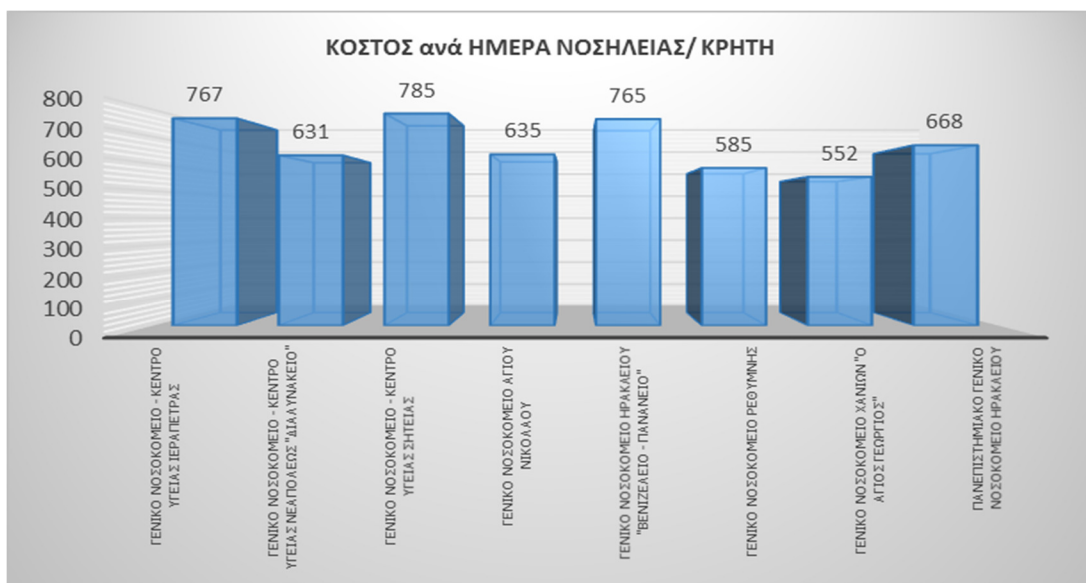
Στην Περιφέρεια Κρήτης δεν παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των νοσοκομείων, ενώ το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα προσεγγίζει τον εθνικό μέσο όρο. Εξαιρέση αποτελεί το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως με το δείκτη να ανέρχεται σε 3.000 €.

**Διάγραμμα 115: Κόστος/Νοσηλευθέντα στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**



Αντίστοιχη περίπου εικόνα συναντάμε και στο δείκτη του κόστους της ημερήσιας νοσηλείας, όπου στο σύνολο των νοσοκομειακών μονάδων κυμαίνεται από 550 € έως 785 €.

**Διάγραμμα 116: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στην Περιφέρεια Κρήτης, 2011**







# Ενότητα Γ΄

## Καταγραφή ανισοτήτων



## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

# Συγκριτική αποτίμηση περιφερειακών ανισοτήτων ως προς την κατανομή των πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης

Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί μια συγκριτική αποτίμηση των δεικτών προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, ώστε να εντοπιστούν ανισότητες στην κατανομή των πόρων, σε συσχέτιση με τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας. Επισημαίνεται ότι ειδικά στην παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης, ο πληθυσμός μιας περιφέρειας δεν ταυτίζεται πάντα με τον πραγματικό πληθυσμό που απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας της περιφέρειας που κατοικεί. Παράγοντες όπως η λειτουργία νοσοκομείων ιδιαίτερου κύρους σε όμορες περιφέρειες, η κοντινή απόσταση από νοσοκομεία αναφοράς της Αττικής ή άλλων μεγάλων αστικών κέντρων, η έλλειψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αιχμής (π.χ. μαγνητικού τομογράφου) αποτελούν μέρος μόνο των παραμέτρων που συμβάλλουν σε σχετικές στρεβλώσεις. Η παρούσα ανάλυση θα πραγματοποιηθεί αρχικά για τις ιατρικές υποδομές (κλίνες, κλινικές, μονάδες τεχνητού νεφρού, εξοπλισμός ΒΙΤ) και έπειτα για το ανθρώπινο δυναμικό.

### 6.1 Ανισότητες ως προς τις ιατρικές υποδομές

Αναφορικά με την κατανομή των ιατρικών υποδομών και προκειμένου τα δεδομένα να είναι συγκρίσιμα, εξετάζεται ο δείκτης ανά 1.000 κατοίκους σε περιφερειακό επίπεδο. Οι δείκτες που θα αναλυθούν είναι οι κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, οι κλίνες ανά κατηγορία κλινικών ανά 1.000 κατοίκους, οι έδρες των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού ανά 1.000 κατοίκους και ο βασικός εξοπλισμός Βιοϊατρικής Τεχνολογίας ανά 1.000 κατοίκους.



### 6.1.1 Ανισότητες ως προς τις διαθέσιμες κλίνες

Ο πίνακας που ακολουθεί αποτυπώνει τα ποσοτικά δεδομένα κλινών και πληθυσμού ανά Διοικητική Περιφέρεια καθώς και το δείκτη Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους.

Πίνακας 29: Δείκτης Κλίνες/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Κλίνες	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΛΙΝΕΣ/ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	1741	608.182	2,86
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	592	199.231	2,97
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1741	679.796	2,56
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	717	283.689	2,53
ΗΠΕΙΡΟΣ	1640	336.856	4,87
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1742	732.762	2,38
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	517	207.855	2,49
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	5703	1.880.058	3,03
ΚΡΗΤΗ	2173	623.065	3,49
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	596	308.975	1,93
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1215	577.903	2,10
ΑΤΤΙΚΗ	11774	3.827.624	3,08
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	832	547.390	1,52
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ</b>	<b>30.983</b>	<b>10.813.386</b>	<b>2,87</b>

Ο δείκτης για το σύνολο της χώρας προσεγγίζει τις 2,87 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, παρουσιάζει ωστόσο σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των περιφερειών. Η **Περιφέρεια Ηπείρου** παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία κλινών σε σχέση με πληθυσμό της και προσεγγίζει τις 4,87 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (70% υψηλότερη από το μέσο όρο της χώρας). Σημαντικά υψηλότερη από το μέσο όρο της χώρας είναι και η αναλογία κλινών στην **Περιφέρεια Κρήτης**, όπου εμφανίζει διαθεσιμότητα 3,49 κλινών ανά 1.000 κατοίκους.



Από την άλλη μεριά, η **Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας**, με πληθυσμό περίπου 550.000 κατοίκους, εμφανίζει το χαμηλότερο δείκτη διαθεσιμότητας κλινών σε σχέση με το πληθυσμό που εξυπηρετεί (1,52 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους). Επισημαίνεται ωστόσο ότι, λόγω της εύκολης πρόσβασης, σημαντικό μέρος των κατοίκων απευθύνεται σε νοσοκομειακές μονάδες της Αττικής. Χαμηλό επίσης δείκτης αναλογίας κλινών με τον πληθυσμό παρουσιάζει και η **Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου** (1,93 κλίνες) αλλά και η **Περιφέρεια Πελοποννήσου** (2,10 κλίνες).

Η **Περιφέρεια Αττικής**, με πληθυσμό περίπου 3.800.000 κατοίκους, εμφανίζει διαθεσιμότητα 3,08 κλινών ανά 1.000 κατοίκους. Ο δείκτης είναι ελαφρώς υψηλότερος από το μέσο όρο της χώρας. Αυτό ωστόσο που θα έπρεπε να συνεξεταστεί είναι το κατά πόσο οι κλίνες αυτές επαρκούν, δεδομένου ότι η Περιφέρεια Αττικής εμφανίζει την ιδιαιτερότητα προσέλκυσης πληθυσμού για νοσηλεία από άλλες περιφέρειες, καθώς επίσης και η μη αποδοτική κατανομή των διαθέσιμων κλινών μεταξύ των νοσοκομειακών μονάδων της περιφέρειας.

**Διάγραμμα 117: Δείκτης Κλίνες/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**



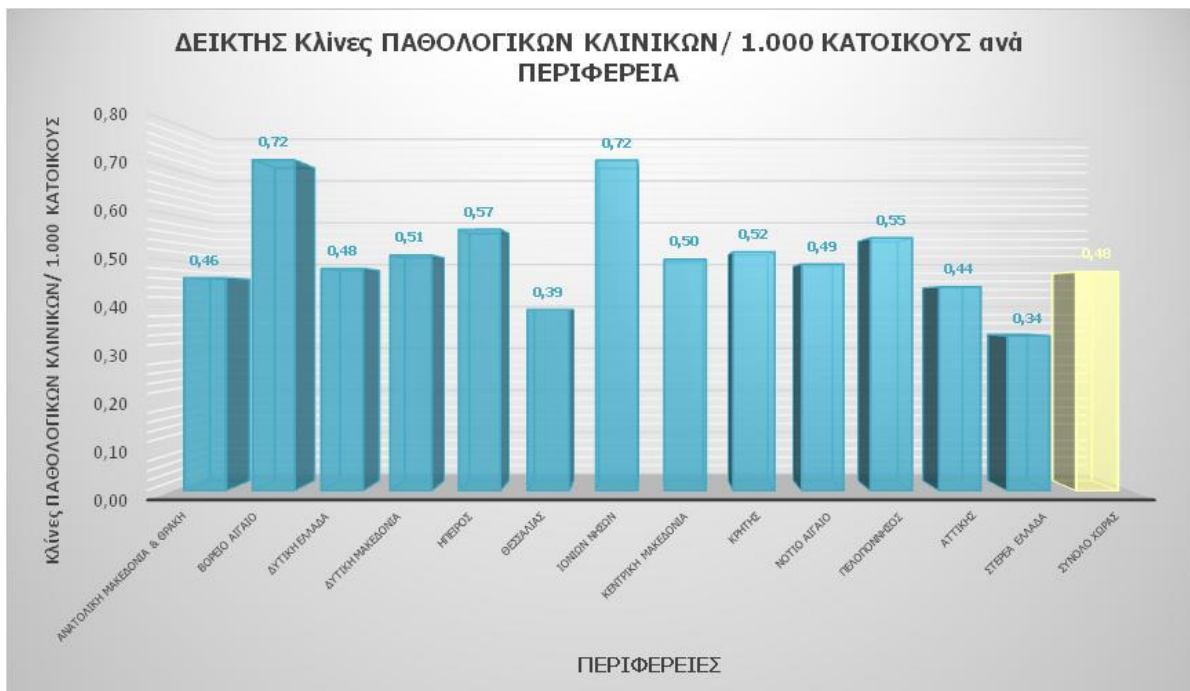


### 6.1.2 Ανισότητες ως προς τις διαθέσιμες κλίνες ανά κατηγορία κλινικών

Η παρούσα ενότητα καταγράφει –για πρώτη φορά ίσως στην Ελλάδα– την αναλογία κλινών ανά κατηγορία κλινικής σε σχέση με τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας. Εξετάζει δηλαδή τις περιφερειακές ανισότητες που υπάρχουν σήμερα στη χώρα όσον αφορά το είδος των κλινικών/τμημάτων (π.χ. παθολογικών, χειρουργικών, ουρολογικών, ΜΕΘ κ.λπ.) και, κατ' επέκταση, των προσφερόμενων υπηρεσιών ανά περιφέρεια. Επισημαίνεται ότι σε περιορισμένο αριθμό μικρών νοσοκομείων όπου συλλειτουργούσαν περισσότερες από μία κλινικές (και άρα δεν υπήρχε διαχωρισμός κλινών), η εκτίμηση έγινε αναλογικά. Στο πλαίσιο αυτό, εξάγονται τα ακόλουθα συμπεράσματα.

Σχετικά με τις διαθέσιμες κλίνες των παθολογικών κλινικών ανά 1.000 κατοίκους παρατηρούμε ότι ο δείκτης εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένος σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας (0,48 παθολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους) στην **Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου** και στην **Περιφέρεια Ιονίων Νήσων** με 0,72 παθολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Στις υπόλοιπες περιφέρειες, ο δείκτης κυμαίνεται από 0,44 έως 0,57 παθολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους –πολύ κοντά στο μέσο όρο της χώρας. Εξάιρεση αποτελούν η **Περιφέρεια Θεσσαλίας** και η **Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας**, όπου ο δείκτης είναι αρκετά χαμηλότερος από το μέσο όρο της χώρας (0,39 και 0,34 αντίστοιχα). Επισημαίνεται ότι η Αττική καταλαμβάνει μόλις την 11<sup>η</sup> θέση στο σύνολο των περιφερειών της χώρας.

**Διάγραμμα 118: Δείκτης Κλίνες Παθολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**





Σχετικά με τις διαθέσιμες κλίνες των καρδιολογικών κλινικών ανά 1.000 κατοίκους παρατηρούμε ότι ο δείκτης εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένος σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας (0,19 καρδιολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους) στην **Περιφέρεια Ηπείρου** με 0,32 καρδιολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Στις **Περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, Βορείου Αιγαίου, Δυτικής Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Κρήτης και Πελοποννήσου**, ο δείκτης κυμαίνεται από 0,21 έως 0,26 καρδιολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους –ελαφρώς υψηλότερα από το μέσο όρο της χώρας. Οι **Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας, Θεσσαλίας, Κεντρικής Μακεδονίας, Νοτίου Αιγαίου, Αττικής και Στερεάς Ελλάδας** βρίσκονται χαμηλότερα από το μέσο όρο της, με το δείκτη να κυμαίνεται μεταξύ 0,13 και 0,19 καρδιολογικών κλινών ανά 1.000 κατοίκους.

**Διάγραμμα 119: Δείκτης Κλίνες Καρδιολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**



Σχετικά με τις διαθέσιμες κλίνες παιδιατρικών κλινικών ανά 1.000 κατοίκους παρατηρούμε ότι ο δείκτης εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένος σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας που είναι 0,18 παιδιατρικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, στην **Περιφέρεια Ηπείρου** με 0,39 παιδιατρικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Στις υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας ο δείκτης δεν παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις, με εξαίρεση την **Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας** που ο δείκτης εμφανίζει τιμή μόλις 0,07 παιδιατρικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Το εύρημα αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στο πλαίσιο επανασχεδιασμού των διαθέσιμων υποδομών της περιφέρειας (σε συνάρτηση πάντα με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας) σε μια προσπάθεια μείωσης των μετακινήσεων και αποσυμφόρησης των παιδιατρικών νοσοκομείων «Αγ. Σοφίας» και «Π. & Α. Κυριακού».



**Διάγραμμα 120: Δείκτης Κλίνες Παιδιατρικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**



Όσον αφορά τις διαθέσιμες κλίνες των χειρουργικών κλινικών ανά 1.000 κατοίκους παρατηρούμε ότι ο δείκτης εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένος σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας στις Περιφέρειες Βορείου Αιγαίου και Ηπείρου, με 0,54 και 0,51 χειρουργικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα. Στις Περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, Δυτικής Ελλάδας, Δυτικής Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Κεντρικής Μακεδονίας, Κρήτης, Νοτίου Αιγαίου, Αττικής και Πελοποννήσου, ο δείκτης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,45 χειρουργικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, προσεγγίζοντας το μέσο όρο της χώρας. Η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας βρίσκεται και πάλι στη χαμηλότερη θέση, εμφανίζοντας 0,24 χειρουργικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους.

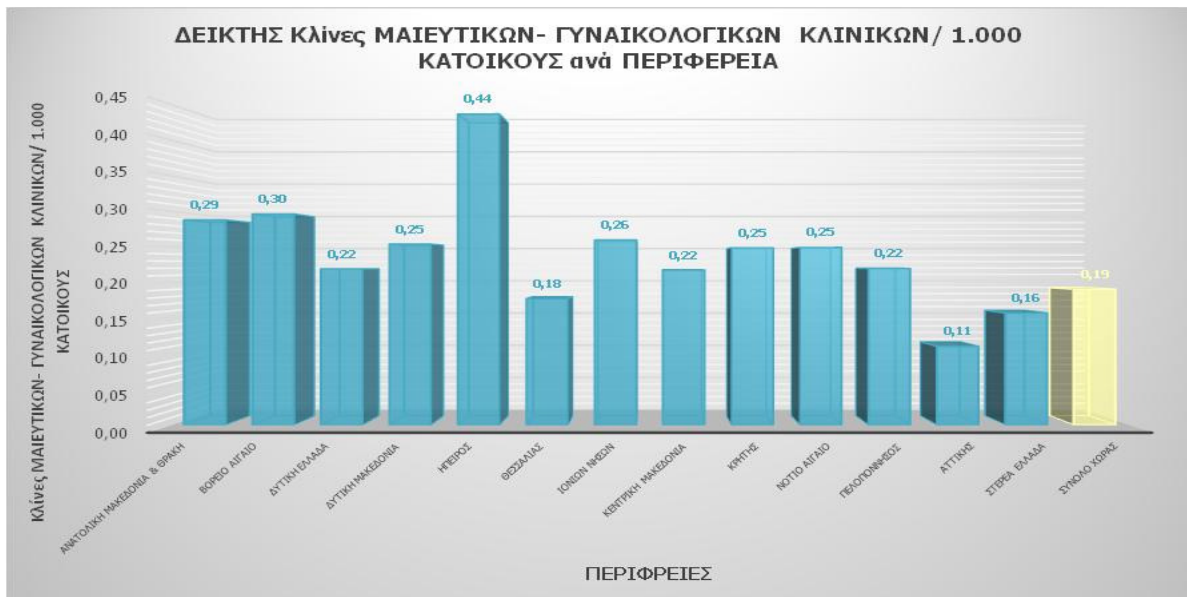
**Διάγραμμα 121: Δείκτης Κλίνες Χειρουργικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**





Όσον αφορά τις κλίνες γυναικολογικών τμημάτων ανά 1.000 κατοίκους παρατηρούμε ότι ο δείκτης εμφανίζεται αυξημένος σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας (0,19 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους) στην **Περιφέρεια Ηπείρου** με 0,44 γυναικολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Στις **Περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, Βορείου Αιγαίου, Δυτικής Ελλάδας, Δυτικής Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Κεντρικής Μακεδονίας, Κρήτης και Νοτίου Αιγαίου** ο δείκτης κυμαίνεται πάνω από το μέσο όρο της Χώρας, από 0,22 έως 0,30 γυναικολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Η **Περιφέρεια Θεσσαλίας** και η **Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας** βρίσκονται χαμηλότερα από το μέσο όρο της χώρας με 0,18 και 0,16 κλίνες αντίστοιχα, ενώ η **Περιφέρεια Αττικής** εμφανίζει το χαμηλότερο δείκτη 0,11 γυναικολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, γεγονός που πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι ιδιαίτερα στην Αττική, ο ιδιωτικός τομέας έχει καταφέρει να προσελκύσει το μεγαλύτερο μέρος των μαιευτικών υπηρεσιών από τα δημόσια μαιευτικά νοσοκομεία του ΕΣΥ («Ελενας Βενιζέλου», «Αλεξάνδρα» και Αρεταίειο).

**Διάγραμμα 122: Δείκτης Κλίνες Γυναικολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**



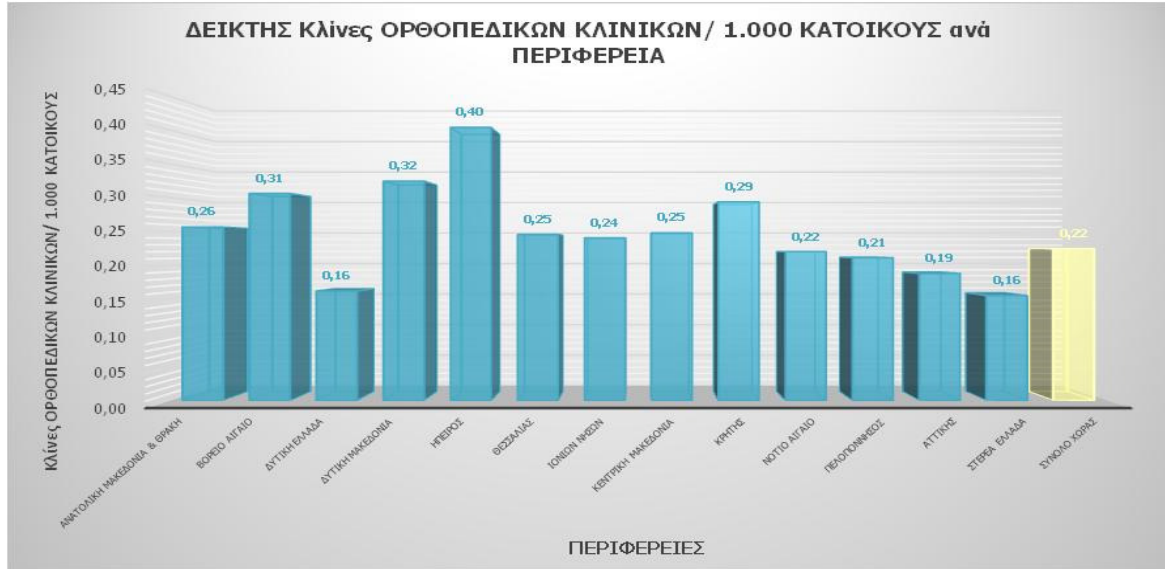
Ο δείκτης ορθοπεδικών κλινών ανά 1.000 κατοίκους εμφανίζεται αυξημένος στην **Περιφέρεια Ηπείρου** (0,40) σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας. Ακολουθεί η **Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας** με 0,32 ορθοπεδικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους και η **Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου** με 0,31 ορθοπεδικές κλίνες σε κάθε 1.000 κατοίκους. Οι υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας βρίσκονται πολύ κοντά στο μέσο όρο της χώρας, με το δείκτη να κυμαίνεται από 0,19 έως 0,29 ορθοπεδικές κλίνες. Εξαιρέση αποτελούν οι **Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας** και **Στερεάς Ελλάδας** που βρίσκονται χαμηλότερα από το μέσο όρο της χώρας (0,16 ορθοπεδικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους). Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι ειδικά για τις δύο αυτές περιφέρειες αλλά και για την **Περιφέρεια Πελοποννήσου**, οι οποίες αποτελούν τις περιφέρειες με τον υψηλότερο





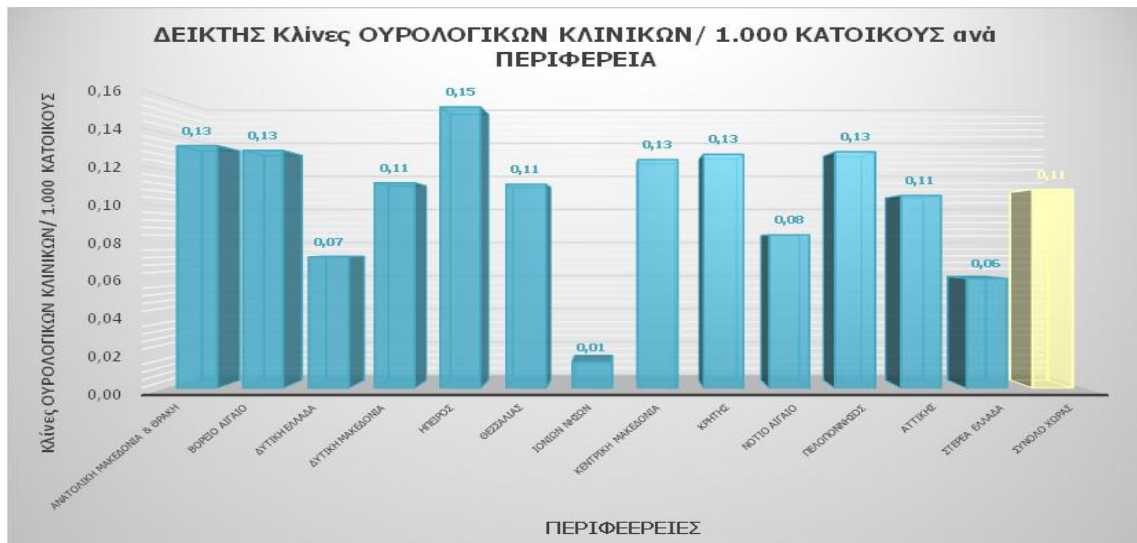
αριθμό τροχαίων ατυχημάτων μαζί με την Αττική, θα πρέπει να επανεξεταστεί ο υφιστάμενος σχεδιασμός προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης των διαθέσιμων ορθοπεδικών τμημάτων.

**Διάγραμμα 123: Δείκτης Κλίνες Ορθοπεδικών Κλινικών ανά 1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**



Σχετικά με τις διαθέσιμες κλίνες των ουρολογικών κλινικών, στις περισσότερες περιφέρειες ο δείκτης κυμαίνεται μεταξύ 0,11 και 0,13 κλίνες, πολύ κοντά δηλαδή στο μέσο όρο της χώρας. Ο δείκτης ουρολογικών κλινών εμφανίζεται ιδιαίτερα χαμηλός στην **Περιφέρεια Ιονίων Νήσων** όπου αντιστοιχεί μόλις 0,01 κλίνη ανά 1.000 κατοίκους, γεγονός που πρέπει να εξεταστεί καθώς υποδηλώνει ουσιαστική έλλειψη ουρολογικών κλινών για τη περιφέρεια αυτή, καθώς και στις **Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας, Νοτίου Αιγαίου και Στερεάς Ελλάδας**.

**Διάγραμμα 124: Δείκτης Κλίνες Ουρολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**





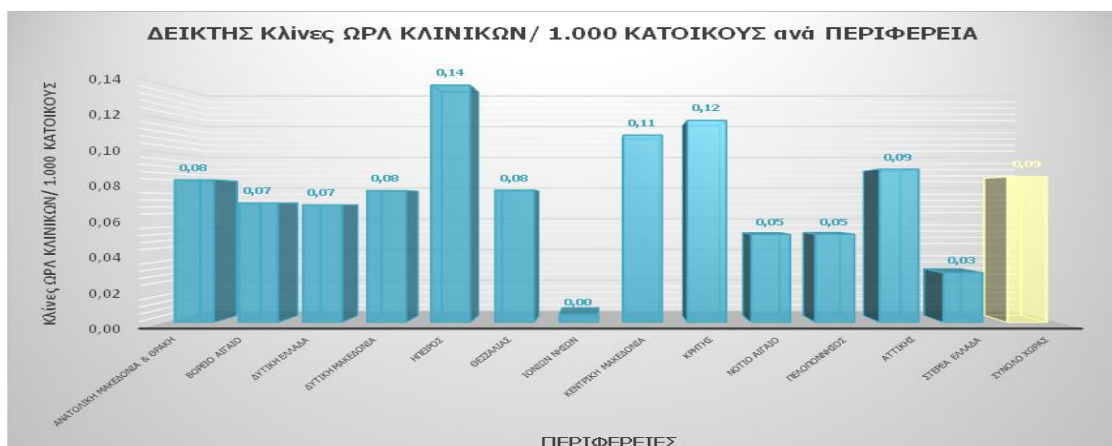
Όσον αφορά τις οφθαλμολογικές κλίνες, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η **Περιφέρεια Ιονίων Νήσων**, ο πληθυσμός της οποίας θα πρέπει να απευθυνθεί σε νοσοκομεία άλλων περιφερειών καθώς, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, υπάρχει παντελής έλλειψη σχετικών υπηρεσιών. Οι υπόλοιπες περιφέρειες βρίσκονται πολύ κοντά στο μέσο όρο της χώρας (0,08 οφθαλμολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους), με εξαίρεση την **Περιφέρεια Ηπείρου** στην οποία ο δείκτης είναι και εδώ αυξημένος (0,16) σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας.

**Διάγραμμα 125: Δείκτης Κλίνες Οφθαλμολογικών Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**



Σχετικά με τις ωτορινολαρυγγολογικές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και εδώ η **Περιφέρεια Ιονίων Νήσων**, ο πληθυσμός της οποίας δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί σε κάποια ΩΡΛ κλίνη καθώς, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, υπάρχει παντελής έλλειψη. Η **Περιφέρεια Ηπείρου** εμφανίζει αυξημένο δείκτη (0,14), αρκετά πάνω από το μέσο όρο της χώρας (0,09), ενώ και στις **Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας** και **Κρήτης** ο δείκτης είναι αυξημένος (0,11 και 0,12 αντίστοιχα). Οι υπόλοιπες περιφέρειες δεν αποκλίνουν σημαντικά από μέσο όρο της χώρας (0,09 ΩΡΛ κλίνες ανά 1.000 κατοίκους).

**Διάγραμμα 126: Δείκτης Κλίνες ΩΡΛ Κλινικών/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**

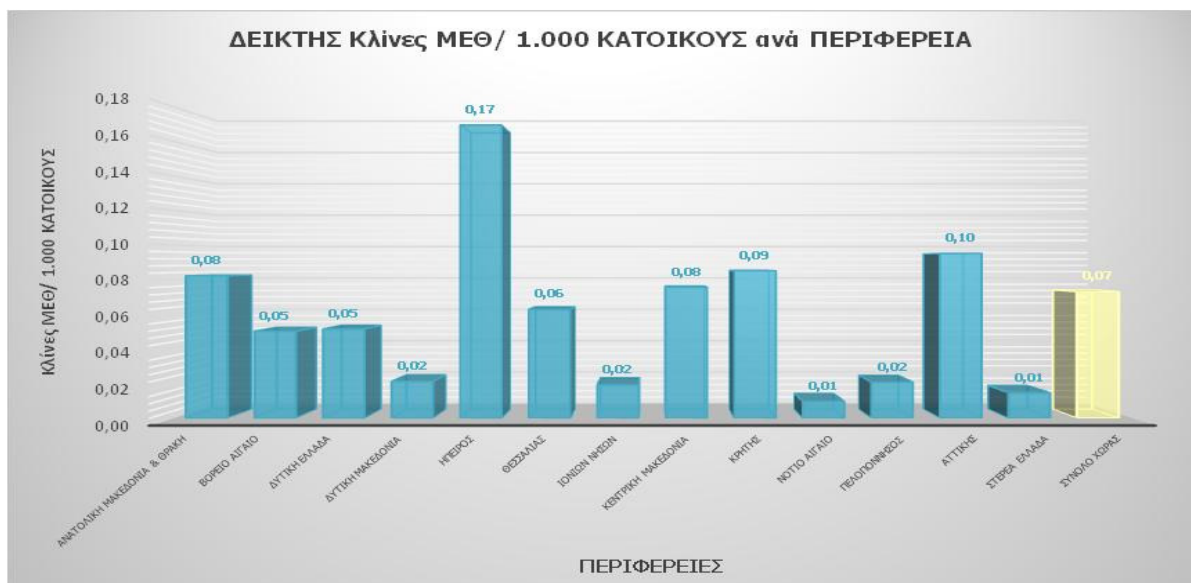




Η συστηματική έλλειψη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στη χώρα μας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ΕΣΥ, καθώς ένας σημαντικός αριθμός θανάτων θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί εάν υπήρχε εγκαίρως διαθέσιμο κρεβάτι σε ΜΕΘ. Υπολογίζεται ότι μόνο στην Αττική περίπου 30 άτομα καθημερινά αναζητούν κρεβάτι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και μόλις το 50% από αυτούς καταφέρνει να νοσηλευθεί. Δεν είναι όμως μόνο ο περιορισμένος αριθμός κλινών αλλά και οι σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό που έχουν ως αποτέλεσμα το περίπου 30% των μονάδων να παραμένουν κλειστές. Υπό το πρίσμα αυτό, ο σχεδιασμός των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη όλες τις απαιτούμενες παραμέτρους (δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά, επιδημιολογικά δεδομένα κ.λπ.).

Στην ανάλυσή μας, ο δείκτης των κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας παρουσιάζει ιδιόμορφη εικόνα καθώς παρουσιάζει μεγάλη διαθεσιμότητα στην **Περιφέρεια Ηπείρου** (0,17 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους), τιμή η οποία αποκλίνει κατά πολύ από το μέσο όρο της χώρας και είναι και αρκετά μεγαλύτερη από την τιμή του δείκτη στην **Περιφέρεια Αττικής** (0,10 κλίνες ΜΕΘ ανά 1.000 κατοίκους). Στις **Περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Νοτίου Αιγαίου, Πελοποννήσου** και **Στερεάς Ελλάδας** ο δείκτης είναι ιδιαίτερα χαμηλός, γεγονός που δεν φαίνεται να δικαιολογείται από τα στατιστικά δεδομένα ατυχημάτων και νοσηρότητας του πληθυσμού τους. Στις υπόλοιπες περιφέρειες ο δείκτης κυμαίνεται κοντά στο μέσο όρο της χώρας (0,07). Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να εξεταστούν ιδιαίτερα καθώς αποτυπώνεται μεγάλη ανομοιομορφία όσον αφορά τη κατανομή των κλινών ΜΕΘ μεταξύ των περιφερειών, και ενδεχομένως η βαθύτερη εξέταση αυτών να απαιτεί την ανακατανομή των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ βάσει των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού.

**Διάγραμμα 127: Δείκτης Κλίνες ΜΕΘ/1.000 κατοίκους ανά Περιφέρεια, 2011**





### 6.1.3 Ανισότητες ως προς τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό

Η σημασία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στην εύρυθμη αλλά και αποτελεσματική λειτουργία των μονάδων υγείας είναι αναμφισβήτητη για την παροχή αξιόπιστων και ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών αλλά και παράλληλα για τη μείωση των διακομιδών ή μετακινήσεων των ασθενών μεταξύ των περιφερειών. Στην παρούσα εργασία εστιάζουμε στη χρήση μαγνητικών και αξονικών τομογράφων, λόγω της βαρύτητας που έχουν και του υψηλού κόστους επένδυσης από τα ελληνικά νοσοκομεία. Οι παράμετροι αυτοί δίνουν μια ποιοτική εικόνα όσον αφορά τη διαθέσιμη υποδομή και προσφορά των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των περιφερειών της Χώρας.

#### 6.1.3.1 Αξονικοί & μαγνητικοί τομογράφοι ανά γεωγραφική περιφέρεια

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει το πλήθος των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων που είναι διαθέσιμοι στα νοσοκομεία της κάθε περιφέρειας, καθώς και την αναλογία αυτών ανά 100.000 κατοίκους. Τα δεδομένα έχουν αντληθεί από τον Υγειονομικό Χάρτη της Χώρας και αφορούν το έτος 2010.

Πίνακας 30: Πλήθος αξονικών & Μαγνητικών Τομογράφων ανά Περιφέρεια, 2011

ΠΛΗΘΟΣ ΑΞΟΝΙΚΩΝ & ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ				
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΠΛΗΘΟΣ ΑΞΟΝΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ	ΠΛΗΘΟΣ ΑΞΟΝΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ/ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΠΛΗΘΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ	ΠΛΗΘΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ/ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	4	0,7	1	0,2
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	16	0,9	3	0,2
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	4	1,4	0	0,0
ΗΠΕΙΡΟΥ	5	1,5	1	0,3
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	5	0,7	2	0,3
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	4	0,7	0	0,0
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	2	1,0	0	0,0
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	4	0,6	0	0,0
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	5	0,9	2	0,3
ΑΤΤΙΚΗΣ	39	1,0	10	0,3
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	4	2,0	0	0,0
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	1	0,3	0	0,0
ΚΡΗΤΗΣ	8	1,3	2	0,3
<b>Σύνολο</b>	<b>101</b>	<b>0,9</b>	<b>21</b>	<b>0,2</b>



Όπως αποτυπώνεται και στα διαγράμματα που ακολουθούν, η **Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης** διαθέτει 4 αξονικούς και 1 μαγνητικό τομογράφο. Η **Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας** διαθέτει 16 αξονικούς και 3 μαγνητικούς τομογράφους, ενώ η **Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας** διαθέτει 4 αξονικούς και κανέναν μαγνητικό τομογράφο. Σε σύνολο 16 νομών της Μακεδονίας και της Θράκης και πληθυσμό περίπου 2.800.000 κατοίκους υπάρχουν 24 αξονικοί και 4 μαγνητικοί τομογράφοι.

Η **Περιφέρεια Ηπείρου**, με πληθυσμό περίπου 330.000 κατοίκους, έχει 5 αξονικούς και 1 μαγνητικό τομογράφο. Ο δείκτης μαγνητικών τομογράφων είναι ο δεύτερος καλύτερος στη χώρα.

Η **Περιφέρεια Θεσσαλίας**, με πληθυσμό περίπου 730.000 κατοίκους, έχει 5 αξονικούς και 2 μαγνητικούς τομογράφους. Ο δείκτης αξονικών τομογράφων είναι χαμηλότερος από το μέσο όρο της χώρας, ενώ ο δείκτης των μαγνητικών είναι λίγο μεγαλύτερος.

Η **Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας**, με πληθυσμό περίπου 550.000 κατοίκους, έχει 4 αξονικούς τομογράφους και κανέναν μαγνητικό, ενώ η **Περιφέρεια Ιονίων Νήσων**, με πληθυσμό περίπου 200.000 κατοίκους, έχει 2 αξονικούς τομογράφους και επίσης κανέναν μαγνητικό.

Η **Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας**, με πληθυσμό περίπου 680.000 κατοίκους, έχει 4 αξονικούς τομογράφους και κανέναν μαγνητικό. Το γεγονός ότι η Δυτική Ελλάδα και τα Ιόνια Νησιά συνιστούν περιοχές που θα μπορούσαν να εξυπηρετήσουν η μία την άλλη και δεν διαθέτουν κανένα μαγνητικό τομογράφο πρέπει να προβληματίσει τους αρμόδιους φορείς. Αντίστοιχες είναι και οι επισημάνσεις για τις **Περιφέρειες Βορείου και Νοτίου Αιγαίου**, που με πληθυσμό περίπου 510.000 κατοίκους, διαθέτουν 5 αξονικούς τομογράφους και κανέναν μαγνητικό.

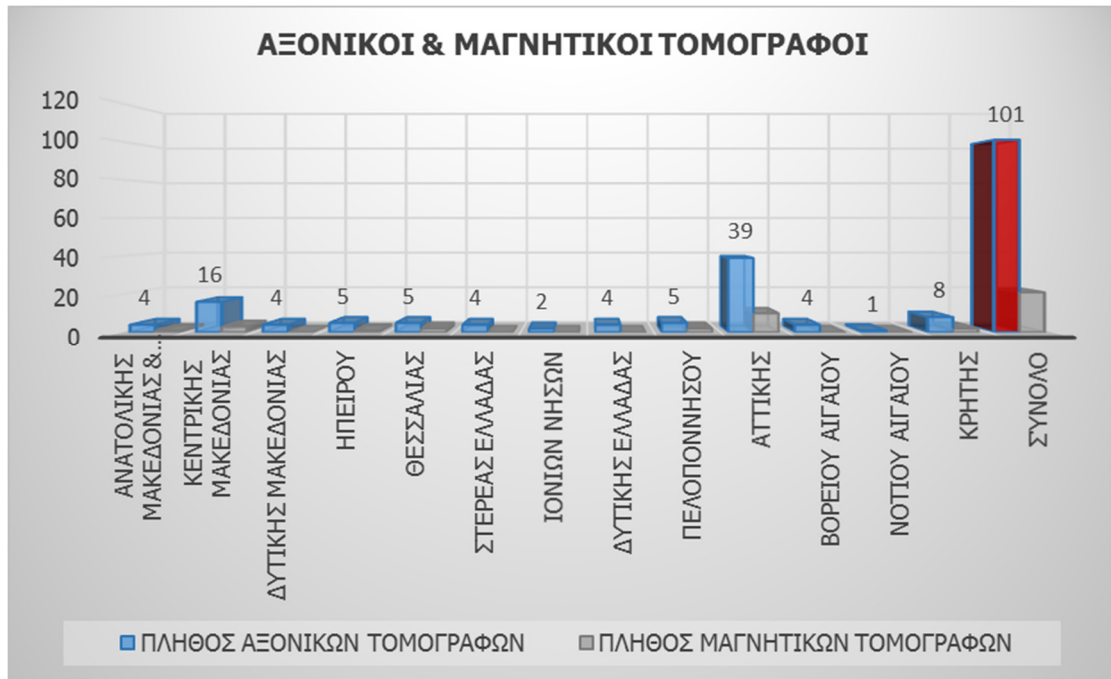
Η **Περιφέρεια Πελοποννήσου**, με πληθυσμό περίπου 580.000 κατοίκους, έχει 5 αξονικούς τομογράφους και 2 μαγνητικούς τομογράφους. Ο δείκτης αξονικών τομογράφων είναι ίσος με το μέσο όρο της χώρας, ενώ ο δείκτης των μαγνητικών είναι υψηλότερος.

Η περιφέρεια **Αττικής**, με πληθυσμό περίπου 3.800.000 κατοίκους, έχει 39 αξονικούς τομογράφους και 10 μαγνητικούς τομογράφους. Ο δείκτης αξονικών τομογράφων είναι ο τρίτος καλύτερος στη χώρα, ενώ ο δείκτης των μαγνητικών είναι υψηλότερος από το μέσο όρο της χώρας.

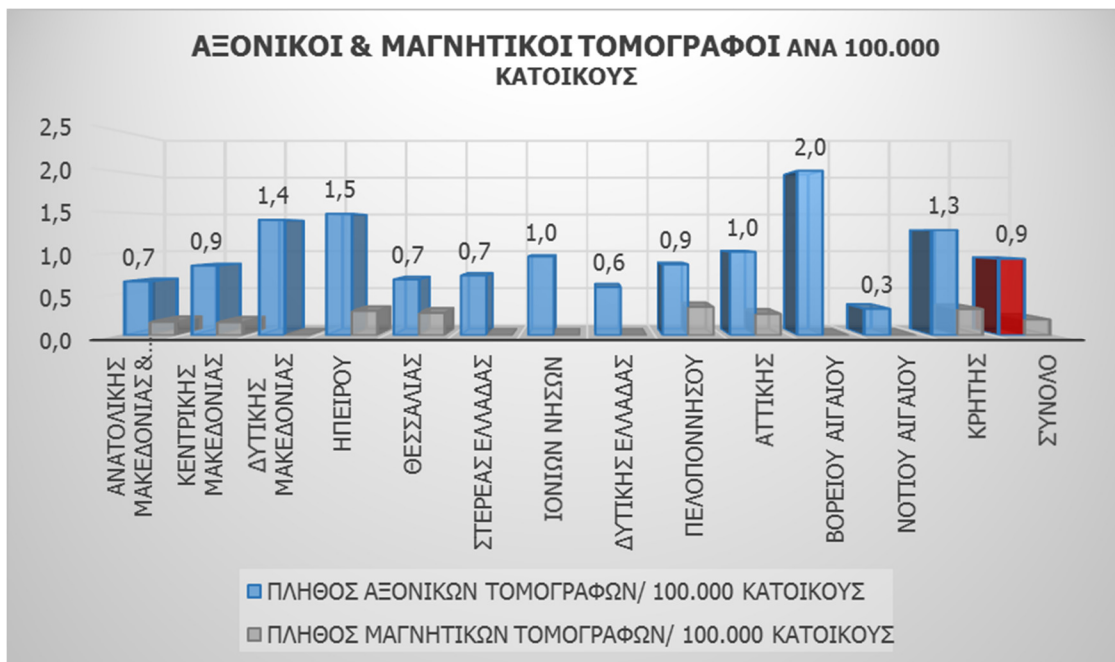
Η **Περιφέρεια Κρήτης**, με πληθυσμού περίπου 620.000 κατοίκους, έχει 8 αξονικούς τομογράφους και 2 μαγνητικούς. Και οι δύο δείκτες είναι υψηλότεροι από τους αντίστοιχους μέσους όρους της χώρας.



Διάγραμμα 128: Αξονικοί & Μαγνητικοί Τομογράφοι ανά Περιφέρεια, 2011



Διάγραμμα 129: Αξονικοί & Μαγνητικοί Τομογράφοι/100.000 κάτοικοι ανά Περιφέρεια, 2011





### 6.1.3.2 Έδρες Μονάδων Τεχνητού Νεφρού ανά γεωγραφική περιφέρεια

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει το πλήθος των εδρών Μονάδων Τεχνητού Νεφρού ανά περιφέρεια καθώς και την αναλογία αυτών ανά 100.000 κατοίκους. Τα δεδομένα έχουν αντληθεί από τον Υγειονομικό Χάρτη της Χώρας και αφορούν το έτος 2010.

Πίνακας 31: Μονάδες Τεχνητού Νεφρού ανά Περιφέρεια, 2011

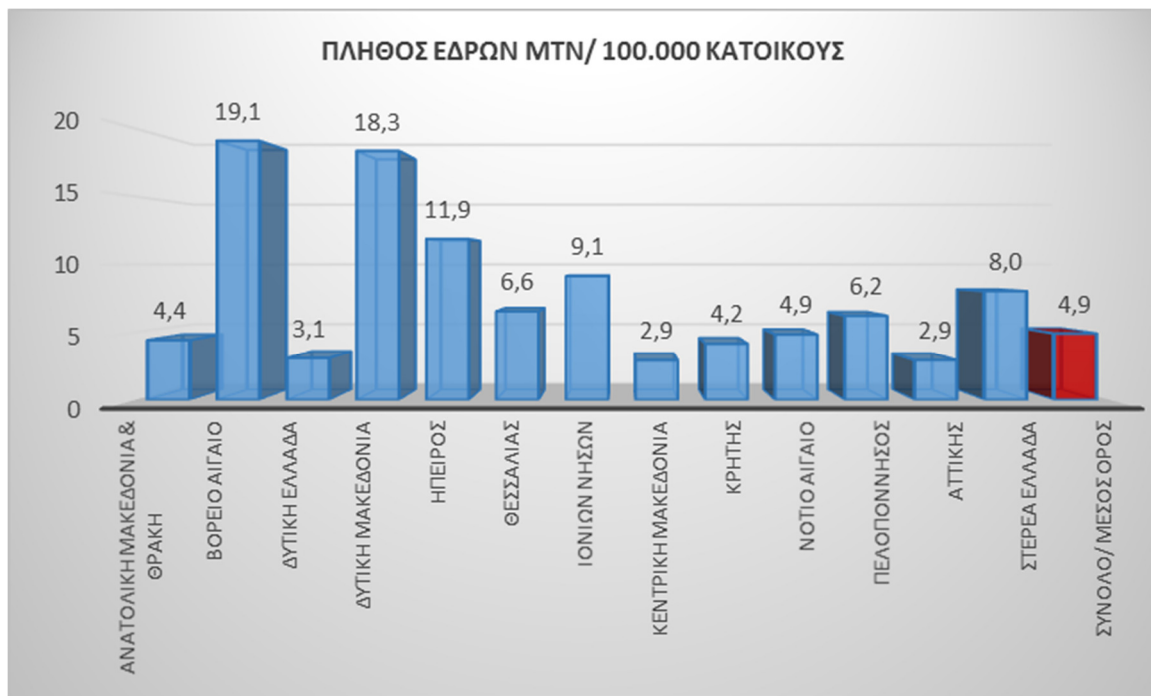
ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ			
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΜΤΝ	ΜΤΝ/ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	608.182	27	4,4
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	199.231	38	19,1
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	679.796	21	3,1
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	283.689	52	18,3
ΗΠΕΙΡΟΣ	336.856	40	11,9
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	732.762	48	6,6
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	207.855	19	9,1
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.880.058	55	2,9
ΚΡΗΤΗΣ	623.065	26	4,2
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	308.975	15	4,9
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	577.903	36	6,2
ΑΤΤΙΚΗΣ	3.827.624	112	2,9
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	547.390	44	8,0
<b>ΣΥΝΟΛΟ/ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>	<b>10.813.386</b>	<b>533</b>	<b>4,9</b>

Όπως αποτυπώνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις σε υποδομές Τεχνητού Νεφρού και Χρόνιας Περιτοναϊκής Κάθαρσης μεταξύ των περιφερειών της χώρας. Ειδικότερα, τα νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένα στις υπερπληθέστερες περιφέρειες της χώρας (Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας) διαθέτουν μόλις 2,93 έδρες ανά 1.000 κατοίκους, υπολειπόμενος κατά περίπου 40% από τον εθνικό μέσο όρο. Αντίθετα, περιφέρειες όπως το Βόρειο Αιγαίο, η Δυτική Μακεδονία και η Ήπειρος διαθέτουν υπερεπάρκεια μονάδων τεχνητού νεφρού σε σύγκριση με τις αντίστοιχων υποδομές των λοιπών περιφερειών, υπερβαίνοντας πάνω από 100% τον εθνικό μέσο όρο.

Θα πρέπει γενικά να επισημανθεί ότι η επαρκής κατανομή των μονάδων τεχνητού νεφρού στα νοσοκομεία της χώρας θα πρέπει να αποτελέσει βασική προτεραιότητα της πολιτείας, δεδομένου ότι τα άτομα που έχουν ανάγκη υπηρεσιών αιμοκάθαρσης, και ιδιαίτερα οι χρόνιο πάσχοντες, θα πρέπει να μπορούν άμεσα και εύκολα να έχουν πρόσβαση σε σχετικές υπηρεσίες από δημόσια νοσοκομεία στο πλαίσιο μιας αξιοπρεπούς διαχείρισης της ασθένειάς τους.



Διάγραμμα 130: Πλήθος εδρών ΜΤΝ/100.000 κατοίκους, 2011







## 6.2 Ανισότητες ως προς το ανθρώπινο δυναμικό

Οι προκλήσεις οι οποίες καλείται να αντιμετωπίσει κάθε πολιτική σχεδιασμού και διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων στην υγεία ως επί το πλείστον αφορούν την επαρκή στελέχωση του συστήματος τόσο σε αριθμό επαγγελματιών υγείας όσο και σε ποιότητα προσωπικού και κατάλληλου μείγματος διαφορετικών ειδικοτήτων και κατανομής του ανά την περιφέρεια βάσει αναγκών και ζήτησης. Δυνάμει των παραπάνω, σκοπός του σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία αποτελεί η επίτευξη και η διατήρηση του κατάλληλου αριθμού επαγγελματιών υγείας, με τις κατάλληλες ικανότητες, στο σωστό μέρος και τη σωστή στιγμή (Σκρουμπέλος, Δάγλας, Σκουτέλης & Κυριόπουλος, 2012).

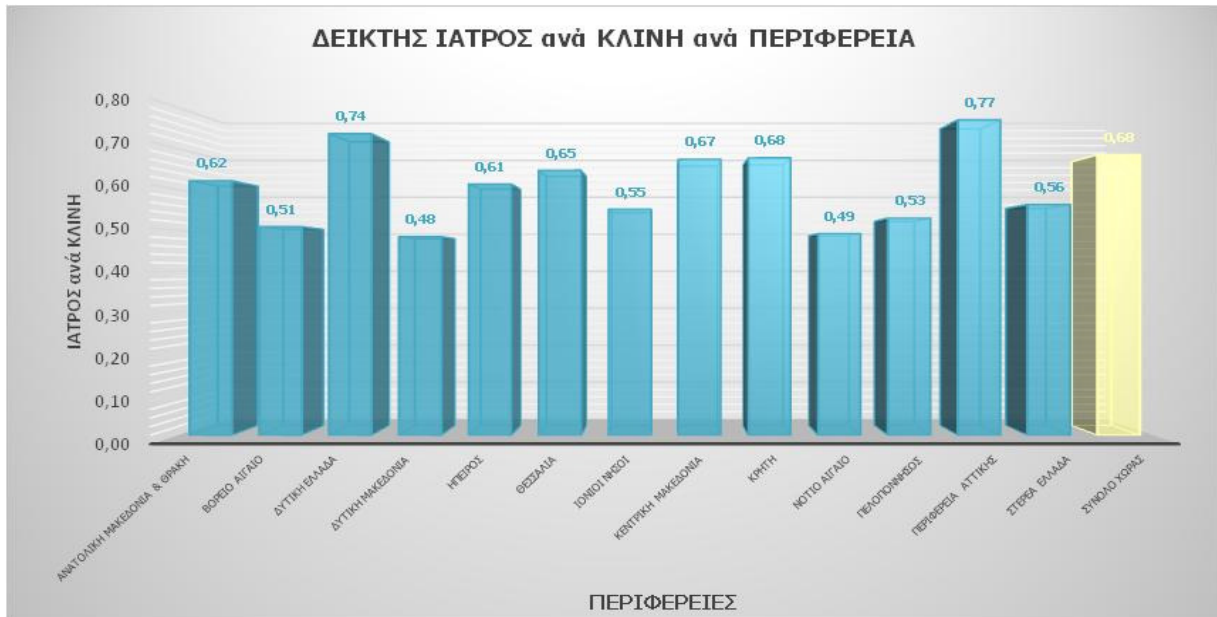
Στη χώρα μας, αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σταθερή αύξηση του υγειονομικού προσωπικού σε σχέση με το σύνολο του εργατικού δυναμικού, η οποία προσεγγίζει το 5,3% για το 2007, εμφανίζονται σημαντικές αποκλίσεις από τις χώρες του ΟΟΣΑ (9,8%). Αυτό υποδηλώνει την υποστελέχωση του υγειονομικού συστήματος και, μάλιστα, σε συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας.

Με βάση τις παραπάνω γενικές επισημάνσεις, για τη διερεύνηση των ανισοτήτων στους ανθρώπινους πόρους οι δείκτες που έχουν επιλεγεί για κάθε περιφέρεια είναι: α) ο δείκτης Ιατρός και Νοσηλευτής ανά Κλίνη, ο οποίος αποτυπώνει την αναλογία κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού της κάθε περιφέρειας και β) ο δείκτης Νοσηλευθέντες ανά Ιατρό και Νοσηλευτή, που ουσιαστικά αποτυπώνει την ένταση εργασίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα δεδομένο χρόνο.

Όσον αφορά τους ιατρούς ανά κλίνη, η **Περιφέρεια Αττικής** εμφανίζει την υψηλότερη τιμή με 0,77 ιατρούς, αν και όπως έχει αναφερθεί, ο δείκτης αυτός στην πραγματικότητα υποεκτιμάται λόγω του ότι ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός των νοσοκομείων της Αττικής είναι πολύ μεγαλύτερος από τον πληθυσμό της περιφέρειας. Υψηλές τιμές του δείκτη και σχετική επάρκεια προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό συναντάμε στις **Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας** (0,74 ιατρούς), της **Κρήτης** (0,68 ιατρούς) και της **Κεντρικής Μακεδονίας** (0,67 ιατρούς). Από την άλλη μεριά, οι **Περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας** (0,48 ιατροί), **Νοτίου Αιγαίου** (0,49 ιατροί) και **Βορείου Αιγαίου** (0,51 ιατροί) παρουσιάζουν, αναλογικά με τον πληθυσμό, το χαμηλότερο αριθμό ιατρικού προσωπικού.



Διάγραμμα 131: Δείκτης Ιατρός/Κλίνη ανά Περιφέρεια, 2011



Όσον αφορά τους νοσηλευτές ανά κλίνη, η υψηλότερη τιμή του δείκτη παρουσιάζεται στις Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας (1,31), Ηπείρου (1,23), Στερεάς Ελλάδας (1,22) και Θεσσαλίας (1,22). Αντίθετα, η χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών σε σχέση με τις κλίνες παρατηρείται στις Περιφέρειες Νοτίου Αιγαίου, Δυτικής Μακεδονίας, Βορείου Αιγαίου και Αττικής.

Διάγραμμα 132: Δείκτης Νοσηλευτής/Κλίνη ανά Περιφέρεια, 2011

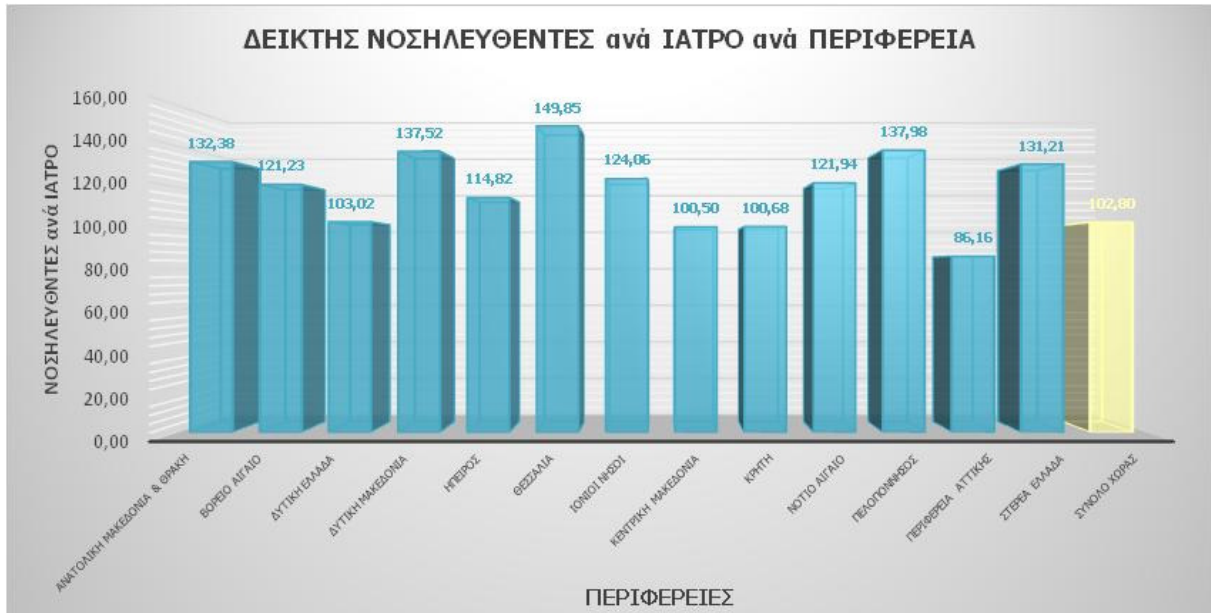


Ειδικότερα, όσον αφορά τους νοσηλευθέντες ανά ιατρό, η Περιφέρεια Θεσσαλίας, με 150 νοσηλευθέντες, παρουσιάζει τη μεγαλύτερη τιμή του δείκτη, σημαντικά πάνω από το μέσο όρο της χώρας (102,80 νοσηλευθέντες ανά ιατρό). Ακολουθούν οι Περιφέρειες Πελοποννήσου (138),



**Δυτικής Μακεδονίας (138) και Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης (132).** Τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευθέντων σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό εμφανίζει η **Περιφέρεια Αττικής**, με 86,16 νοσηλευθέντες ανά ιατρό, και κατόπιν η **Κεντρική Μακεδονία (101) και Κρήτη (100).**

**Διάγραμμα 133: Δείκτης Νοσηλευθέντες/Ιατρό ανά Περιφέρεια, 2011**



Όσον αφορά τον φόρτο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, η **Περιφέρεια Θεσσαλίας** εμφανίζει 79 νοσηλευθέντες για κάθε νοσηλευτή, που αποτελεί τη μεγαλύτερη τιμή του δείκτη, και ακολουθούν η **Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης** με 70 και η **Κρήτη** με 68 νοσηλευθέντες. Η χαμηλότερη τιμή του δείκτη εμφανίζεται στις **Περιφέρειες Ηπείρου (57), Δυτικής Ελλάδας (58) και Βορείου Αιγαίου (60).**

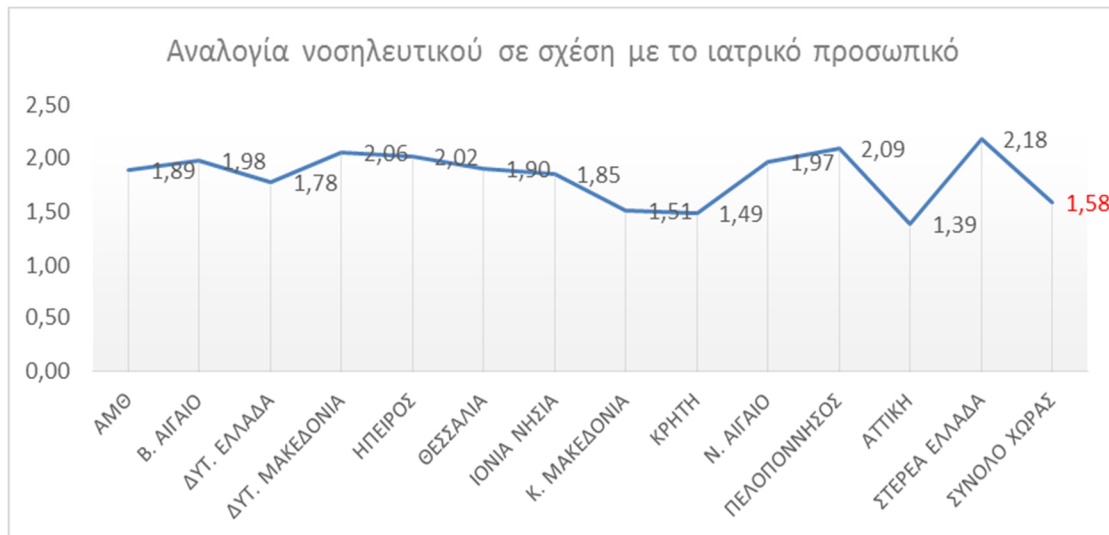
**Διάγραμμα 134: Δείκτης Νοσηλευθέντες/Νοσηλευτή ανά Περιφέρεια, 2011**





Μία από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι η συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, με συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις (ο δείκτης στις χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχεται σε 2,83 νοσηλευτές ανά ιατρό). Η ιδιομορφία αυτή της Ελλάδας έχει δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία πολλών νοσοκομείων της χώρας, οδηγεί σε κλείσιμο μονάδων ΜΕΘ ή άλλων κρίσιμων τμημάτων και αποτελεί έναν από τους βασικότερους λόγους burn out του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία αιχμής. Με βάση την επισήμανση αυτή, η οποία επαληθεύεται πλήρως από τα διαθέσιμα στοιχεία που ακολουθούν, παρουσιάζεται ο υπολογισμός των επιμέρους δεικτών ανά περιφέρεια.

**Διάγραμμα 135: Αναλογία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ανά Περιφέρεια, 2011**



Είναι προφανές πως τα σημαντικότερα προβλήματα παρουσιάζονται στις **Περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας**, που δέχονται και τα υψηλότερα φορτία ασθενών, και για το λόγο αυτό θα πρέπει άμεσα να εξεταστεί –ακόμη και με αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου– η δυνατότητα μετακίνησης προσωπικού από όμορες περιφέρειες, έτσι ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας.



### 6.3 Ανισότητες ως προς την κατά κεφαλήν περιφερειακή δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης

Η διερεύνηση των ελληνικών περιφερειακών ανισοτήτων με την εφαρμογή μεθόδων και δεικτών περιφερειακής ανάλυσης επιτυγχάνεται σε σημαντικό βαθμό με την «ποσοτική» εξέταση βασικών μεγεθών. Αυτό συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας περισσότερο σφαιρικής άποψης όσον αφορά την εξέλιξη των ανισοτήτων σε εθνικό και πρωτίστως σε περιφερειακό επίπεδο. Ο συντελεστής μεταβλητότητας αποτελεί ένα από τα πιο αξιόπιστα μέτρα σχετικής διασποράς που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των περιφερειακών ανισοτήτων και μας δίνει τις υπάρχουσες αποκλίσεις των τιμών του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού ως ποσοστό της κεντρικής τιμής του. Έτσι, ο συντελεστής μεταβλητότητας επιτρέπει τη διενέργεια συγκρίσεων τόσο διαχρονικών όσο και μεταξύ περιφερειών με διαφορετικά χαρακτηριστικά ή μεταξύ μεγεθών που εκφράζονται με διαφορετικές μονάδες μέτρησης. Οι τιμές που μπορεί να πάρει είναι από το 0 (σε περίπτωση πλήρους περιφερειακής ισότητας) και πάνω, και όσο πιο μεγάλη τιμή έχει τόσο μεγαλύτερη ανισότητα περιγράφει. Στην παρούσα διατριβή, για τον υπολογισμό των ανισοτήτων ως προς την κατά κεφαλήν περιφερειακή δαπάνη, αξιοποιούμε το Σταθμισμένο Συντελεστή Μεταβλητότητας, ο οποίος υπολογίζει τη διασπορά της περιφερειακής κατά κεφαλήν δαπάνης από τον εθνικό μέσο όρο, σταθμισμένη με τη συμμετοχή της περιφέρειας στο συνολικό πληθυσμό. Δίνεται δε από τον τύπο:

$$WCV = \frac{\sqrt{\sum_r (y_r - \bar{y})^2 p_r}}{\bar{y}} 100$$

Όπου:

$y_r$  : το κατά κεφαλήν εισόδημα της περιφέρειας

$\bar{y}$  : το κατά κεφαλήν εισόδημα της χώρας

$p_r$  : η συμμετοχή (λόγος) του πληθυσμού της περιφέρειας στο συνολικό πληθυσμό της χώρας

Η τιμή του συντελεστή είναι ίση με 0 σε περίπτωση πλήρους περιφερειακής ισότητας, ενώ δεν υπάρχει συγκεκριμένο όριο σε περίπτωση ανισότητας.



Με βάση τον παραπάνω δείκτη υπολογίζουμε τις ανισότητες ως προς την κατά κεφαλήν περιφερειακή δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	278.574.675	608.182
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	95.333.097	199.231
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	324.875.613	679.796
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	88.533.013	283.689
ΗΠΕΙΡΟΥ	240.364.512	336.856
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	293.692.900	732.762
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	75.778.728	207.855
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	893.196.164	1.880.058
ΚΡΗΤΗΣ	347.006.849	623.065
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	90.309.724	308.975
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	169.656.408	577.903
ΑΤΤΙΚΗΣ	2.064.632.668	3.827.624
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	144.108.470	547.390
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ</b>	<b>5.106.062.819</b>	<b>10.813.386</b>

Θα πρέπει εδώ να επισημανθεί πως για την ακρίβεια του υπολογισμού των ανισοτήτων θα ήταν μεθοδολογικά ορθότερο να χρησιμοποιούσαμε στοιχεία εξυπηρετούμενου πληθυσμού (όσον αφορά υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης) αντί για το μόνιμο πληθυσμό της κάθε περιφέρειας. Ειδικά στις περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας ο πληθυσμός θα ήταν σαφώς υψηλότερος από το μόνιμο, λόγω των διακομιδών ή μετακινήσεων από την περιφέρεια στα νοσοκομεία αιχμής των μεγάλων αστικών κέντρων. Ωστόσο, η έλλειψη αξιόπιστων τέτοιων δεδομένων μάς οδηγεί αναπόφευκτα στην αξιοποίηση στοιχείων μόνιμου πληθυσμού κάθε περιφέρειας.

Αρχικά υπολογίζεται η κατά κεφαλήν δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης στο σύνολο της χώρας:

$$\bar{y}_\theta = 472,20$$



Στη συνέχεια υπολογίζουμε το σταθμισμένο συντελεστή μεταβλητότητας ως ακολούθως:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Yr	yr-Y	(yr-Y) <sup>2</sup>	pr	(yr-Y) <sup>2</sup> *pr
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	458,04	-14,15	200,32	0,056	11,27
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	478,51	6,31	39,78	0,02	0,73
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	477,90	5,70	32,53	0,063	2,04
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	312,08	-160,12	25.638,61	0,03	672,63
ΗΠΕΙΡΟΥ	713,55	241,35	58251,94	0,031	1814,65
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	400,80	-71,40	5.097,35	0,07	345,42
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	364,57	-107,62	11582,79	0,019	222,64
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	475,09	2,89	8,36	0,17	1,45
ΚΡΗΤΗΣ	556,94	84,74	7180,34	0,058	413,73
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	292,29	-179,91	32.367,68	0,03	924,85
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	293,57	-178,63	31907,20	0,053	1705,23
ΑΤΤΙΚΗΣ	539,40	67,20	4.516,50	0,35	1.598,71
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	263,26	-208,93	43653,26	0,051	2209,79
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ</b>					<b>9.923,15</b>

Και με βάση το σχετικό τύπο, η τιμή του δείκτη έχει ως εξής:

$WCV_{\theta} =$	<b>21,09%</b>
------------------	---------------

Είναι προφανές πως η τιμή του δείκτη είναι σημαντικά υψηλότερη από την τέλεια ισοκατανομή, γεγονός που αναδεικνύει τις σημαντικές περιφερειακές ανισότητες ως προς την κατά κεφαλήν περιφερειακή δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης. Αντίστοιχες είναι και οι εκτιμήσεις με τη χρήση της μεθόδου RAWP, που υπολογίζεται σε επόμενη ενότητα.



## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>

# Συγκριτική αξιολόγηση αποδοτικότητας σταθμισμένων νοσοκομειακών μονάδων

### 7.1 Μεθοδολογικό πλαίσιο αξιολόγησης

Στο πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας διατριβής, και με σκοπό τη συγκριτική παρουσίαση της νοσηλευτικής δραστηριότητας μεταξύ των περιφερειών, τέθηκε το ζήτημα της ανομοιογένειας των Νοσοκομειακών Μονάδων, της διαφορετικής οργάνωσης και στόχευσης της κάθε μονάδας (Πανεπιστημιακά, Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας κ.λπ.) καθώς και του μίγματος (case-mix) των ασθενών που εξυπηρετούν. Στο πλαίσιο αυτό, και με γνώμονα την υιοθέτηση ενός αποδεκτού μεθοδολογικού πλαισίου για την επίτευξη ρεαλιστικών συγκρίσεων, έγινε διαχωρισμός των μονάδων σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το μέγεθος και το βαθμό επιρροής τους, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- 5) **Μεγάλα νοσοκομεία:** Εδώ περιέχονται όλα τα νοσοκομεία της χώρας που έχουν περισσότερες από 400 κλίνες.
- 6) **Μεσαία νοσοκομεία:** Εδώ περιέχονται όλα τα νοσοκομεία της χώρας τα οποία δεν είναι ταυτόχρονα και Κέντρα Υγείας και διαθέτουν από 250 έως 400 κλίνες.
- 7) **Μικρά νοσοκομεία:** Περιλαμβάνει τα νοσοκομεία έως 250 κλίνες.
- 8) **Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας:** Περιέχονται μικρές μονάδες παροχής υγειονομικής –κατά βάση– πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αφορούν νοσοκομεία - κέντρα υγείας.

Υπενθυμίζεται ότι τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δεν περιλαμβάνονται στην παρούσα ανάλυση.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η συγκριτική αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην παρούσα διατριβή στοχεύει κυρίως στον εντοπισμό των μονάδων εκείνων που δεν λειτουργούν αποδοτικά και, ως εκ τούτου, θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο της ανακατανομής αναξιποίητων πόρων του ΕΣΥ.

Προκειμένου να εξεταστούν οι ανισότητες ως προς την αποδοτικότητα των υγειονομικών μονάδων επιλέχθηκαν βασικοί δείκτες:





α) Λειτουργικής αποδοτικότητας (Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, Ποσοστό Κάλυψης, Δείκτης Αποδοτικότητας, Δείκτης Παραγωγικότητας).

β) Οικονομικής αποδοτικότητας (κόστος ανά νοσηλευθέντα, κόστος φαρμάκων, αντιδραστηρίων, υγειονομικού και ορθοπεδικού υλικού ανά Νοσηλευθέντα, ημερήσιο κόστος νοσηλείας).

Η ανάλυση των παραπάνω δεικτών, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση και κατάταξη κάθε νοσοκομείου, παρουσιάζεται στις ενότητες που ακολουθούν.



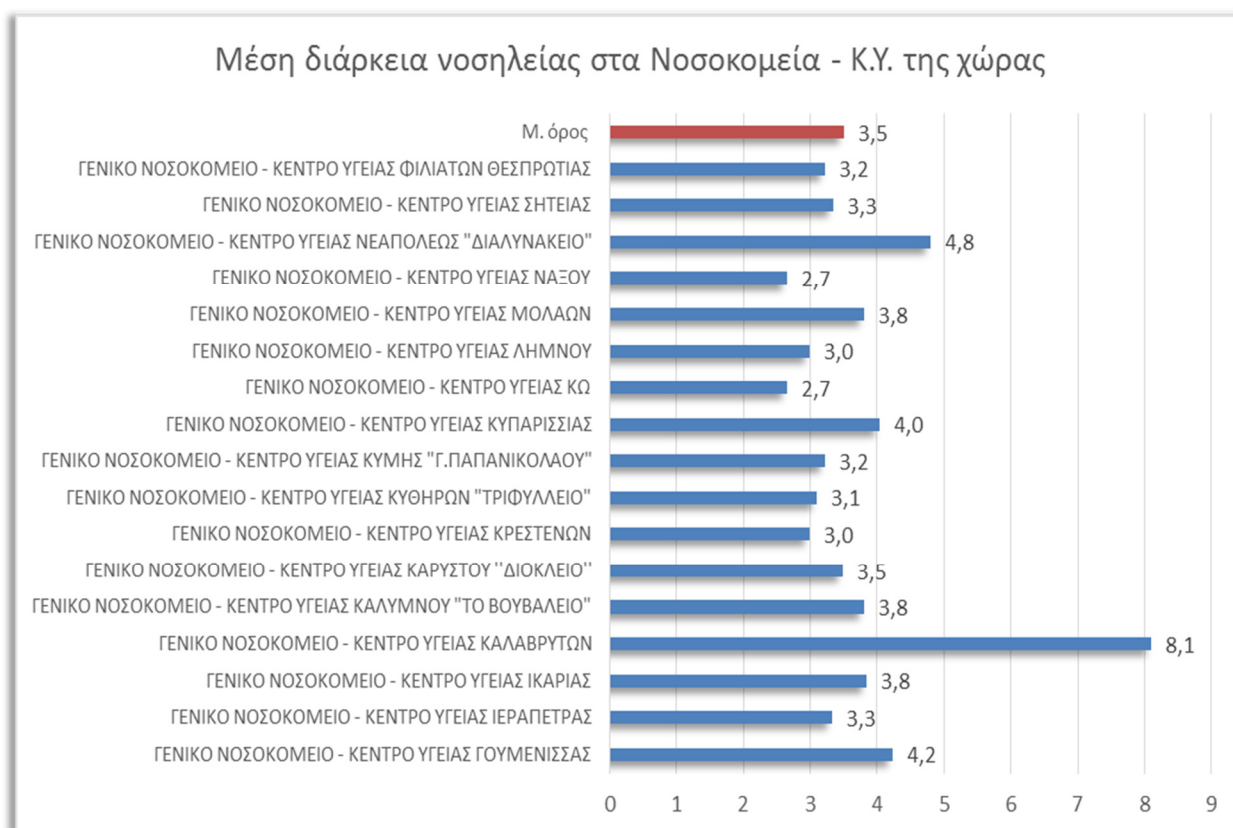
## 7.2 Συγκριτική αξιολόγηση νοσοκομειακών μονάδων

### 7.2.1 Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας

#### 7.2.1.1 Μέση διάρκεια νοσηλείας

Στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας προσεγγίζει τις 3,5 ημέρες. Η τιμή του δείκτη για νοσοκομεία με πρωτοβάθμιο κυρίως προσανατολισμό (χωρίς δηλαδή να εξυπηρετούνται περιστατικά υψηλής βαρύτητας) κρίνεται υψηλή. Οι περιορισμένες πιέσεις που δέχονται οι δομές αυτές για νέες εισαγωγές, σε συνδυασμό με τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται στις τοπικές κοινωνίες μεταξύ ιατρών και ασθενών, φαίνεται να οδηγεί σε μια πιο χαλαρή συμπεριφορά του ιατρικού σώματος επιτρέποντας την επιμήκυνση της νοσηλείας με βάση τις διεθνείς πρακτικές. Στα περισσότερα νοσοκομεία ο δείκτης προσεγγίζει το μέσο όρο (που είναι ούτως ή άλλως υψηλός), ωστόσο θα πρέπει να εξεταστούν οι ακραίες τιμές στο Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων (8,1 ημέρες), καθώς και στα νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Νεαπόλεως (4,8 ημέρες), Γουμένισσας (4,2) και Κυπαρισσίας (4,0).

**Διάγραμμα 136: Δείκτης ΜΔΝ στα μικρά Νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας της χώρας, 2011**

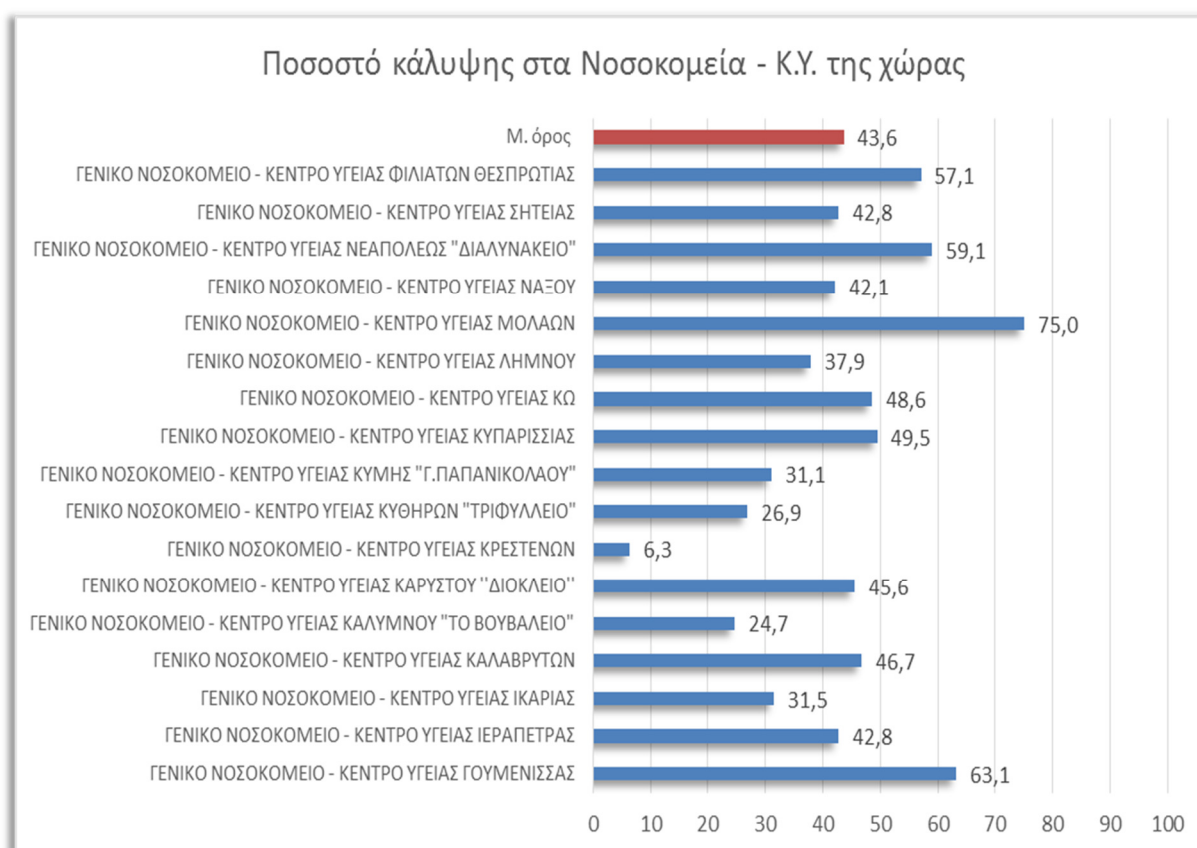




### 7.2.1.2 Ποσοστό κάλυψης

Η μέση πληρότητα στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας κινείται, όπως αναμενόταν, σε χαμηλά επίπεδα, προσεγγίζοντας το 44%. Ο περιορισμένος βιοϊατροτεχνολογικός εξοπλισμός αιχμής, η έλλειψη ιατρικού προσωπικού αλλά και ο γενικότερος προσανατολισμός τους στην παροχή πρωτοβάθμιων, κατά βάση, υπηρεσιών (μέσω των έκτακτων και τακτικών εξωτερικών ιατρείων) λειτουργεί ανασταλτικά ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών νοσηλείας. Παρ' όλα αυτά, παρατηρούμε δομές με υψηλή πληρότητα, όπως τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Μολάων (75%), Γουμένισσας (63,1%), Νεαπόλεως (59,1%) και Θεσπρωτίας (57,1%), ενώ αντίθετα δομές με πολύ χαμηλή πληρότητα όπως αυτές των Κρεστένων (6,3%), Καλύμνου (24,7%), Κυθήρων (26,9%), Κύμης (31%) και Ικαρίας (31%) θα πρέπει επικεντρωθούν αποκλειστικά σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, αποδεσμεύοντας χρήσιμους πόρους για άλλες μονάδες του ΕΣΥ.

**Διάγραμμα 137: Ποσοστό Κάλυψης στα μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας, 2011**





### 7.2.1.3 Παραγωγικότητα

Ο Δείκτης Παραγωγής Υπηρεσιών υγείας, ή αλλιώς Δείκτης Παραγωγικότητας, που αποτελεί εκροή των δύο παραπάνω δεικτών, περιγράφει την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας μιας υγειονομικής μονάδας για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα που ακολουθεί, τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις. Την υψηλότερη παραγωγικότητα συναντάμε στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Μολάων, Λήμνου, Κω και Φιλιατών, ενώ αντίθετα δομές όπως αυτές των Κρεστένων, Καλαβρύτων, Ικαρίας κινούνται σε χαμηλά επίπεδα παραγωγικότητας.

**Διάγραμμα 138: Δείκτης Παραγωγικότητας στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας, 2011**



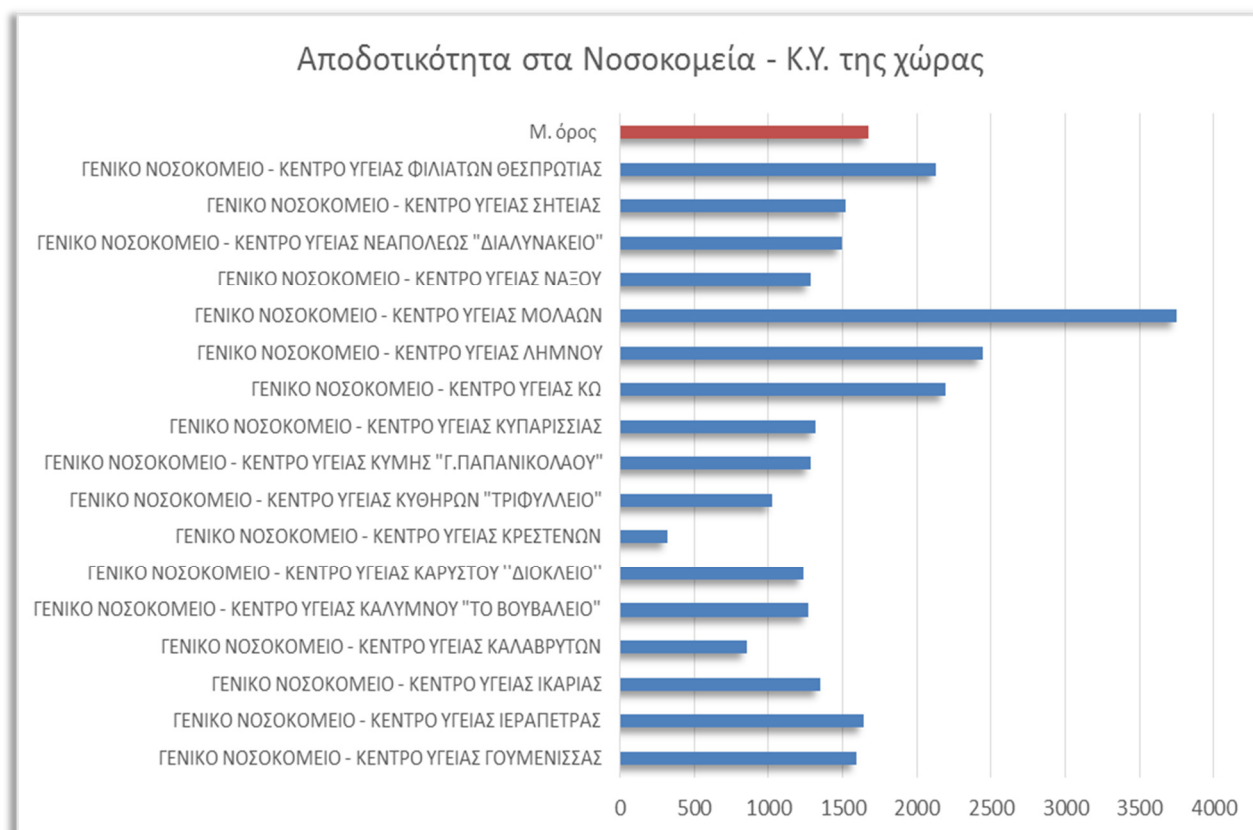


### 7.2.1.4 Αποδοτικότητα

Ο δείκτης περιγράφει ουσιαστικά την αποδοτικότητα εργασίας μιας υγειονομικής μονάδας και συγκρίνει τις πραγματικές εκροές ή το κόστος όμοιων διαδικασιών για δύο ή περισσότερους οργανισμούς.

Ο δείκτης στα περισσότερα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας κινείται στα ίδια περίπου επίπεδα με το δείκτη παραγωγικότητας. Την υψηλότερη αποδοτικότητα συναντάμε στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Μολάων, Λήμνου, Κω και Φιλιατών, ενώ αντίθετα δομές όπως αυτές των Κρεστένων, Καλαβρύτων, Ικαρίας κινούνται σε χαμηλά επίπεδα αποδοτικότητας.

**Διάγραμμα 139: Δείκτης Αποδοτικότητας ανά Περιφέρεια στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011**

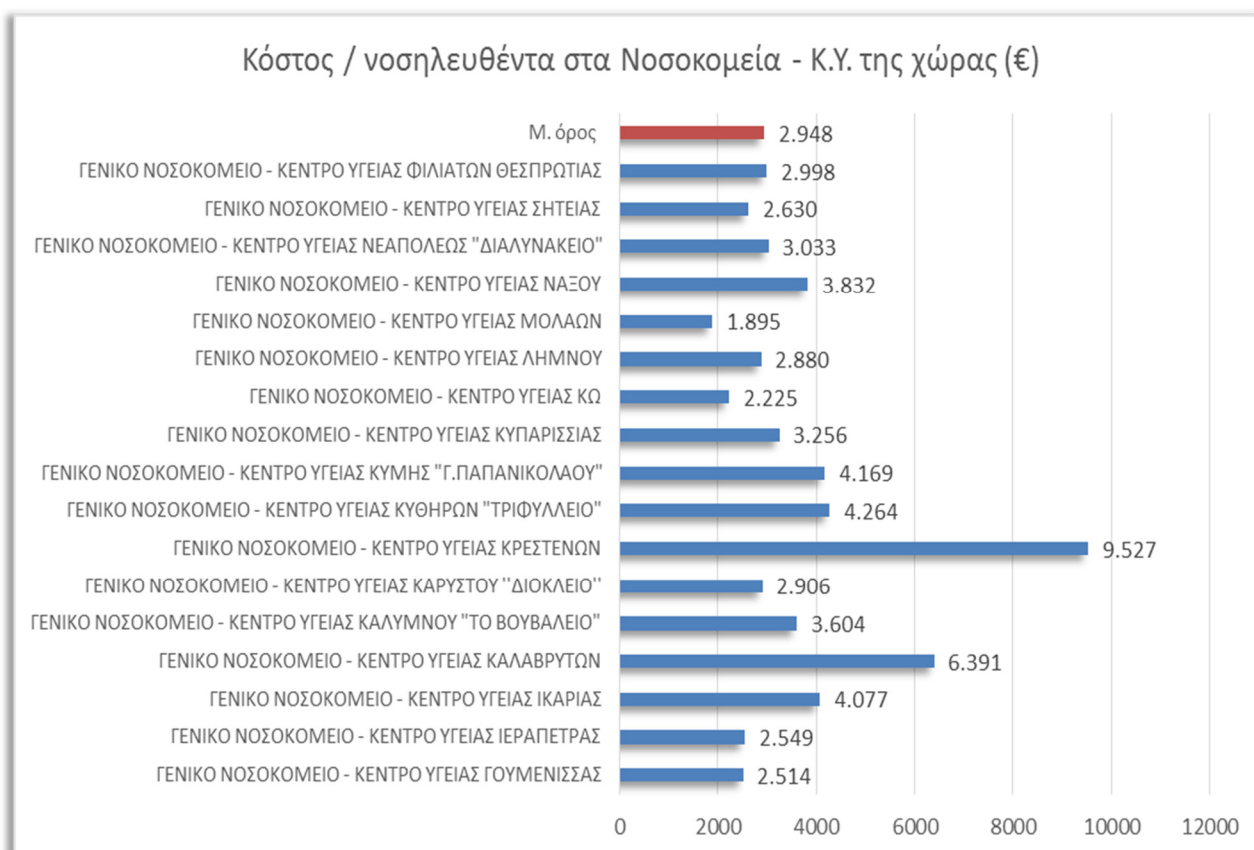




### 7.2.1.5 Κόστος ανά νοσηλευθέντα

Το μέσο κόστος ανά νοσηλευθέντα για τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της χώρας προσεγγίζει τις 3.000 € και κρίνεται υψηλό αν αναλογισθούμε πως υπερβαίνει κατά 27% το μέσο όρο της χώρας (2.345 €). Ο δείκτης για την πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται μεταξύ 2.500-3.000 €, ωστόσο ακραίες τιμές συναντάμε και πάλι στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Κρεστένων, όπου ο δείκτης τριπλασιάζεται και προσεγγίζει τις 9.500 €, Καλαβρύτων (6.391 €), Κυθήρων (4.264 €), Κύμης (4.169 €) και Ικαρίας (4.077 €). Σημαντικό χαμηλότερο είναι το κόστος ανά νοσηλευθέντα στις αντίστοιχες δομές των Μολάων, με μόλις 1.895€, της Κω (2.225 €) και της Γουμένισσας (2.514 €).

**Διάγραμμα 140: Κόστος/Νοσηλευθέντα στα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011**





### 7.2.1.6 Ημερήσιο κόστος νοσηλείας

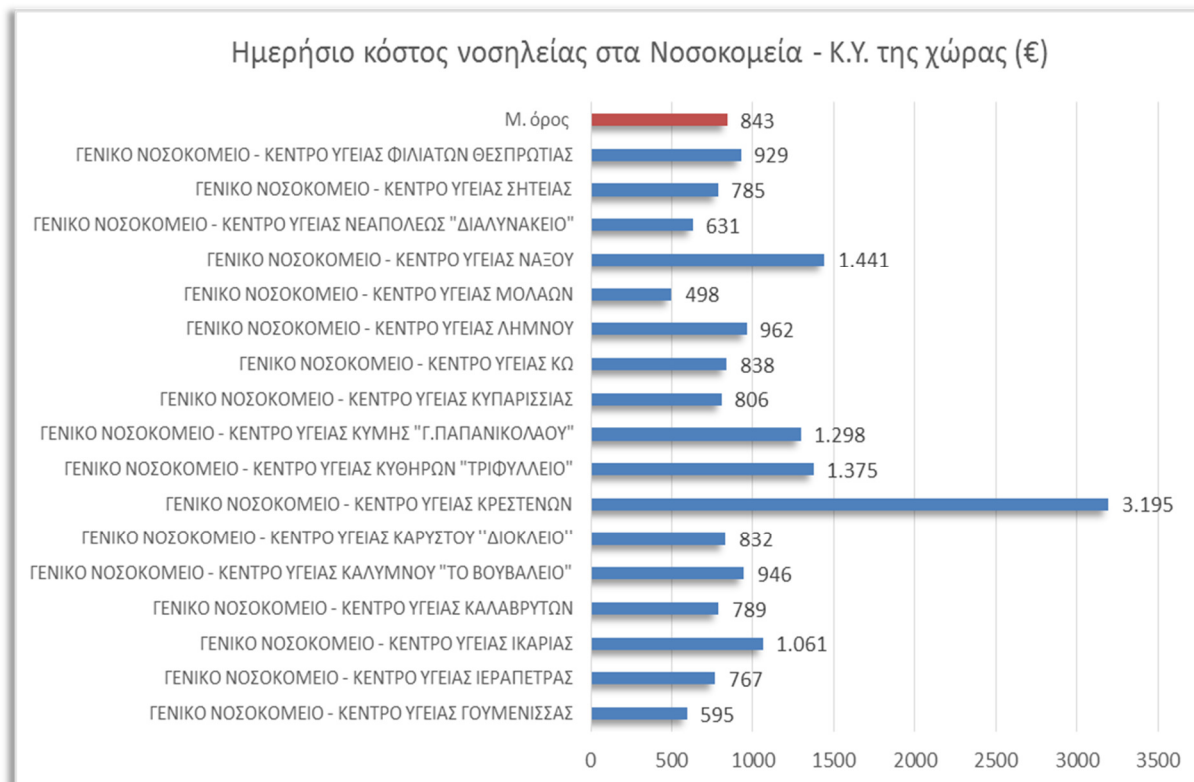
Σχετικά με το ημερήσιο κόστος νοσηλείας, η εικόνα διαφοροποιείται εν μέρει σε σχέση με το δείκτη του κόστους ανά νοσηλευθέντα.

Ο μέσος όρος των νοσοκομείων κινείται σε υψηλά επίπεδα για πρωτοβάθμια νοσοκομεία και υπερβαίνει κατά περίπου 30% τον εθνικό μέσο όρο, διατηρώντας και εδώ, όπως και στους προηγούμενους δείκτες, τη γενικά αρνητική εικόνα ως προς την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων των Νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας της χώρας.

Το υψηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας εμφανίζεται στο Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Κρεστένων (3.915 €), και ακολουθούν της Νάξου (1.441 €), των Κυθήρων (1.375 €), της Κύμης (1.298 €) και της Ικαρίας (1.061 €).

Ιδιαίτερα χαμηλό κόστος –χαμηλότερο και από το μέσο όρο της χώρας– εμφανίζουν τα νοσοκομεία Μολάων (498€), Γουμένισσας (595€), Νεαπόλεως (631).

**Διάγραμμα 141: Κόστος/Ημέρα Νοσηλείας στα μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011**





### 7.2.1.7 Κόστος φαρμάκου και υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα

Η φαρμακευτική δαπάνη καθώς και η δαπάνη για την προμήθεια υγειονομικού υλικού αποτελούν από τις σημαντικότερες κατηγορίες δαπανών για κάθε νοσοκομείο. Δεδομένου ότι το σύνολο σχεδόν των μονάδων εξυπηρετεί ήπιας μορφής περιστατικά, θα πρέπει να αποτελέσουν σημείο προβληματισμού και, κυρίως, ελέγχου οι σημαντικές διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται σε μεγάλο μέρος των μονάδων και, κυρίως, οι ακραίες προς τα πάνω τιμές που προσεγγίζουν τιμές μεγάλων νοσοκομείων της Αττικής.

Υπό το πρίσμα αυτό, οι τιμές που λαμβάνει ο δείκτης σε Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας όπως της Καλύμνου (324 €), των Καλαβρύτων (293 €), της Κυπαρισσίας (272 €), των Κυθήρων (247 €) κινούνται σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα σε σχέση με το μέσο όρο των ομοειδών νοσοκομείων της χώρας.

Αντίθετα, πολύ καλύτερη συμπεριφορά από πλευράς ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης παρουσιάζουν τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Νεαπόλεως (95 €), Νάξου (117 €), Ιεράπετρας (122 €) και Γουμένισσας (125 €), τα οποία έχουν περιορίσει το δείκτη σε επίπεδα κάτω του 30% από το μέσο όρο των αντίστοιχων μονάδων.

**Διάγραμμα 142: Κόστος Φαρμάκου/Νοσηλευθέντα στα μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011**







Σημαντικές διαφοροποιήσεις συναντάμε και στους δείκτες προμήθειας υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα. Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας όπως των Καλαβρύτων (280 €), της Κυπαρισσίας (177 €), της Λήμνου (167 €) υπερβαίνουν σημαντικά το μέσο όρο των νοσοκομείων αυτής της κατηγορίας, ενώ αντίθετα εξαιρετική εικόνα παρουσιάζουν τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας Ικαρίας (47 €), Νεαπόλεως (48 €), Καρύστου (51 €) Γουμένισσας (68 €) και Νάξου (71 €).

**Διάγραμμα 143: Κόστος Υγειονομικού Υλικού/Νοσηλευθέντα στα Μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της Χώρας, 2011**





## 7.2.2 Μικρά νοσοκομεία (έως 250 κλίνες)

### 7.2.2.1 Μέση διάρκεια νοσηλείας

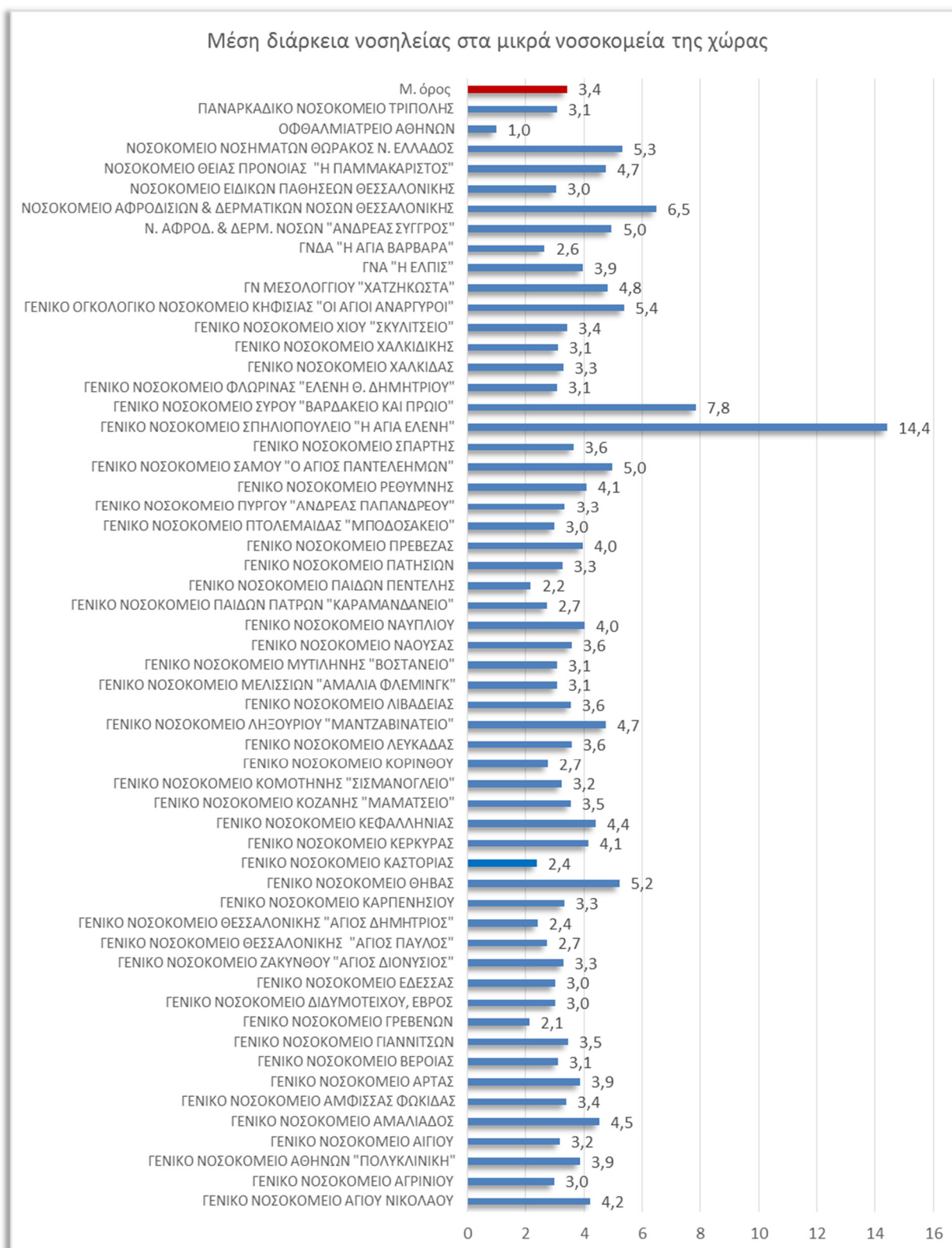
Η κατηγορία των μικρών νοσοκομείων περιλαμβάνει νοσοκομεία δυναμικότητας έως 250 κλινών. Τα νοσοκομεία της κατηγορίας αυτής λειτουργούν είτε ως μικρά «νομαρχιακά» νοσοκομεία (π.χ. Χαλκίδας, Ρεθύμνου κ.λπ.), είτε ως νοσοκομεία αναφοράς σε νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές (π.χ. Κέρκυρας, Κεφαλονιάς κ.λπ.), είτε τέλος ως νοσοκομεία δορυφόροι άλλων μεγαλύτερων νοσοκομείων (π.χ. Αιγίου, Μεσολογγίου, Διδυμοτείχου κ.λπ.). Κατά βάση, το case mix των περιστατικών που νοσηλεύεται στα νοσοκομεία αυτά είναι χαμηλής έως μέτριας σοβαρότητας, ενώ τα πιο σοβαρά περιστατικά διακομίζονται σε μεγαλύτερα νοσοκομεία είτε της ίδιας είτε όμορων περιφερειών (ή ακόμα και στην Αθήνα ή τη Θεσσαλονίκη εφόσον κρίνεται αναγκαίο).

Η μέση διάρκεια νοσηλείας των νοσοκομείων αυτών είναι ελαφρώς χαμηλότερη από τον εθνικό μέσο όρο και προσεγγίζει τις 3,5 ημέρες. Για την πλειοψηφία των νοσοκομείων της κατηγορίας αυτής ο δείκτης κυμαίνεται μεταξύ 2,5 και 3,5 ημερών, ωστόσο συναντάμε σημαντικές υψηλότερες τιμές (εκτός από ειδικά νοσοκομεία) στα νοσοκομεία Σύρου (7,8 ημέρες), Αγ. Αναργύρων (5,4 ημέρες), Θώρακος Ν. Ελλάδας (5,3 ημέρες), Θήβας (5,2 ημέρες) και Ληξουρίου (4,7 ημέρες).

Οι χαμηλότερες τιμές του δείκτη εντοπίζονται στα νοσοκομεία Γρεβενών (2,1 ημέρες), Παίδων Πεντέλης (2,2 ημέρες), «Αγ. Δημητρίου» και Καστοριάς (2,4 ημέρες). Επισημαίνεται ότι στόχος κάθε σύγχρονης νοσηλευτικής μονάδας τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς είναι η σταδιακή μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, αξιοποιώντας τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες σύγχρονες τεχνικές και θεραπευτικές μεθόδους καθώς και το νέο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας.



**Διάγραμμα 144: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**





### 7.2.2.2 Ποσοστό κάλυψης

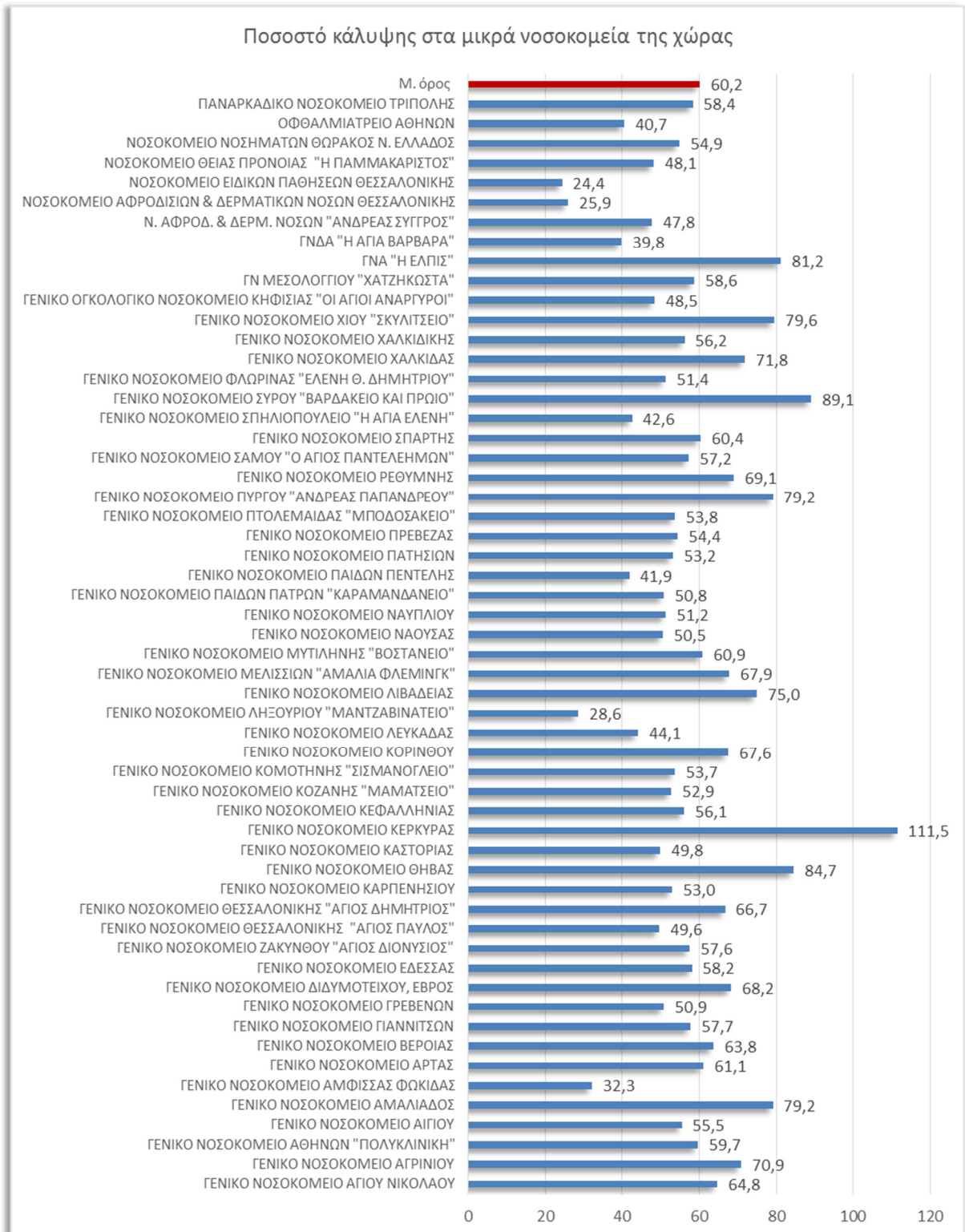
Η μέση πληρότητα για τα νοσοκομεία αυτής της κατηγορίας προσεγγίζει το 60%, τιμή σχετικά ικανοποιητική για νοσοκομεία τέτοιου μεγέθους με περιορισμένη, δηλαδή, κινητικότητα ιατρικού προσωπικού, σύγχρονο εξοπλισμό και φήμη.

Η υψηλότερη πληρότητα παρουσιάζεται κυρίως σε νησιωτικά νοσοκομεία όπου το κόστος μετακίνησης είναι υψηλό και, ως εκ τούτου, η ζήτηση υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης απορροφάται σε σημαντικό βαθμό από τα τοπικά νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Κέρκυρας με πληρότητα 112%, καθώς επίσης και των νοσοκομείων της Σύρου (89,1%) και της Χίου (79,6%). Πολύ υψηλή πληρότητα παρουσιάζουν επίσης τα νοσοκομεία Θήβας (84,7%), «Ελπίς» (81,2%), Αμαλιάδας (79,2%), Πύργου (79,2%) και Χαλκίδας (71,8%). Για τα παραπάνω νοσοκομεία θα πρέπει να εξεταστεί η δυνατότητα ενίσχυσης της δυναμικότητάς τους, καθώς βρίσκονται στα όρια συμφόρησης.

Από την άλλη μεριά, η χαμηλή ζήτηση υπηρεσιών σε σχέση με τους διατιθέμενους πόρους οδηγεί σε μη αποδεκτά επίπεδα πληρότητας νοσοκομεία όπως του Ληξουρίου (28,6%), της Άμφισσας (32,3%), το «Αγ. Βαρβάρας» (39,8%), το Παιδων Πεντέλης (41,9%) και το «Σπηλιοπούλειο» (42,6%). Για τα νοσοκομεία αυτά, και γενικότερα για τα νοσοκομεία σε μεγάλα αστικά κέντρα (π.χ. «Αγ. Αναργύρων»), με πληρότητα κάτω από 50% θα πρέπει να επανεξεταστεί, σε συνδυασμό με άλλους δείκτες αποδοτικότητας, το μέγεθος της υποδομής τους, έτσι ώστε να ανακαταμεμηθούν αναξιοποίητοι (κλίνες, προσωπικό, εξοπλισμός κ.λπ.) πόροι του εθνικού συστήματος υγείας.



**Διάγραμμα 145: Ποσοστό κάλυψης στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**

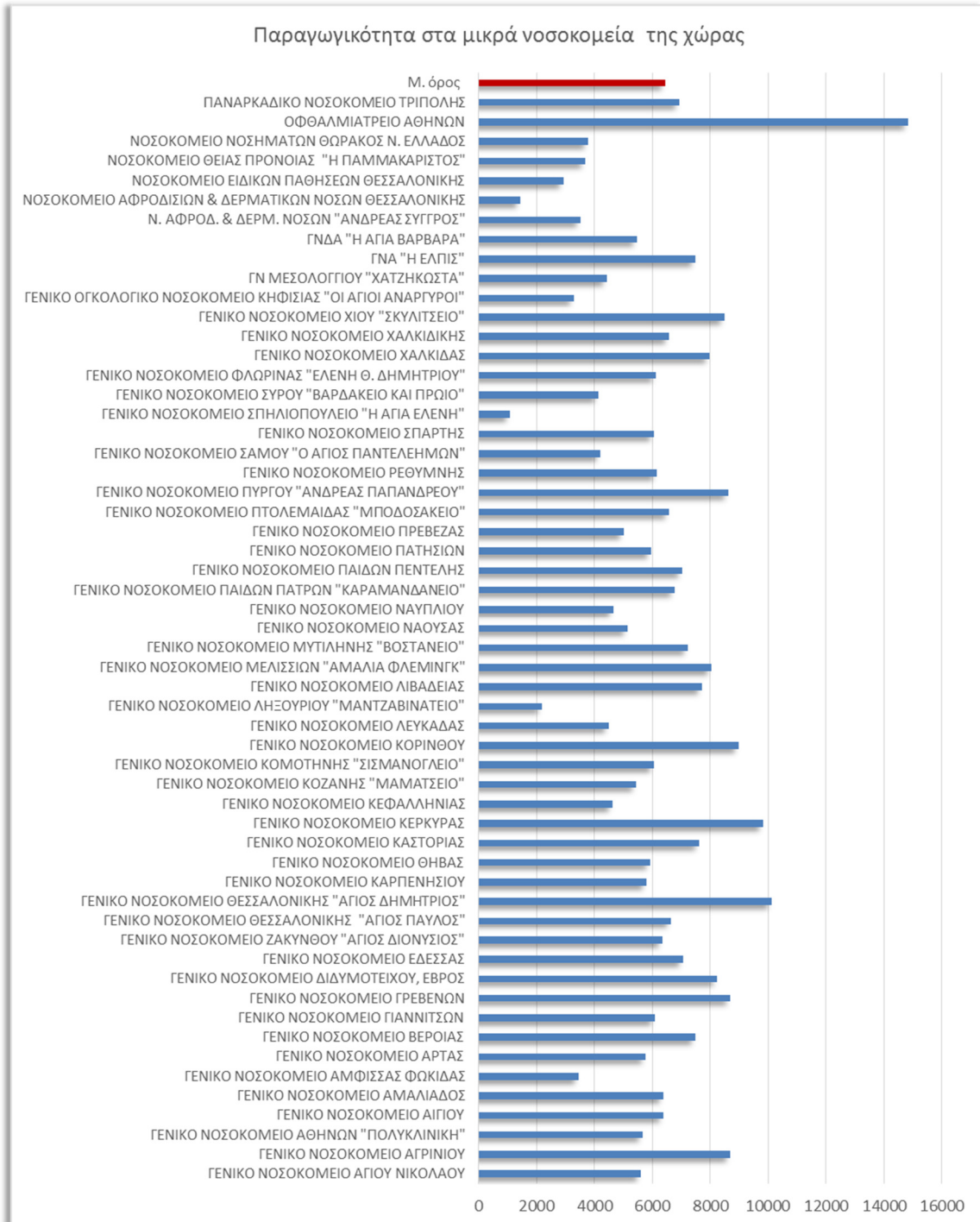




### 7.2.2.3 Παραγωγικότητα

Συνδυάζοντας τους παραπάνω δείκτες (πληρότητας και ΜΔΝ) προσεγγίζουμε το δείκτη παραγωγικότητας των μονάδων υγείας. Στα νοσοκομεία της κατηγορίας αυτή, και εξαιρώντας τα ειδικά νοσοκομεία, την υψηλότερη παραγωγικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Αγ. Δημητρίου», Κέρκυρας, Κορίνθου, Αγρινίου, Χίου και Πύργου. Από την άλλη μεριά, πολύ μικρή παραγωγικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Σπηλιοπούλειο», Ληξουρίου, Φωκίδας, Λευκάδας και Κεφαλονιάς.

**Διάγραμμα 146: Παραγωγικότητα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**

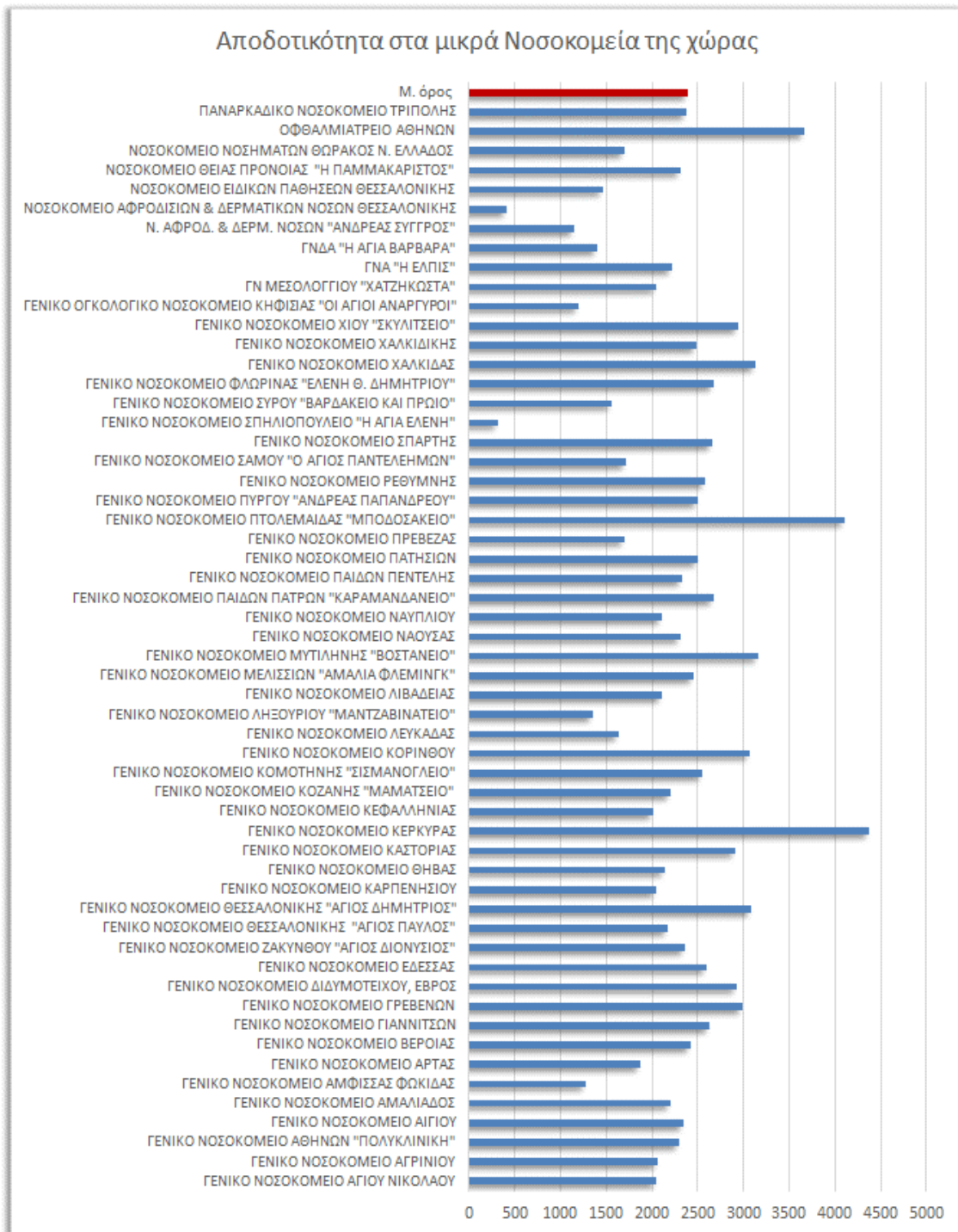




### 7.2.2.4 Αποδοτικότητα

Εφόσον στο δείκτη παραγωγικότητας συμπεριλάβουμε και το μέγεθος του προσωπικού κάθε μονάδας, τότε οδηγούμαστε στο δείκτη αποδοτικότητας. Με βάση το δείκτη αυτόν, η υψηλότερη αποδοτικότητα παρουσιάζεται στα νοσοκομεία Κέρκυρας, Πτολεμαΐδας, Χαλκίδας και Μυτιλήνης, ενώ στον αντίποδα συναντάμε τα νοσοκομεία «Σπηλιοπούλειο», Αμφισσας, «Αγ. Αναργύρων», Ληξουρίου και «Αγ. Βαρβάρας».

**Διάγραμμα 147: Αποδοτικότητα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**

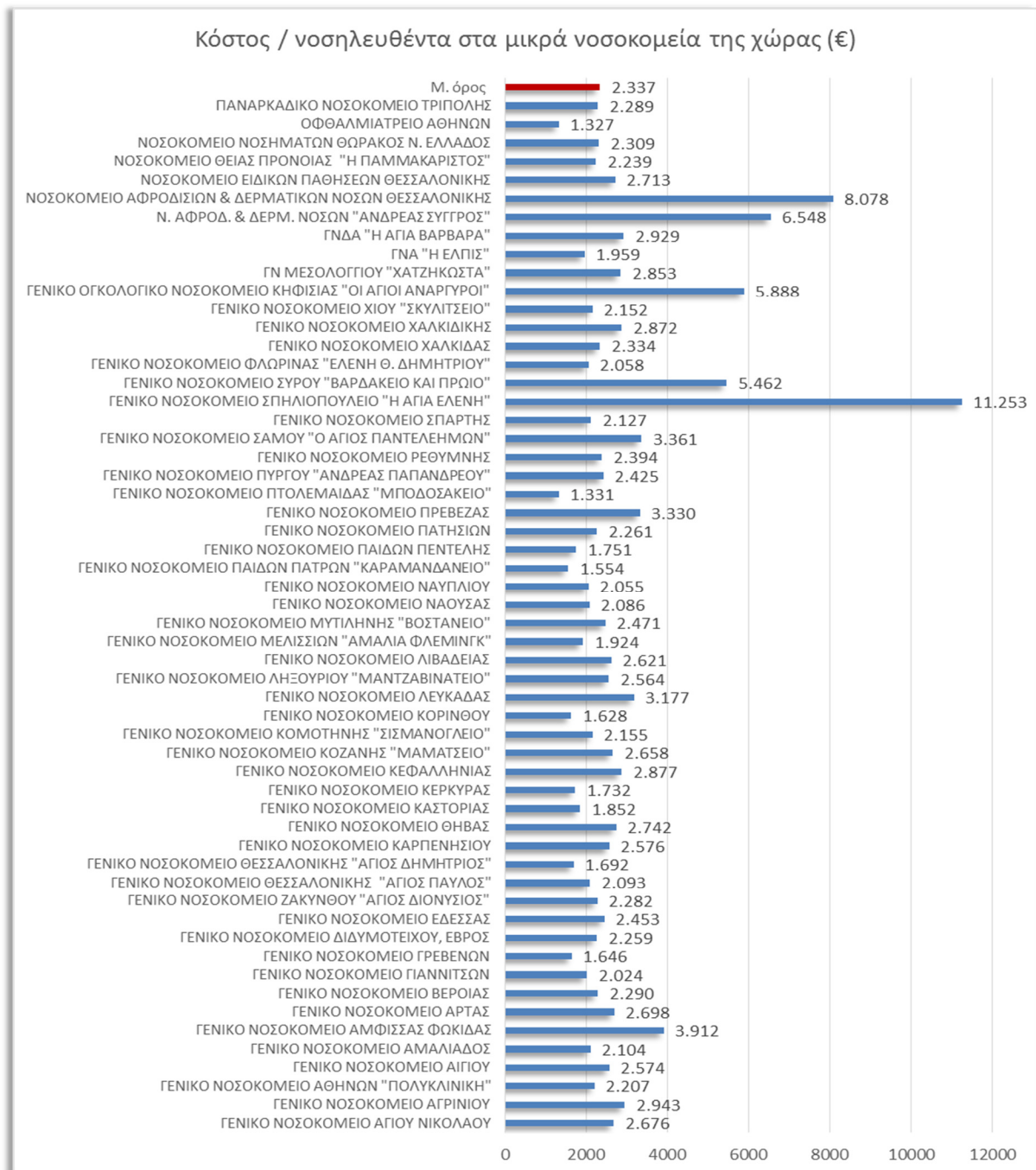




### 7.2.2.5 Κόστος ανά νοσηλευθέντα

Σημαντικές αποκλίσεις παρατηρούμε στους δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας ακόμα και μεταξύ ομοειδών νοσοκομείων. Εκτός από ειδικά νοσοκομεία («Σπηλιοπούλειο», Δερματικών Νόσων κ.λπ.), από τα υπόλοιπα νοσοκομεία το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα εμφανίζει το Ογκολογικό «Αγ. Αναργύρων» (λόγω και του case mix) με 5.888 € και ακολουθεί το νοσοκομείο της Σύρου (5.462 €) και της Άμφισσας (3.912 €). Νοσοκομεία με συγκράτηση των δεικτών σε πολύ χαμηλά επίπεδα είναι της Πτολεμαΐδας (1.331 €), το Παίδων Πατρών (1.554 €), της Κορίνθου (1.628 €) και των Γρεβενών (1.646 €).

**Διάγραμμα 148: Κόστος/Νοσηλευθέντα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**



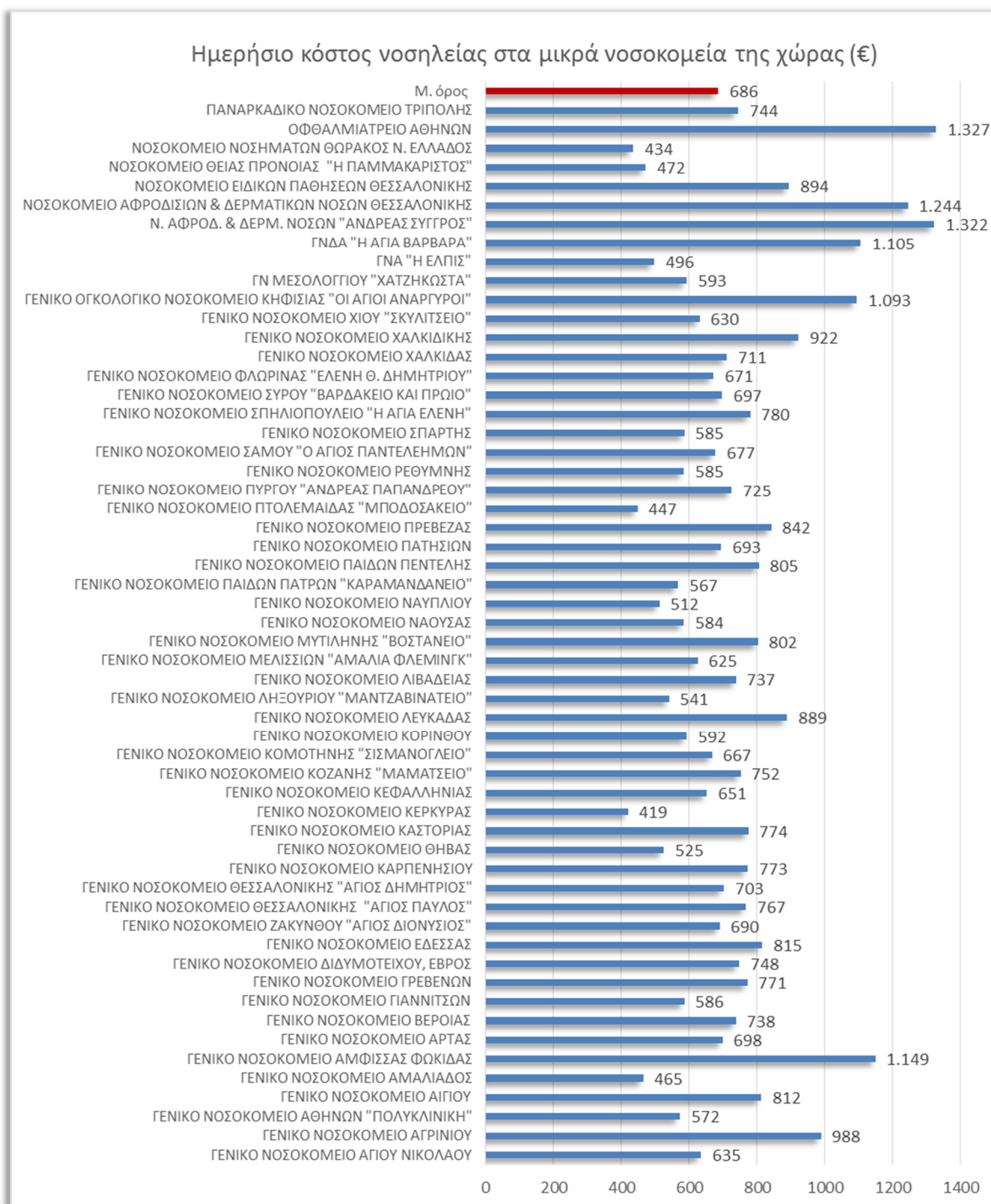




### 7.2.2.6 Ημερήσιο κόστος νοσηλείας

Το μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μικρά νοσοκομεία της χώρας παρουσιάζει επίσης σημαντικές αποκλίσεις. Εκτός από τα ειδικά νοσοκομεία, το υψηλότερο ημερήσιο κόστος νοσηλείας εντοπίζεται στα νοσοκομεία Άμφισσας (1.149 €), «Αγ. Βαρβάρας» (1.103 €) και «Αγ. Αναργύρων» (1.093 €), ενώ οι χαμηλότερες τιμές είναι στα νοσοκομεία Κέρκυρας (419 €), Θώρακος Ν. Ελλάδας (434 €) και «Μποδοσάκειο» (447 €).

**Διάγραμμα 149: Ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**

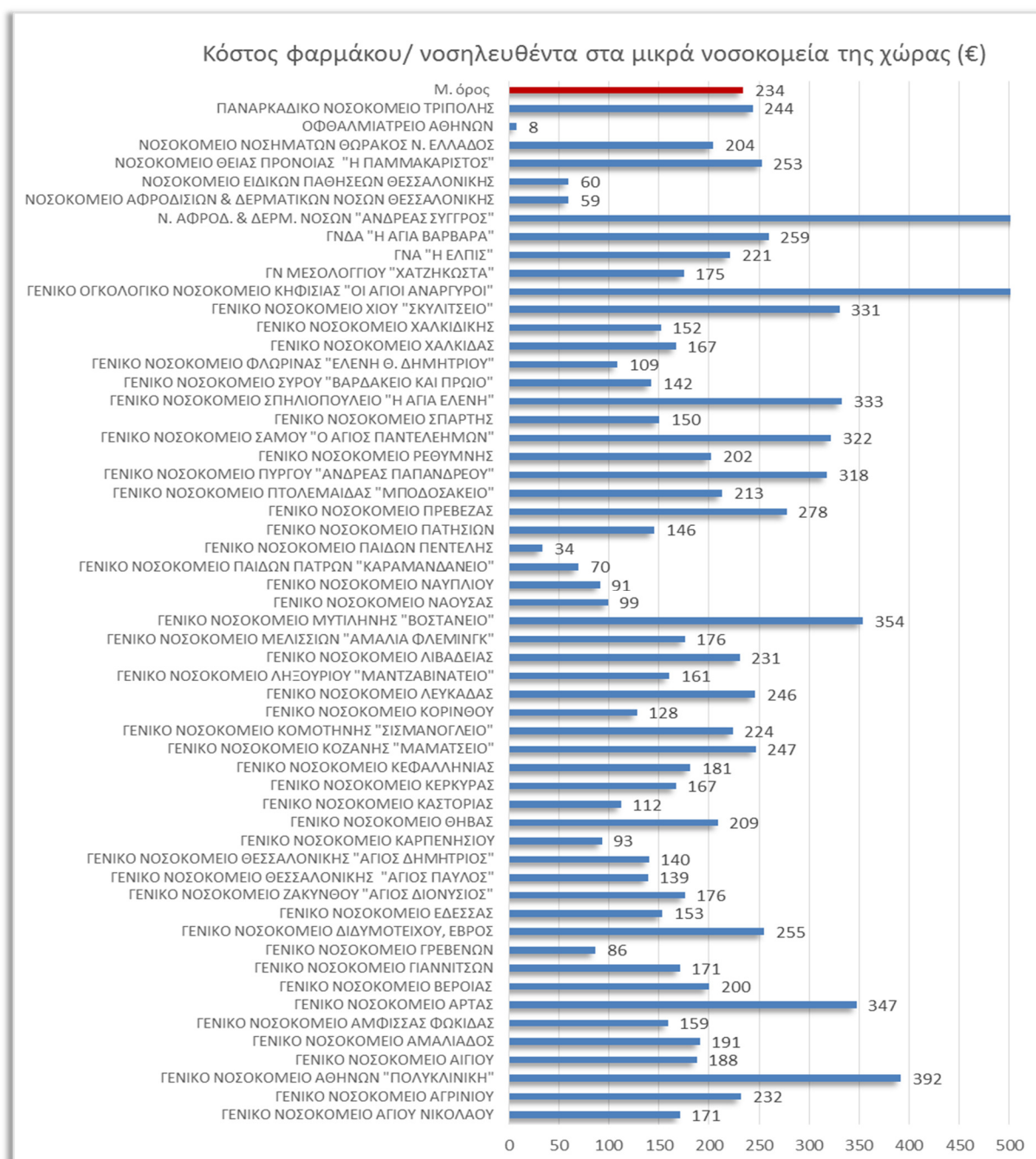




### 7.2.2.7 Κόστος φαρμακευτικής δαπάνης και υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα

Το μέσο κόστος φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασθενή στα μικρά νοσοκομεία της χώρας ανέρχεται σε 234 €. Ειδικά νοσοκομεία όπως το Ογκολογικό «Αγ. Αναργύρων» αλλά και αυτά των Αφροδισίων και Δερματικών Παθήσεων παρουσιάζουν πολύ υψηλές τιμές λόγω του αυξημένου κόστους θεραπευτικής αγωγής, ενώ αντίθετα τα παιδιατρικά και των αφροδισίων νοσημάτων κινούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Από τα υπόλοιπα νοσοκομεία, η υψηλότερη τιμή του δείκτη παρουσιάζεται στα νοσοκομεία της Πολυκλινικής (392 €), της Μυτιλήνης (354 €) και της Άρτας (347 €). Η χαμηλότερη φαρμακευτική δαπάνη ανά ασθενή παρατηρείται στα νοσοκομεία Γρεβενών (86 €), Ναυπλίου (91 €) και Καρπενησίου (93 €).

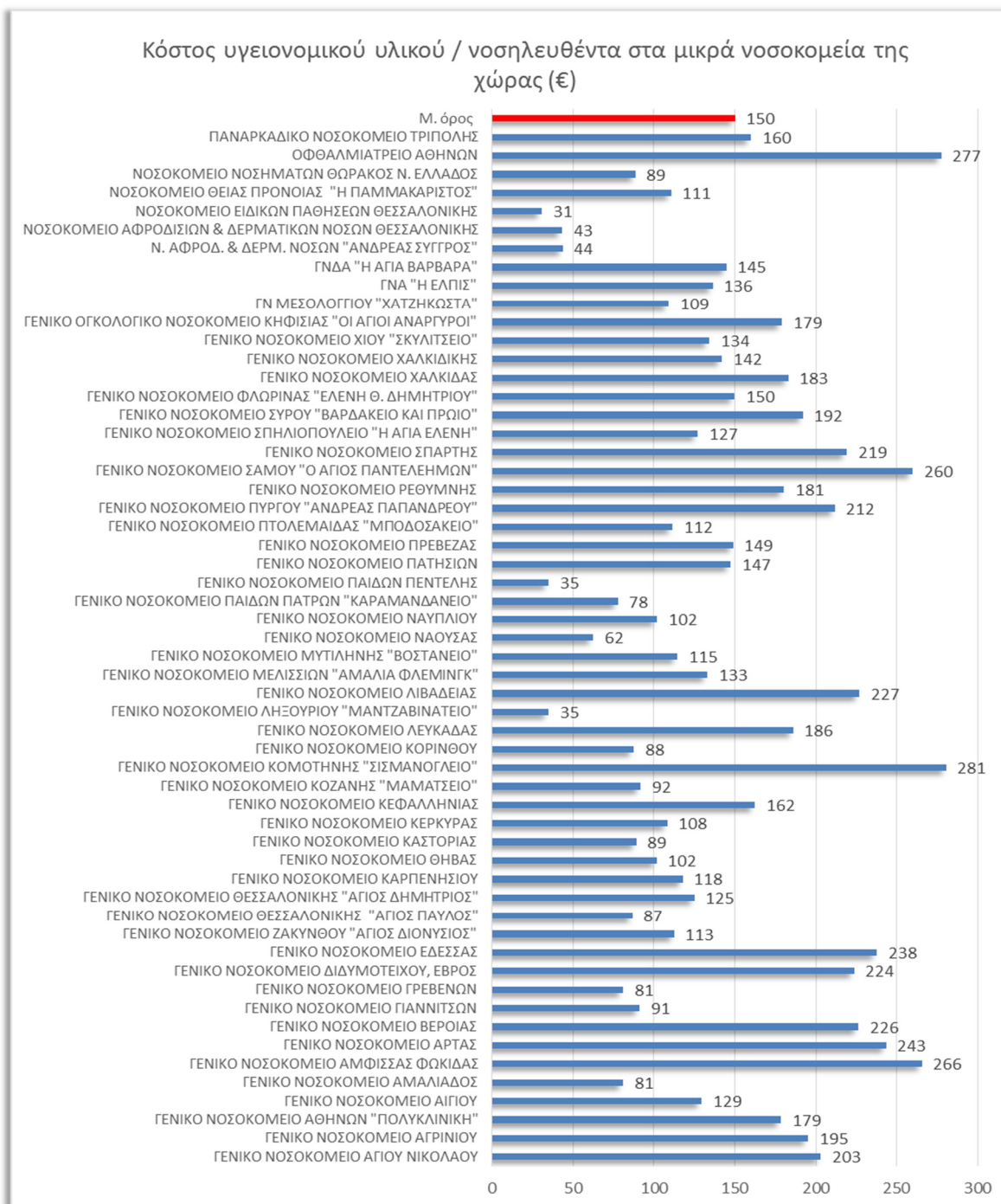
**Διάγραμμα 150: Κόστος φαρμάκου/νοσηλευθέντα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**





Όσον αφορά τη δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά ασθενή, και εδώ οι αποκλίσεις είναι σημαντικές, αν και ηπιότερες, από το δείκτη της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα νοσοκομεία με την υψηλότερη τιμή είναι αυτά της Κομοτηνής (281 €), της Σάμου (260 €) και της Άρτας (243 €). Οι χαμηλότερες τιμές του δείκτη εντοπίζονται στα νοσοκομεία Ληξουρίου (35 €), Παίδων Πεντέλης (35 €) και Νάουσας (62 €).

**Διάγραμμα 151: Κόστος υγειονομικού υλικού/νοσηλευθέντα στα μικρά νοσοκομεία της χώρας, 2011**





## 7.2.3 Μεσαία νοσοκομεία (250 – 400 κλίνες)

### 7.2.3.1 Μέση διάρκεια νοσηλείας

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται μεγάλα «νομαρχιακά» νοσοκομεία που αποτελούν σημεία αναφοράς στην περιοχή ευθύνης τους, καθώς επίσης και κάποια ιδιαίτερης φήμης νοσοκομεία της Αττικής όπως το «Ωνάσειο», «Ο Άγιος Σάββας», «Η Αγ. Όλγα», το Παίδων «Π&Α. Κυριακού», καθώς επίσης και το «Ασκληπιείο» της Βούλας. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγεται επίσης το «Θεαγένειο», ένα νοσοκομείο αναφοράς για τη Βόρεια Ελλάδα, που εξυπηρετεί ογκολογικά κυρίως περιστατικά.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας, όπως έχει επισημανθεί, προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από το μίγμα των περιστατικών που νοσηλεύονται. Υπό το πρίσμα αυτό, η μέση διάρκεια νοσηλείας για τα μεσαία νοσοκομεία προσεγγίζει τις 3,4 ημέρες και θεωρείται ικανοποιητική δεδομένου των μεσαίων και σοβαρών περιστατικών που νοσηλεύονται.

Η υψηλότερη τιμή του δείκτη εντοπίζεται στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» με 11 ημέρες, η οποία είναι εξαιρετικά υψηλή ακόμα και για ογκολογικά νοσοκομεία. Επισημαίνεται ότι σε ογκολογικά νοσοκομεία όπως το «Θεαγένειο», η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι μόλις 5,2 ημέρες, ενώ ακόμα στο νοσοκομείο «Μεταξά», που αποτελεί σημείο αναφοράς για την Ελλάδα, η μέση διάρκεια νοσηλείας προσεγγίζει τις 8,5 ημέρες. Από τα υπόλοιπα νοσοκομεία, υψηλή μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Θριάσιο» (5,2 ημέρες) και «Αγ. Όλγα» (4,8 ημέρες). Πολύ χαμηλή ΜΔΝ παρουσιάζουν τα νοσοκομεία Λάρισας (2,4 ημέρες), Ξάνθης (2,6 ημέρες) και Τρικάλων (2,6 ημέρες).

**Διάγραμμα 152: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**



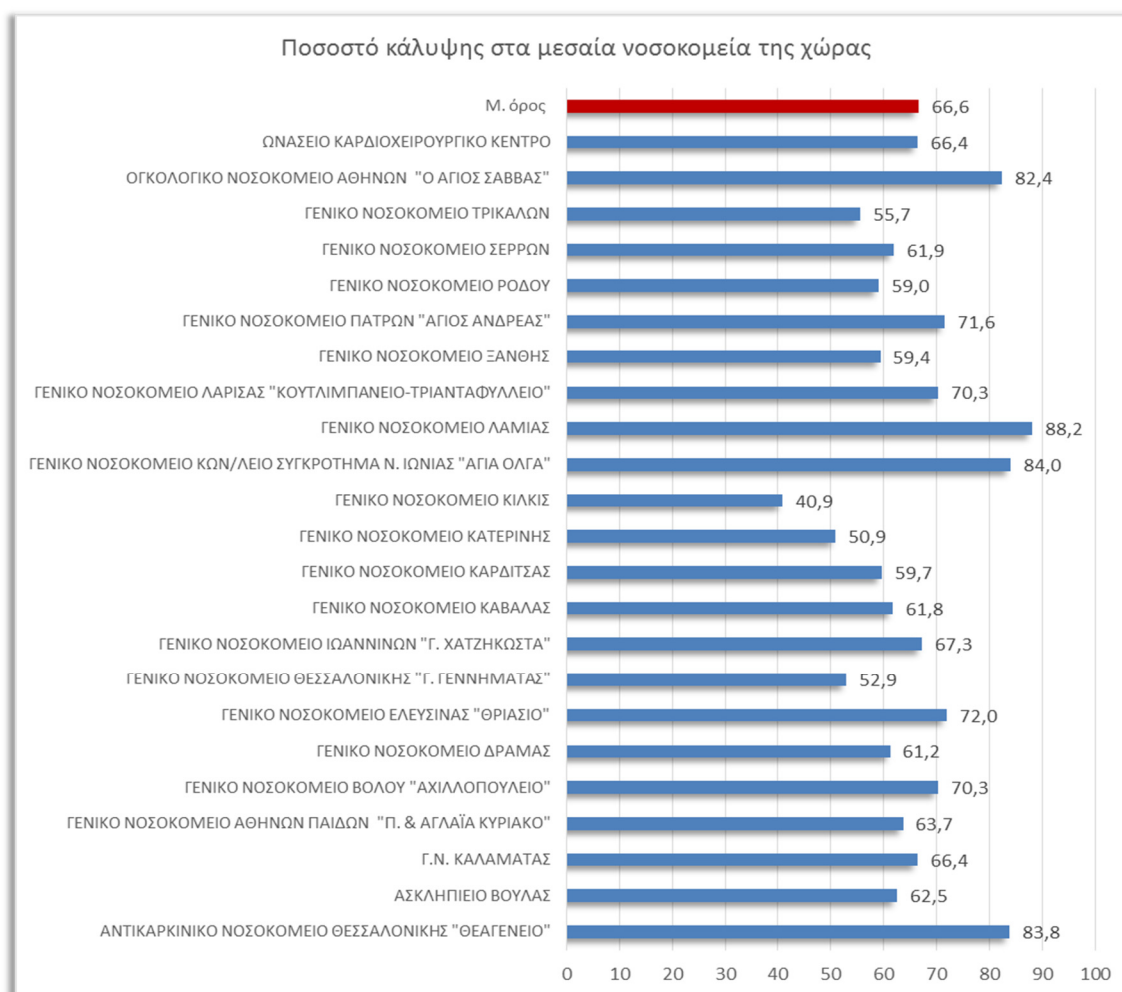


### 7.2.3.2 Ποσοστό κάλυψης

Λόγω του ότι η πλειοψηφία των νοσοκομείων της κατηγορίας αυτής έχει σημαντική φήμη, η ζήτηση υπηρεσιών για νοσηλεία είναι υψηλή, κάτι που αποτυπώνεται και στη μέση πληρότητα η οποία προσεγγίζει το 67%. Παρ' όλα αυτά δεν λείπουν οι αποκλίσεις μεταξύ των νοσοκομείων. Νοσοκομεία όπως της Λαμίας (88,2%), της «Αγ. Όλγας» (84%), του «Θεαγένειου» (83,8%) και του «Αγ. Σάββα» (82,4%) δέχονται ισχυρές πιέσεις και βρίσκονται στα όρια της συμφόρησης, ιδιαίτερα τις ημέρες της εφημερίας. Ικανοποιητική πληρότητα, πάνω από 70%, παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Θριάσιο» (72%), «Αγ. Ανδρέας» Πατρών (71,6%) και Λάρισας (70,3%).

Από την άλλη μεριά, χαμηλή ζήτηση υπηρεσιών με βάση και τους διατιθέμενους πόρους παρατηρείται στα νοσοκομεία Κυκλίας (40,9%), Κατερίνης (50,9%), «Γεννηματά» Θεσσαλονίκης (52,9%) και Τρικάλων (55,7%).

**Διάγραμμα 153: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**





### 7.2.3.3 Παραγωγικότητα

Συνδυάζοντας τους δείκτες πληρότητας και ΜΔΝ προσεγγίζουμε το δείκτη παραγωγικότητας των μονάδων υγείας. Στα νοσοκομεία της κατηγορίας αυτής την υψηλότερη παραγωγικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία Λάρισας, Καρδίτσας, Λαμίας και το «Ωνάσειο». Από την άλλη μεριά, τη χαμηλότερη παραγωγικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Άγιος Σάββας», Κιλκίς, «Γ. Γεννηματάς» Θεσσαλονίκης και «Θριάσιο».

**Διάγραμμα 154: Παραγωγικότητα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**

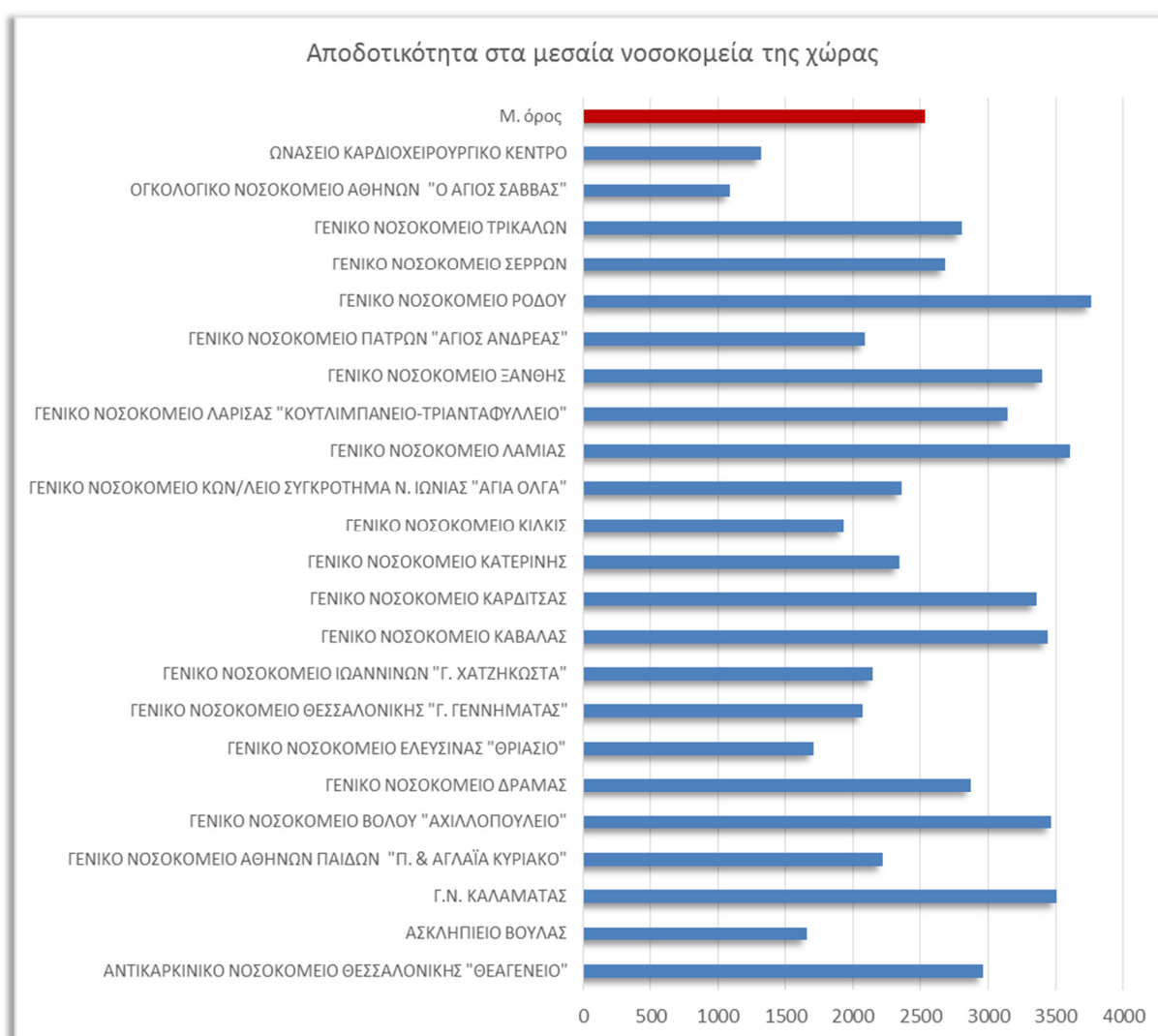




### 7.2.3.4 Αποδοτικότητα

Όπως έχει αναφερθεί, ο δείκτης αποδοτικότητας στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν ιδιαίτερα χρήσιμο δείκτη καθώς λαμβάνει υπόψη εκτός από τις διαθέσιμες κλίνες και το απασχολούμενο προσωπικό της μονάδας υγείας, προσδίδοντας έτσι μια συνολική εικόνα της αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων. Υπό το πρίσμα αυτό, η υψηλότερη αποδοτικότητα εντοπίζεται στο νοσοκομείο της Ρόδου και ακολουθούν τα νοσοκομεία Λαμίας, Καλαμάτας, Βόλου, Καβάλας και Ξάνθης. Η χαμηλότερη αποδοτικότητα παρατηρείται στα νοσοκομεία «Άγ. Σάββας», «Ασκληπείο» Βούλας, «Θριάσιο» και Κιλκίς.

**Διάγραμμα 155: Αποδοτικότητα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**

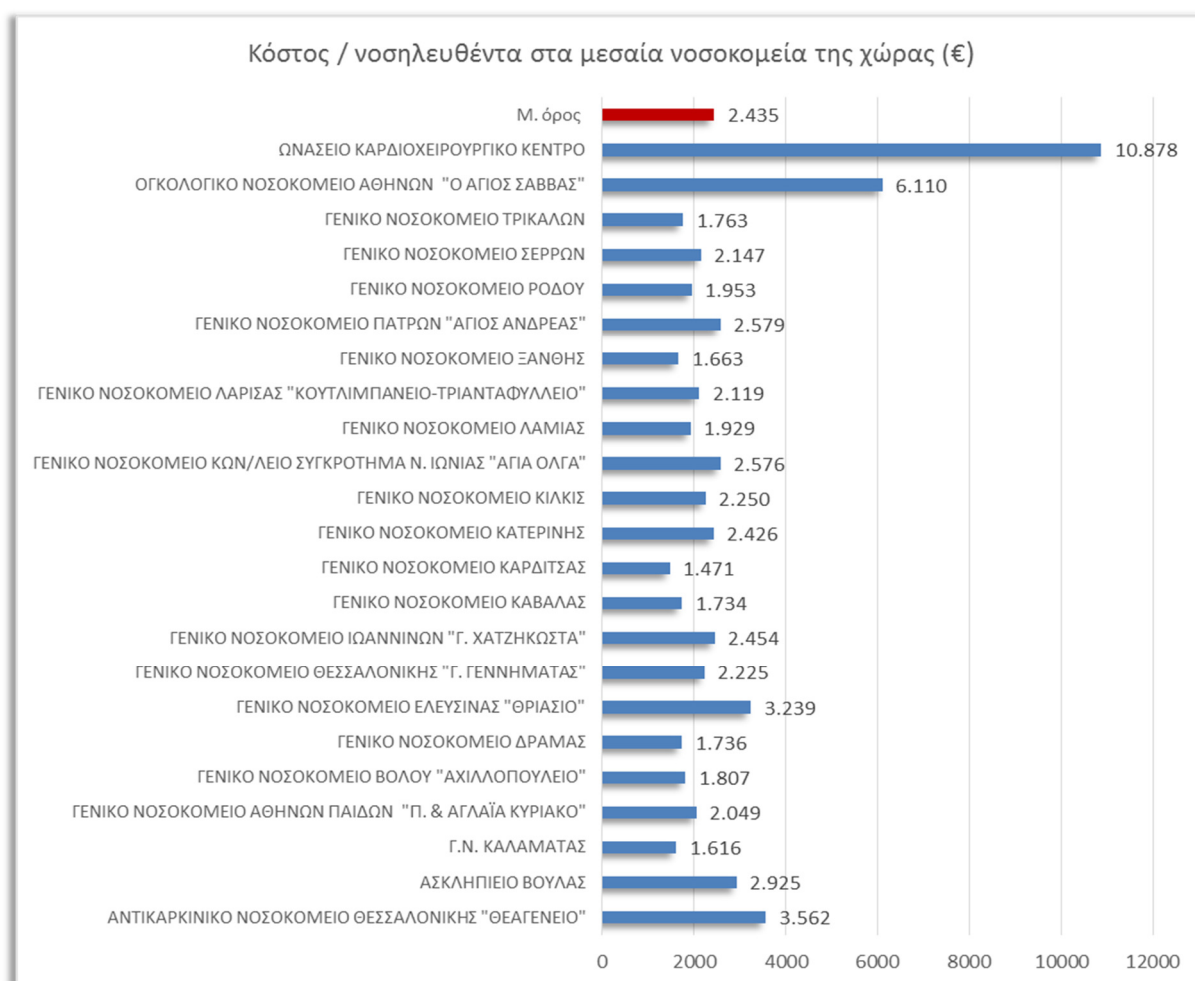




### 7.2.3.5 Κόστος ανά νοσηλευθέντα

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάλυση των δεικτών οικονομικής αποδοτικότητας για τη μεσαία αυτή κατηγορία των νοσοκομείων. Μια πρώτη ουσιαστική παρατήρηση είναι ότι, παρά το case mix των περιστατικών που νοσηλεύονται (κατά βάση μεσαίας και υψηλής βαρύτητας), το μέσο κόστος ανά ασθενή δεν διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με τα μικρά νοσοκομεία, ενώ είναι κατά 20% χαμηλότερο από τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας της πρώτης κατηγορίας. Μάλιστα, το 50% των νοσοκομείων της κατηγορίας αυτής κινείται σε επίπεδα κάτω των 2.200 €, με την καλύτερη εικόνα να εμφανίζουν τα νοσοκομεία Καρδίτσας (1.471 €), Καλαμάτας (1.616 €) και Ξάνθης (1.663 €). Από την άλλη μεριά, εκτός από το «Ωνάσειο», που λόγω του υπέρογκου κόστους υγειονομικού υλικού ο δείκτης φθάνει τα 10.878 €, το υψηλότερο κόστος παρατηρείται στα νοσοκομεία «Αγ. Σάββας» (6.110 €), «Θεαγένειο» (3.562 €) και «Θριάσιο» (3.239 €).

**Διάγραμμα 156: Κόστος ανά νοσηλευθέντα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**



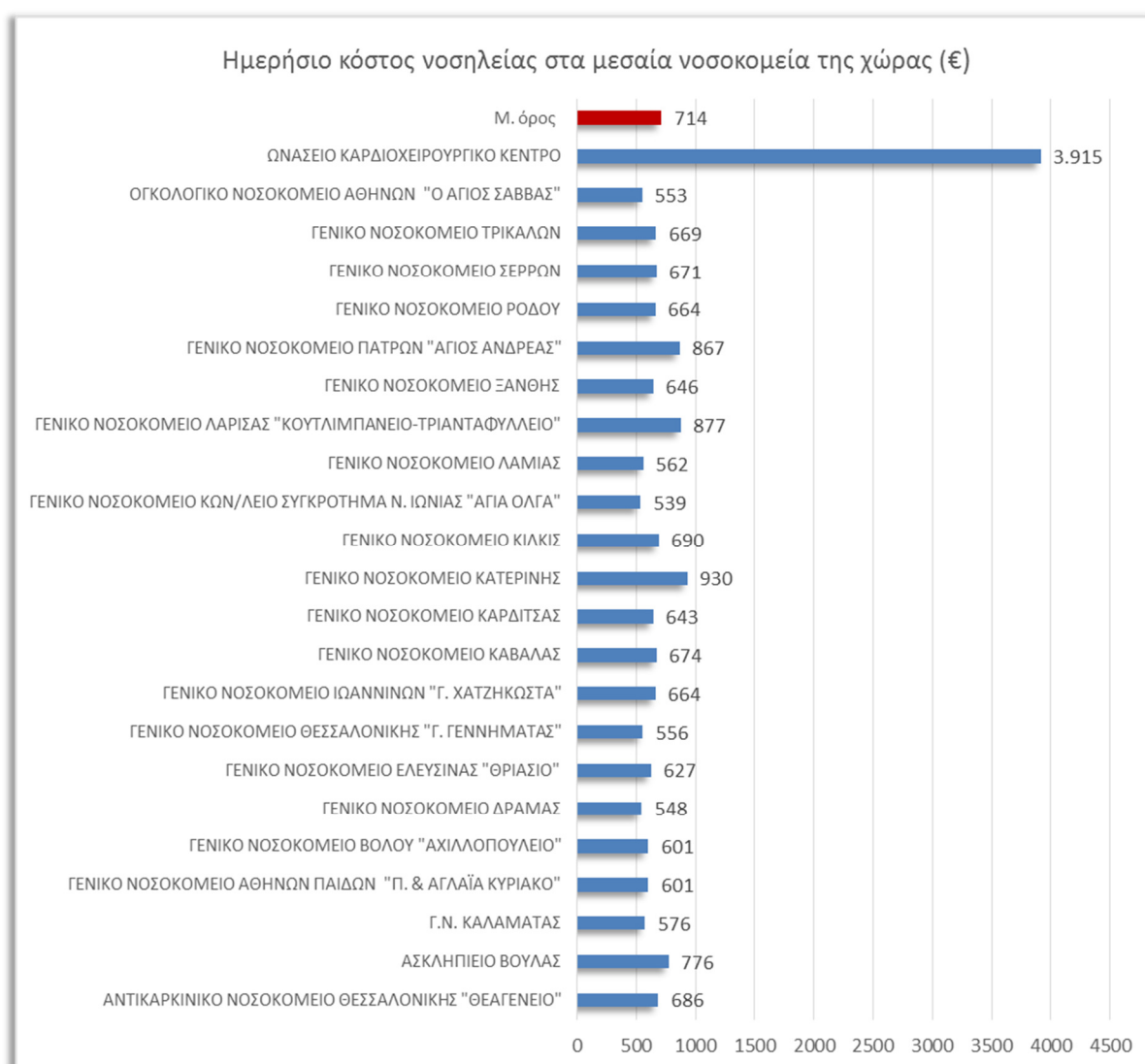




### 7.2.3.6 Ημερήσιο κόστος νοσηλείας

Ηπιότερες διακυμάνσεις μεταξύ των μεσαίων νοσοκομείων της χώρας παρουσιάζει ο δείκτης του ημερήσιου κόστους νοσηλείας. Σταθερά υψηλά το «Ωνάσειο» με 3.915 €, και ακολουθούν τα νοσοκομεία Κατερίνης (930 €), Λάρισας (877 €) και Πατρών «Αγ. Ανδρέας» (867 €). Οι χαμηλότερες τιμές του δείκτη εμφανίζονται στα νοσοκομεία «Αγ. Όλγα» (539 €), «Αγιος Σάββας» (553 €) και «Γ. Γεννηματάς» Θεσσαλονίκης (556 €). Επισημαίνεται ότι το μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας για τα μεσαία νοσοκομεία της χώρας είναι μόλις 4% υψηλότερο από τα μικρά νοσοκομεία και 15% χαμηλότερο από τα Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας.

**Διάγραμμα 157: Ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**

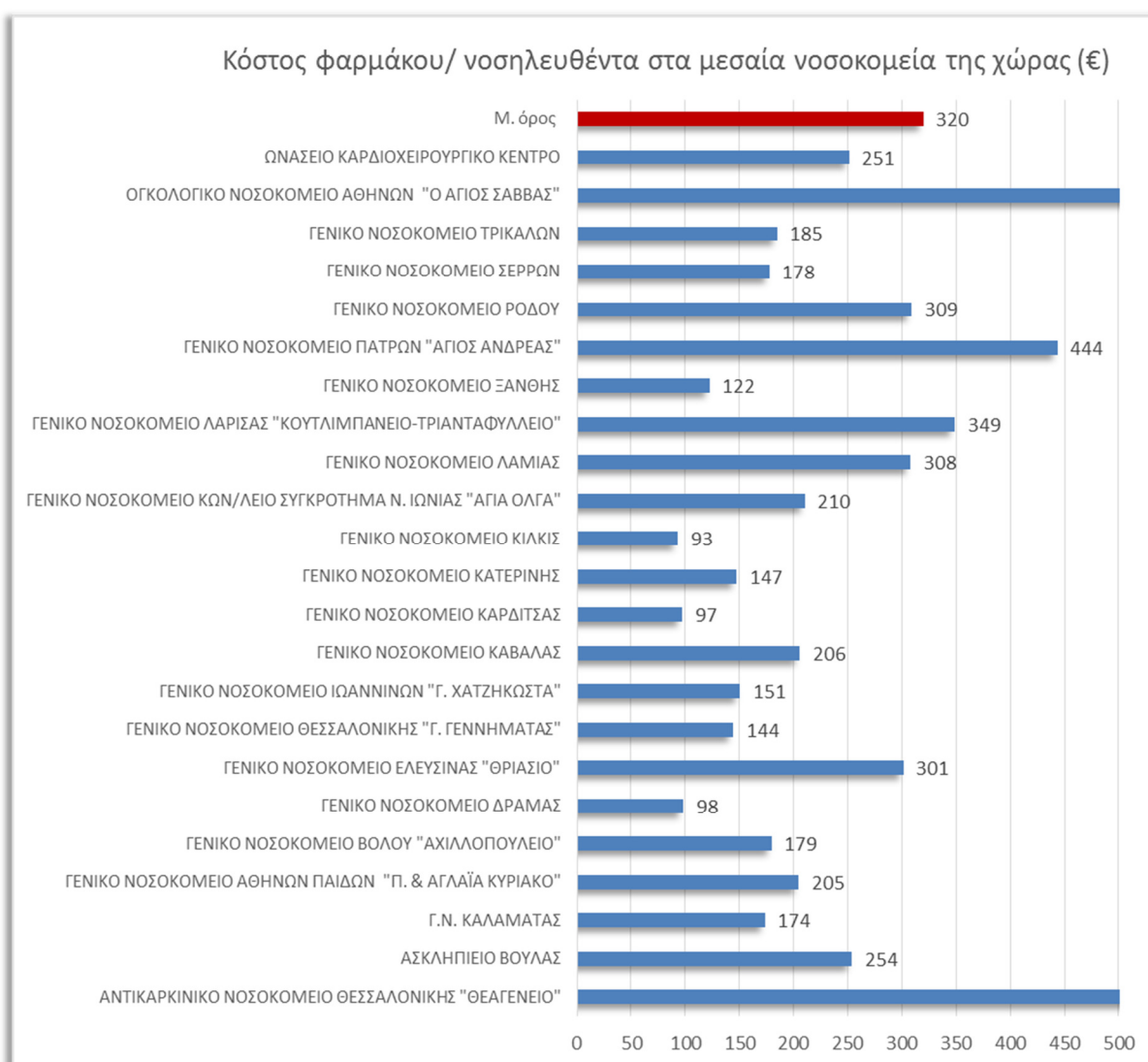




### 7.2.3.7 Κόστος φαρμάκου και υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης ανά νοσηλευθέντα παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις και αντικατοπτρίζει κατά κύριο λόγο τον προσανατολισμό και τις προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες κάθε νοσοκομείου. Στα ογκολογικά νοσοκομεία όπως ο «Άγ. Σάββας» και το «Θεαγένειο», λόγω του υψηλού κόστους ιατρικών πράξεων (χημειοθεραπείας), ο δείκτης προσεγγίζει τα 1.800 €-2.000 €, αυξημένος κατά 500% σε σχέση με το μέσο όρο των μεσαίων σε μέγεθος νοσοκομείων. Από τα υπόλοιπα νοσοκομεία, η υψηλότερη τιμή του δείκτη παρατηρείται στα νοσοκομεία «Άγ. Ανδρέα» Πατρών (444 €), Λάρισας (349 €), Ρόδου (309 €) και Λαμίας (308 €). Από την άλλη μεριά, ιδιαίτερα χαμηλό είναι το κόστος στα «νομαρχιακά» νοσοκομεία της περιφέρειας, όπως του Κιλκίς (93 €), της Καρδίτσας (97 €) και της Δράμας (98 €), όπου ο δείκτης βρίσκεται σημαντικά χαμηλότερα από το μέσο όρο της κατηγορίας.

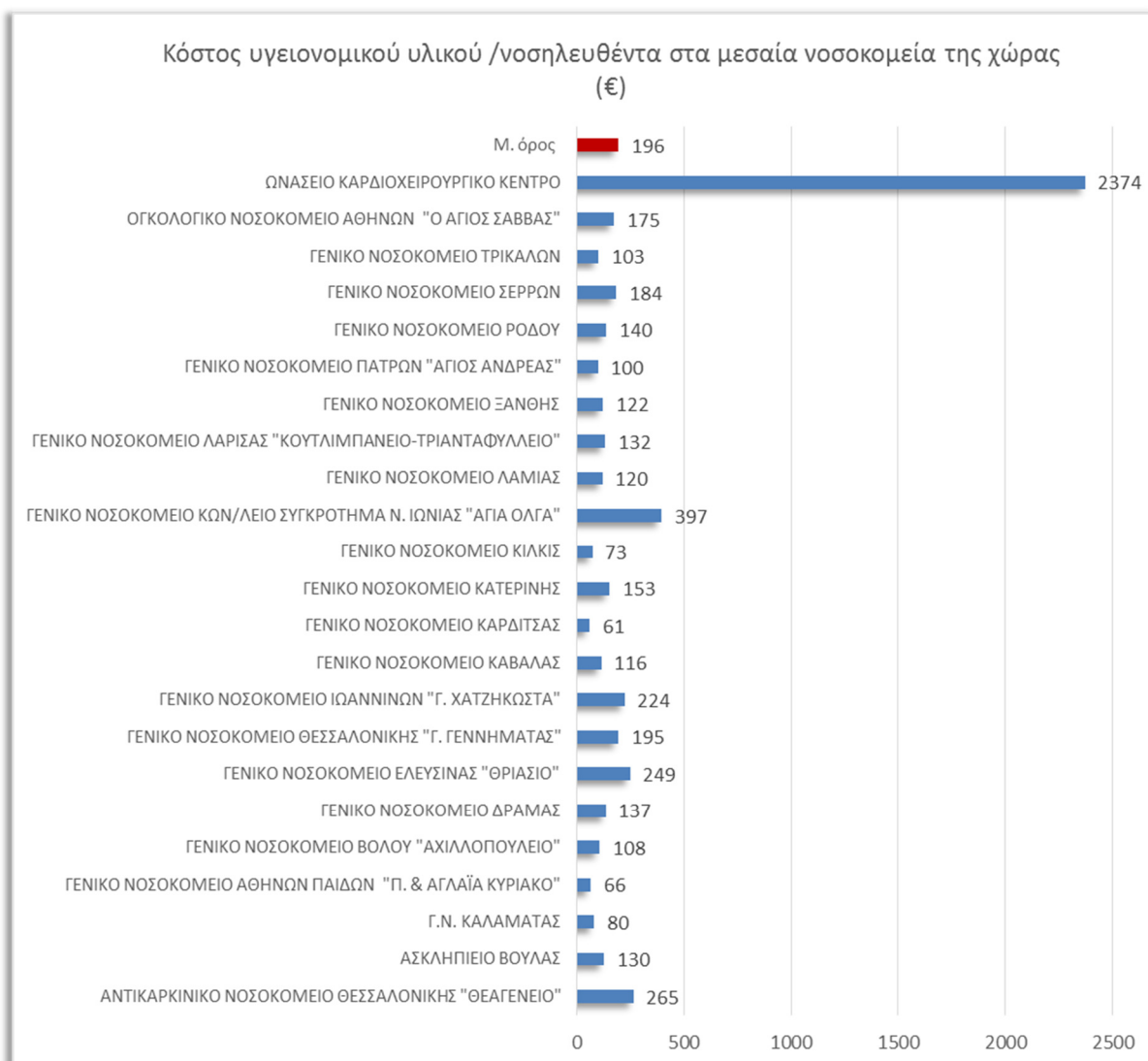
**Διάγραμμα 158: Κόστος φαρμάκου/νοσηλευθέντα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**





Όσον αφορά τη δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά ασθενή, με εξαίρεση κάποιες ακραίες τιμές, οι αποκλίσεις είναι ηπιότερες σε σχέση με το δείκτη της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα νοσοκομεία με την υψηλότερη τιμή είναι αυτά το «Όνασειό» (2.374 €), «Η Αγ. Όλγα» (397 €), το «Θεαγένειο» (265 €) και το «Θριάσιο» (249 €). Οι χαμηλότερες τιμές του δείκτη εντοπίζονται στα νοσοκομεία Καρδίτσας (61 €), Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» (66 €) και Κιλκίς (73 €). Επισημαίνεται εδώ ότι, σε αντίθεση με το δείκτη της φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασθενή, οι υψηλότερες τιμές παρατηρούνται στα νοσοκομεία της Αττικής και της Θεσσαλονίκης, ενώ οι χαμηλότερες κατά βάση στα νοσοκομεία λοιπών περιφερειών.

**Διάγραμμα 159: Κόστος υγειονομικού υλικού/νοσηλευθέντα στα μεσαία νοσοκομεία της χώρας, 2011**



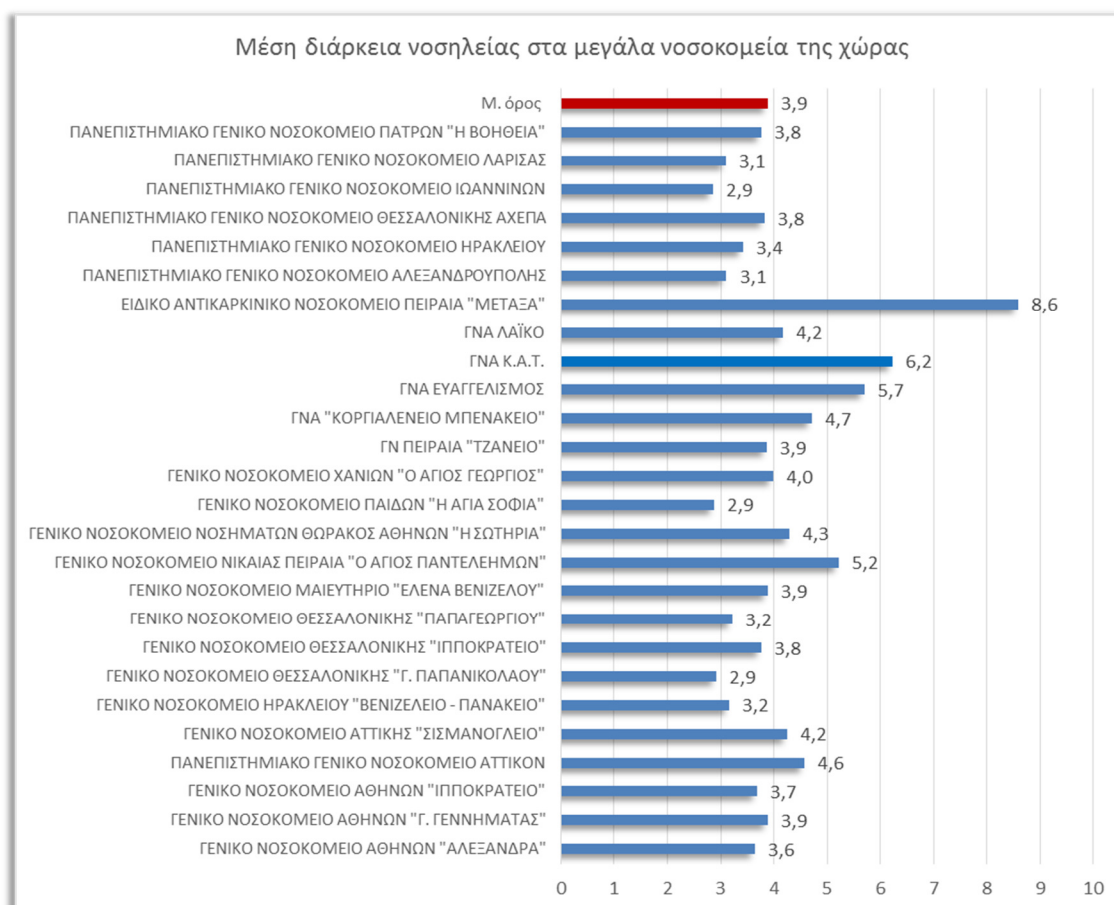


## 7.2.4 Μεγάλα νοσοκομεία (>400 κλίνες)

### 7.2.4.1 Μέση διάρκεια νοσηλείας

Στην κατηγορία των μεγάλων σε μέγεθος νοσοκομείων συμπεριλαμβάνονται τρεις κυρίως ομάδες νοσοκομείων: α) τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας β) τα μεγάλα νοσοκομεία υψηλού κύρους της Αττικής και γ) τα νοσοκομεία σημεία αναφοράς της ηπειρωτικής κυρίως χώρας. Η μέση διάρκεια νοσηλείας κινείται σε αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα προσεγγίζοντας τις 3,9 ημέρες. Αν εξαιρέσουμε τις ακραίες τιμές στο ογκολογικό νοσοκομείο «Μεταξά» (8,6 ημέρες) και ΚΑΤ (6,2 ημέρες), στα υπόλοιπα νοσοκομεία ο δείκτης λαμβάνει τις υψηλότερες τιμές στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» (5,7 ημ.), Νίκαιας Πειραιά (5,2 ημέρες) και «Μπενάκειο» (5,7 ημέρες). Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί πως στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία η μέση διάρκεια νοσηλείας δεν ξεπερνά το μέσο όρο, γεγονός που μάλλον οφείλεται στις ακολουθούμενες ιατρικές πρακτικές αλλά και στο βέλτιστο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

**Διάγραμμα 160: Μέση διάρκεια νοσηλείας στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**





### 7.2.4.2 Ποσοστό κάλυψης

Ξεκινώντας από το γεγονός πως η πλειοψηφία των μεγάλων νοσοκομείων της χώρας χαίρει ως ένα βαθμό της αποδοχής και εμπιστοσύνης του ελληνικού πληθυσμού, εύκολα μπορούμε να ερμηνεύσουμε τη μέση τιμή του δείκτη πληρότητας που προσεγγίζει το 80%. Και εδώ βέβαια, όπως και σε άλλους δείκτες, συναντάμε σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών σε συνάρτηση με τους διατιθέμενους πόρους. Νοσοκομεία της Αττικής όπως το «Αττικόν» με πληρότητα 119%, το «Γεννηματά» (107%), το «Λαϊκό» (105%) και ο «Ευαγγελισμός» (98%) αντιμετωπίζουν διαχρονικά έντονα προβλήματα συμφόρησης, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρ' όλα αυτά, το κύρος και η φήμη του ιατρικού προσωπικού, σε συνδυασμό με την πληρότητα του εξοπλισμού, οδηγούν σε προσέλκυση ασθενών από το σύνολο της χώρας. Υψηλά επίπεδα πληρότητας παρατηρούνται επίσης στα νοσοκομεία ΚΑΤ (94%), Πανεπιστημιακό Λάρισας (93%) και Πανεπιστημιακό Πατρών (91%), ενώ τη χαμηλότερη πληρότητα συναντάμε στα νοσοκομεία «Τζάνειο» (58,5%), «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης (59%) και Ηρακλείου (60%).

**Διάγραμμα 161: Ποσοστό κάλυψης στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**

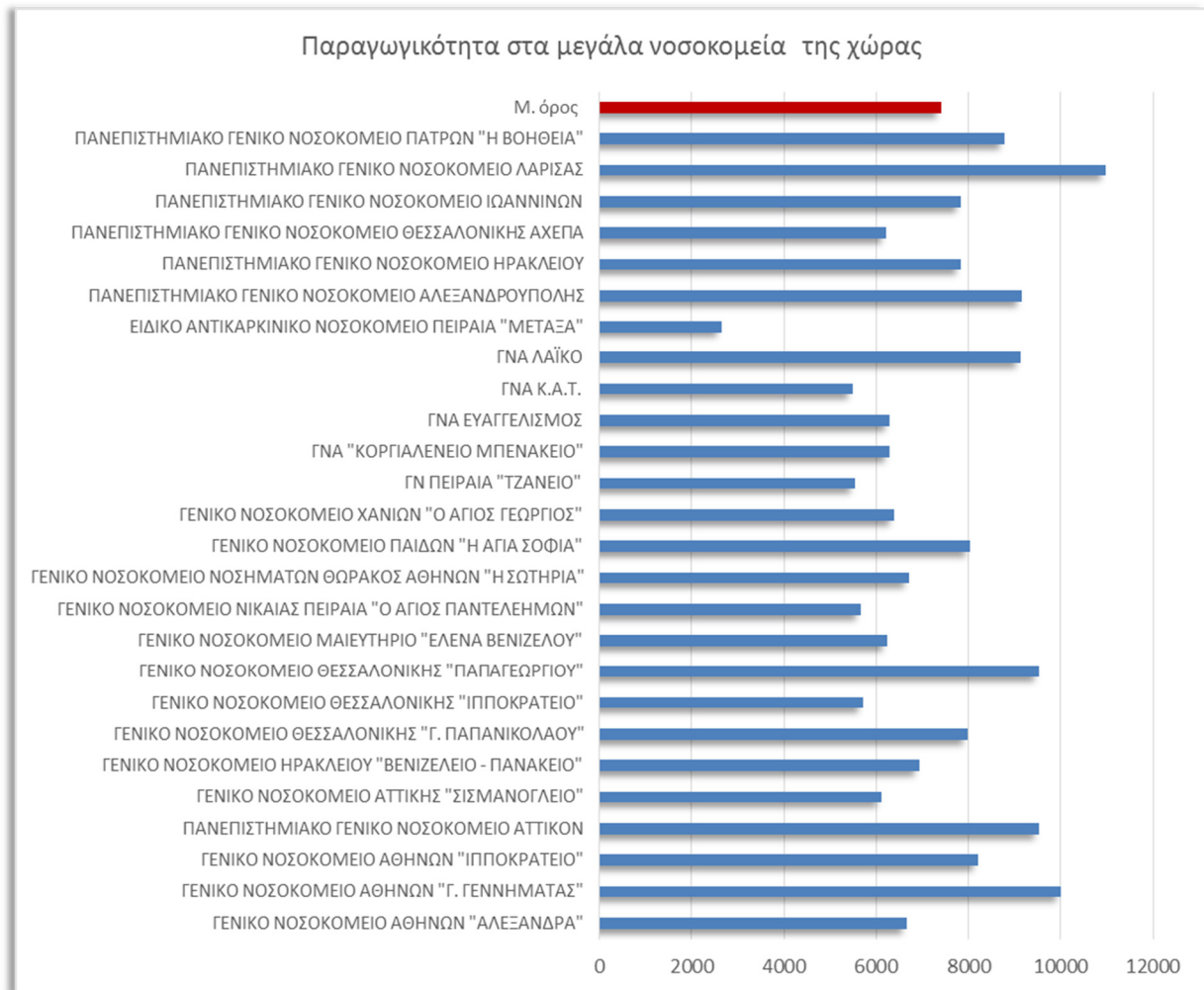




### 7.2.4.3 Παραγωγικότητα

Στα νοσοκομεία της κατηγορίας αυτή την υψηλότερη παραγωγικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία Λάρισας, «Γεννηματά», «Παπαγεωργίου» και «Αττικών». Από την άλλη μεριά, τη χαμηλότερη παραγωγικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Μεταξά», ΚΑΤ, «Τζάνειο» και «Ιπποκράτειο».

**Διάγραμμα 162: Παραγωγικότητα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**



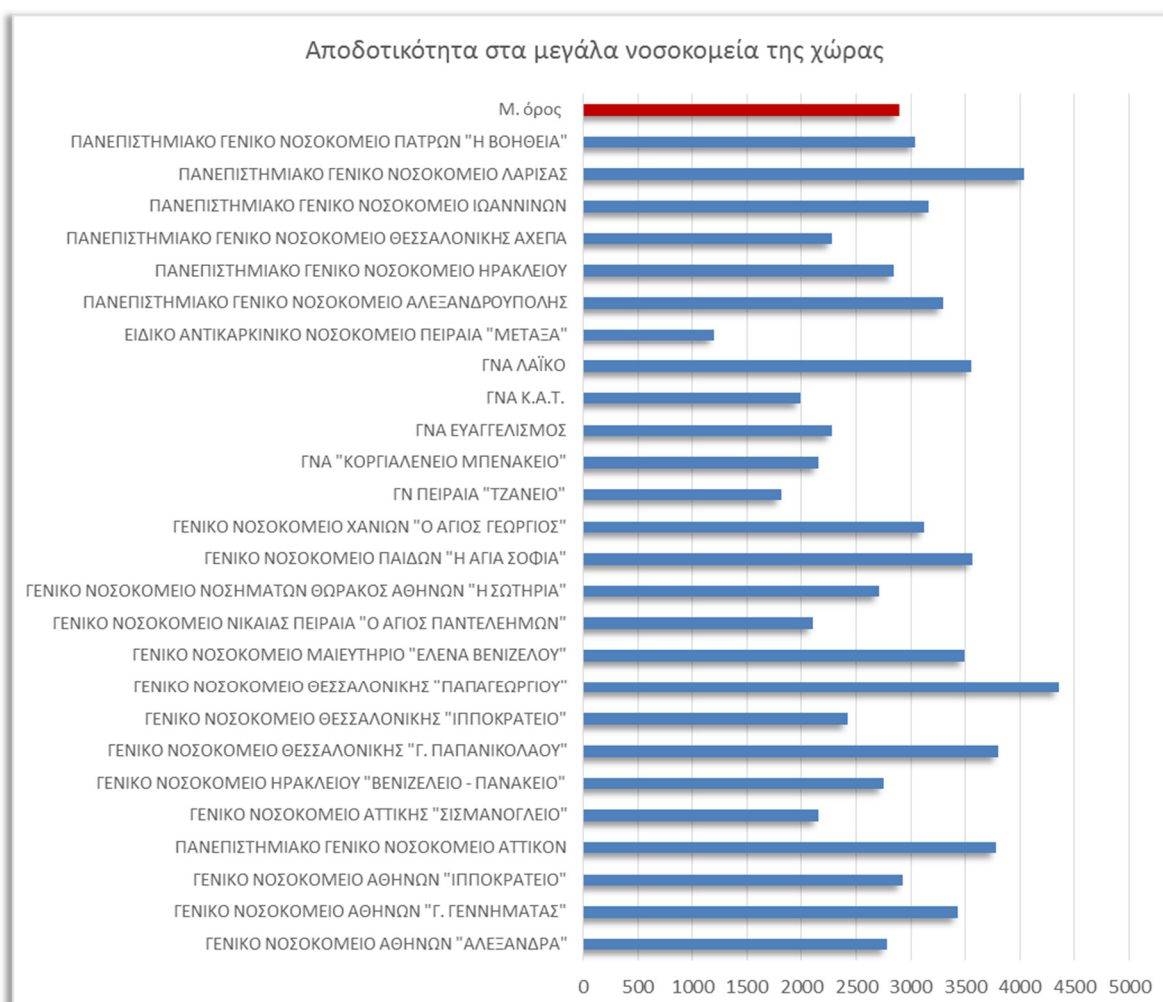


#### 7.2.4.4 Αποδοτικότητα

Λαμβάνοντας στην εκτίμησή μας και το σύνολο του προσωπικού κάθε νοσοκομειακής μονάδας, μπορούμε να εντοπίσουμε τα νοσοκομεία με την υψηλότερη αποδοτικότητα. Σύμφωνα λοιπόν με το σχετικό δείκτη, την υψηλότερη αποδοτικότητα παρουσιάζουν τα νοσοκομεία «Παπαγεωργίου», Λάρισας, «Παπανικολάου» και «Αττικών», ενώ η μικρότερη αποδοτικότητα εντοπίζεται στα νοσοκομεία «Μεταξά», «Τζάνειο» και «Αγ. Παντελεήμων».

Αξίζει εδώ να επισημανθεί πως αν και, σύμφωνα με μελέτη του Πανεπιστημίου του York, τα μεγάλα νοσοκομεία (300-600 κλίνες) παρουσιάζουν αντιοικονομίες κλίμακας<sup>7</sup>, στη χώρα μας κάτι τέτοιο φαίνεται να μην επαληθεύεται, καθώς τα μεγάλα νοσοκομεία παρουσιάζουν την υψηλότερη αποδοτικότητα από όλες τις κατηγορίες που εξετάστηκαν.

**Διάγραμμα 163: Αποδοτικότητα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**



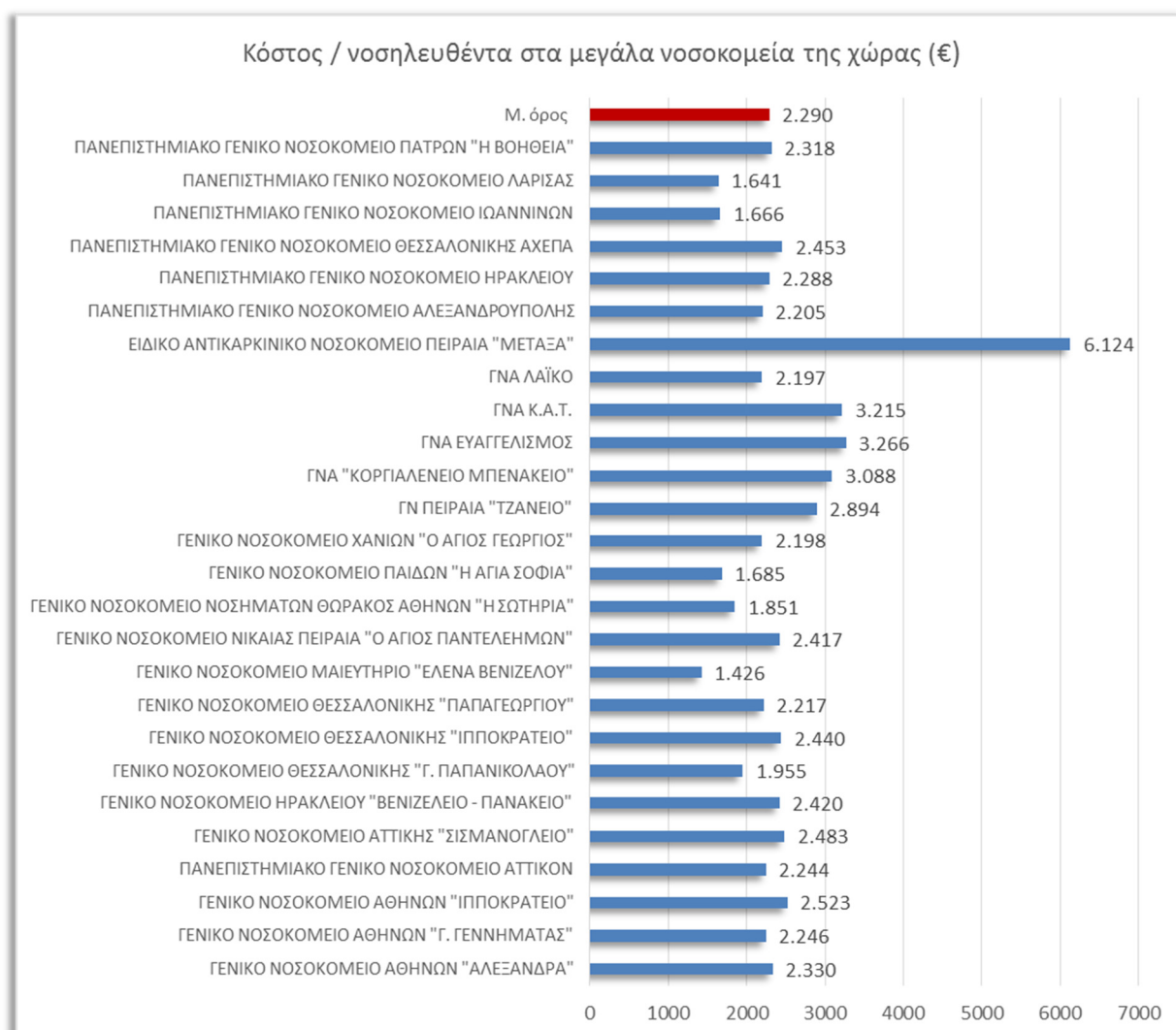
<sup>7</sup> (1).NHS Centre for reviews and dissemination. (1996). Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs. CRD Report 8 (Part II).



### 7.2.4.5 Κόστος ανά νοσηλευθέντα

Πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν από την ανάλυση των δεικτών οικονομικής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων. Η πρώτη σημαντική παρατήρηση έγκειται στο γεγονός ότι τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας παρουσιάζουν το χαμηλότερο κόστος ανά ασθενή. Ένα επίσης ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι τα μεγάλα επαρχιακά νοσοκομεία παρουσιάζουν κατά βάση χαμηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα σε σχέση με τα αντίστοιχα της Αττικής. Τα νοσοκομεία με τον υψηλότερο δείκτη είναι το «Μεταξά» (6.124€), ο «Ευαγγελισμός» (3.266€) και το ΚΑΤ (3.215€). Αντίθετα, τα νοσοκομεία με τις χαμηλότερες τιμές του δείκτη είναι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία Λάρισας (1.641€) και Ιωαννίνων (1.666€).

**Διάγραμμα 164: Κόστος ανά νοσηλευθέντα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**



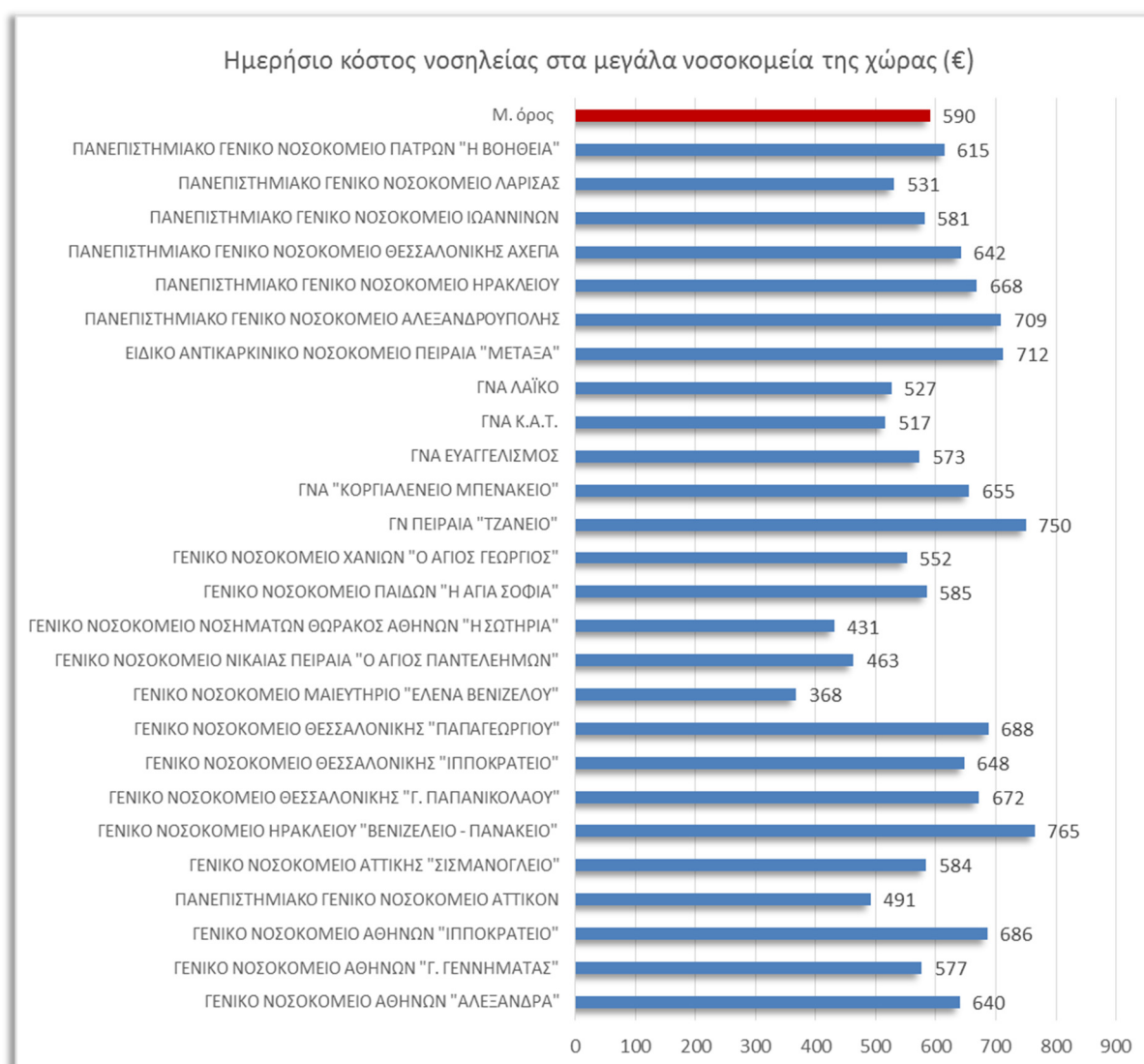




### 7.2.4.6 Ημερήσιο κόστος νοσηλείας

Αντίστοιχες αποκλίσεις μεταξύ των μεγάλων νοσοκομείων της χώρας παρουσιάζει ο δείκτης του ημερήσιου κόστους νοσηλείας. Την υψηλότερη τιμή τη συναντάμε στα νοσοκομεία Ηρακλείου (765€), στο «Τζάνειο» (750 €) και το «Μεταξά» (712€). Οι χαμηλότερες τιμές του δείκτη εμφανίζονται στα νοσοκομεία «Ελενας Βενιζέλου» (368€), «Σωτηρία» (431€) και «Αττικών» (491€). Επισημαίνεται ότι το μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας για τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας είναι σημαντικά χαμηλότερο από τον αντίστοιχο δείκτη του συνόλου των κατηγοριών που εξετάστηκαν.

**Διάγραμμα 165: Ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**

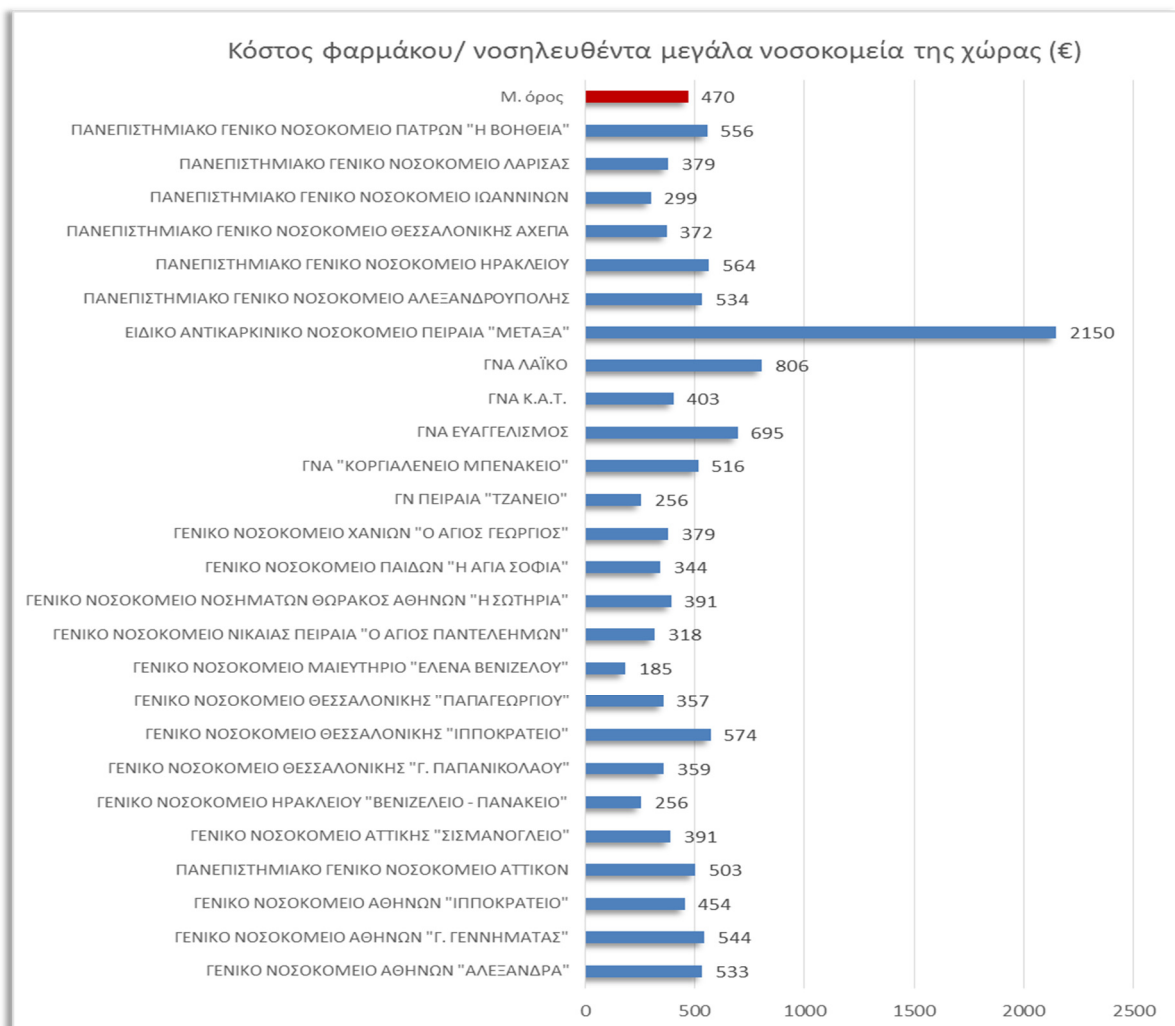




### 7.2.4.7 Κόστος φαρμάκου και υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης ανά νοσηλευθέντα παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις και αντικατοπτρίζει κατά κύριο λόγο τον προσανατολισμό και τις προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες κάθε νοσοκομείου. Στα ογκολογικά νοσοκομεία, όπως το «Μεταξά», ο δείκτης προσεγγίζει τα 2.150€, ενώ από τα υπόλοιπα νοσοκομεία το «Λαϊκό» (806€), ο «Ευαγγελισμός» (695€) και το «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης (574 €) υπερβαίνουν σημαντικά το μέσο όρο της κατηγορίας. Από την άλλη μεριά, ιδιαίτερα χαμηλό είναι το κόστος στα μικρότερα –από πλευράς κύρους– νοσοκομεία, όπως το «Έλενα Βενιζέλου» (185€), το «Τζάνειο» (256€) και το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (256 €), όπου ο δείκτης βρίσκεται σημαντικά χαμηλότερα από το μέσο όρο της κατηγορίας. Όσον αφορά τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της κατηγορίας, παρατηρούμε σημαντικές διακυμάνσεις (από 299€-564€) του δείκτη και, ως εκ τούτου, δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα.

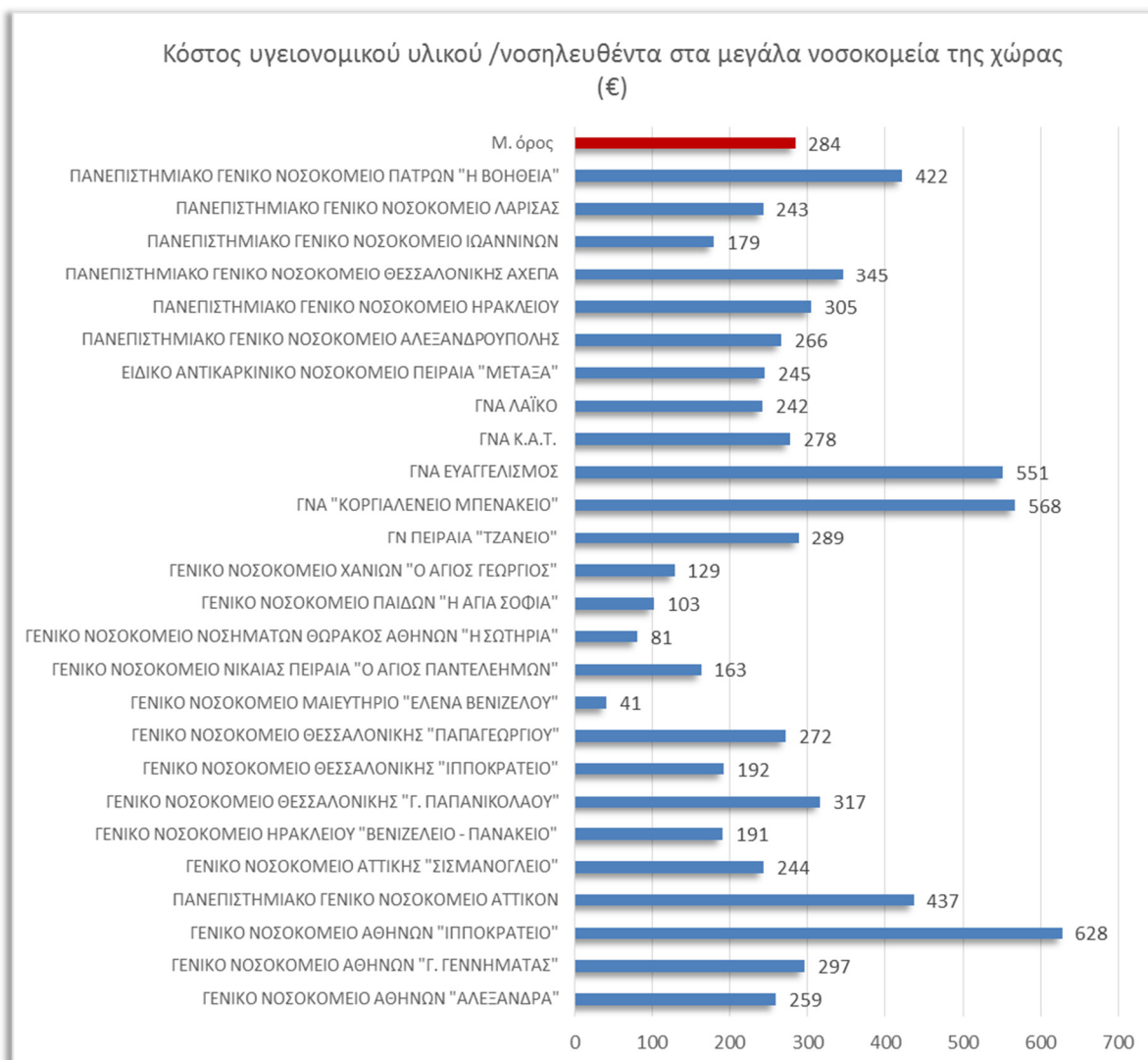
**Διάγραμμα 166: Κόστος φαρμάκου ανά νοσηλευθέντα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**





Τέλος, όσον αφορά τη δαπάνη για υγειονομικό υλικό ανά ασθενή και εδώ συναντάμε σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των μονάδων. Τα νοσοκομεία με την υψηλότερη τιμή είναι το «Ιπποκράτειο» (628€), το «Μπενάκειο» (568 €) και ο «Ευαγγελισμός» (551€). Οι χαμηλότερες τιμές του δείκτη εντοπίζονται στα νοσοκομεία «Ελενας Βενιζέλου» (41€), «Σωτηρία» (83€) και Παίδων «Αγία Σοφία» (103€).

**Διάγραμμα 167: Κόστος υγειονομικού υλικού ανά νοσηλευθέντα στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, 2011**





## Κεφάλαιο 8ο

# Εκτίμηση της βέλτιστης περιφερειακής κατανομής των πόρων με τη μέθοδο της RAWP formula

### 8.1 Υπολογισμός περιφερειακής κατανομής πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης

Στην προηγούμενη ενότητα πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της υφιστάμενης κατανομής των πόρων των νοσοκομείων του ΕΣΥ μέσα από το κριτήριο της (οριζόντιας) ισότητας. Στην παρούσα ενότητα, στο πλαίσιο πιο ολοκληρωμένης προσέγγισης του ζητήματος της βέλτιστης κατανομής των πόρων, αξιοποιείται η μέθοδος RAWP (Resource Allocation Working Party), της οποίας το βασικό πολυκριτηριακό μοντέλο αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά για την «ορθολογική κατανομή των πόρων στις υγειονομικές περιφέρειες του ελληνικού συστήματος υγείας» στη Μονάδα Ανάλυσης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών (Σισσούρας & Μητρόπουλος, 2004).

Το πολυκριτηριακό αυτό μοντέλο για την περιφερειακή κατανομή των πόρων εξειδικεύτηκε στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης στο πλαίσιο ειδικού ερευνητικού προγράμματος (Τμήμα Επιχειρησιακού Σχεδιασμού και Πληροφοριακών Συστημάτων του ΤΕΙ Πατρών, υπό τον καθηγητή κ. Ι. Μητρόπουλο).

Στη παρούσα διατριβή, αξιοποιώντας το μοντέλο του ΤΕΙ Πατρών, γίνεται ο υπολογισμός της βέλτιστης περιφερειακής κατανομής των πόρων για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία (2011) και υπολογίζονται οι αποκλίσεις για κάθε περιφέρεια με βάση τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων του 2011. Σκοπός είναι η επίτευξη της ισοτιμίας, σύμφωνα με τις ανάγκες μεταξύ των γεωγραφικών ενοτήτων, ικανοποιώντας ταυτόχρονα και την αρχή της αποδοτικότητας ως προς την κατανομή των πόρων.



Το μοντέλο για την κατανομή των πόρων στα νοσοκομεία γίνεται ανά Διοικητική Περιφέρεια και περιλαμβάνει τα ακόλουθα κριτήρια:

- ❖ Κριτήριο ζήτησης χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο
- ❖ Κριτήριο κατάστασης υγείας
- ❖ Κριτήριο κάλυψης υπηρεσιών υγείας

### 8.1.1 Κριτήριο ζήτησης χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο

Στο πρώτο κριτήριο γίνεται ο εντοπισμός του μεγέθους της χρησιμοποίησης των νοσοκομείων για παροχή φροντίδας, που πραγματοποιείται μέσω του υπολογισμού των Αναμενόμενων Ημερών Νοσηλείας (ΑΗΝ) ανά Διοικητική Περιφέρεια.

Η μαθηματική έκφραση που υπολογίζει τις Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας (ΑΗΝ) για κάθε Διοικητική Περιφέρεια της Ελλάδας ( $r = st$ ) δίνεται από την εξίσωση:

$$A.H.N._{r=st} = \left[ \frac{\sum_i \sum_j \sum_k \Pi N_{ijk}^{r=st} \frac{M\Delta N_{ijk} \cdot \text{Αρ}Nοσ_{ijk}}{\Pi E_{jk}}}{\sum_r \sum_i \sum_j \sum_k \Pi N_{rjk} \frac{M\Delta N_{ijk} \cdot \text{Αρ}Nοσ_{ijk}}{\Pi E_{jk}}} \right]$$

Όπου:

ΠΕ = Μέσος πληθυσμός Ελλάδας βάσει της απογραφής του 2011 και των πληθυσμιακών προβολών των ετών 2020, 2030, 2040 και 2050.

ΠΝ = Μέσος πληθυσμός Γεωγραφικών Περιφερειών Ελλάδας βάσει της απογραφής του 2011 και των πληθυσμιακών προβολών των ετών 2020, 2030, 2040 και 2050.

ΜΔΝ = Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΑρΝοσ = Αριθμός Νοσηλευθέντων

i = Διαγνωστικές αιτίες (  $i = 1, \dots, 16$  )

j = Ομάδες ηλικιών

k = Φύλο

r = Γεωγραφική Περιφέρεια

Για τον υπολογισμό λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω βασικά μεγέθη:



- ο Πληθυσμός σταθμισμένος κατά ηλικιακή ομάδα, φύλο και μελλοντικές προβολές
- ο Νοσηλευθέντες ασθενείς κατά διαγνωστική αιτία, φύλο, ηλικιακή ομάδα και ημέρες νοσηλείας

Τα δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού της χώρας κατά φύλο και ηλικία παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:



Πίνακας 32: Απογραφή Πληθυσμού 2011. Μόνιμος Πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών, Περιφέρειες (NUTS 2)

Ηλικία	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Σύνολο 2011
	ΑΝ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	
	<b>Άνδρες</b>													
<b>0-4</b>	15.749	49.045	6.740	7.902	18.657	12.950	5.198	16.900	13.605	95.948	4.951	8.679	18.439	274.763
<b>5-9</b>	15.182	47.454	6.917	7.402	17.942	12.758	4.934	16.860	13.399	89.323	4.473	8.456	17.298	262.398
<b>10-14</b>	15.684	48.683	7.511	7.857	18.476	13.218	5.078	17.919	13.809	86.913	4.708	8.480	17.426	265.762
<b>15-19</b>	17.630	50.567	8.032	8.662	19.960	14.298	5.147	20.307	15.049	94.749	5.505	8.384	18.065	286.355
<b>20-24</b>	20.101	54.472	7.808	9.462	19.935	16.451	4.848	23.422	15.944	115.183	7.780	9.719	19.985	325.110
<b>25-29</b>	20.489	58.746	8.672	10.202	22.473	19.304	6.284	23.408	19.322	140.620	7.717	12.245	22.106	371.588
<b>30-34</b>	21.405	68.131	9.189	11.425	25.677	20.954	7.372	24.718	20.743	162.757	7.526	13.195	24.734	417.826
<b>35-39</b>	20.863	69.446	9.964	11.397	26.189	20.479	7.570	24.399	20.651	154.766	6.876	12.749	24.293	409.642
<b>40-44</b>	21.328	71.887	10.950	11.773	27.150	21.491	7.898	25.264	21.689	151.283	6.969	12.190	24.097	413.969
<b>45-49</b>	19.852	64.910	10.459	10.612	24.253	19.006	7.362	22.663	20.088	131.318	6.187	10.245	20.098	367.053
<b>50-54</b>	19.786	61.056	10.463	11.750	24.722	18.543	7.479	23.017	20.186	123.674	6.043	9.537	19.251	355.507
<b>55-59</b>	17.887	55.062	9.354	11.186	22.732	16.748	6.672	20.649	18.383	111.790	5.539	8.867	16.572	321.441
<b>60-64</b>	16.845	49.343	7.484	11.072	21.702	15.480	6.558	19.840	17.296	103.688	6.038	9.440	16.765	301.551
<b>65-69</b>	13.761	42.608	6.621	8.753	18.720	13.911	4.811	14.860	14.113	79.000	4.685	6.986	12.981	241.810
<b>70-74</b>	16.177	46.416	7.395	9.048	19.623	14.391	4.931	15.528	15.490	73.799	4.787	6.063	12.586	246.234
<b>75-79</b>	13.813	38.155	6.942	7.746	16.483	12.829	4.522	13.543	14.346	61.665	4.455	4.790	10.677	209.966
<b>80-84</b>	9.154	25.295	4.833	5.772	11.027	8.877	3.461	9.663	10.659	42.732	3.517	3.548	7.905	146.443
<b>85+</b>	3.937	11.301	2.445	3.754	6.473	5.787	2.275	6.350	7.005	26.071	2.228	2.272	5.387	85.285
<b>Σύνολο Ανδρών</b>	299.643	912.577	141.779	165.775	362.194	277.475	102.400	339.310	291.777	1.845.279	99.984	155.845	308.665	5.302.703



Ηλικία	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Σύνολο 2011
	ΑΝ.ΜΑΚΕΔΟΝΙ ΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	
	<b>Άνδρες</b>													
	<b>Γυναίκες</b>													
<b>0-4</b>	14.848	47.133	6.375	7.311	17.916	12.241	4.766	15.951	12.995	91.928	4.772	8.453	17.733	262.422
<b>5-9</b>	14.537	45.089	6.597	6.938	17.216	12.142	4.759	16.074	12.602	85.246	4.456	8.025	16.454	250.135
<b>10-14</b>	14.948	46.680	7.230	7.475	17.847	12.499	4.899	16.876	13.211	82.833	4.602	8.078	16.431	253.609
<b>15-19</b>	15.676	49.127	7.300	9.027	18.447	12.361	4.902	19.359	12.852	89.154	4.459	7.669	16.537	266.870
<b>20-24</b>	16.751	55.371	7.123	10.313	18.546	12.646	5.101	21.888	13.057	108.845	5.095	8.367	18.850	301.953
<b>25-29</b>	18.793	59.058	8.238	9.858	21.401	15.670	6.510	21.341	16.486	135.501	6.327	11.275	21.664	352.122
<b>30-34</b>	20.731	68.964	8.998	10.754	24.985	18.272	7.392	22.552	19.219	158.629	6.851	12.678	24.535	404.560
<b>35-39</b>	20.546	69.809	9.586	11.059	25.056	18.585	7.498	23.103	19.538	155.204	6.724	12.508	23.885	403.101
<b>40-44</b>	21.343	73.809	10.494	11.441	26.614	19.721	7.971	24.153	20.983	158.971	6.886	12.096	24.097	418.579
<b>45-49</b>	20.589	66.776	10.036	10.180	24.127	18.193	7.288	22.521	19.515	145.084	6.295	10.178	20.523	381.305
<b>50-54</b>	19.995	65.337	9.890	11.042	24.696	17.907	7.310	22.144	19.365	142.948	6.102	9.778	19.374	375.888
<b>55-59</b>	18.409	58.531	8.496	10.685	22.432	16.493	6.543	20.057	18.053	127.724	5.533	8.810	17.111	338.877
<b>60-64</b>	18.091	55.067	7.457	11.089	22.269	16.319	6.314	19.641	17.075	118.245	6.448	9.300	16.826	324.141
<b>65-69</b>	15.780	48.673	6.904	9.101	20.217	14.702	4.881	15.246	14.129	91.329	5.178	6.762	13.517	266.419
<b>70-74</b>	20.161	56.325	8.574	10.612	23.416	16.951	5.646	18.192	16.574	93.187	5.452	6.244	14.545	295.879
<b>75-79</b>	17.678	48.185	8.499	9.973	19.991	15.189	5.503	17.140	16.428	82.516	5.520	5.380	13.082	265.084
<b>80-84</b>	12.844	35.667	6.326	7.805	14.798	11.395	4.609	13.649	13.450	65.708	4.731	4.222	10.694	205.898
<b>85+</b>	6.819	19.691	3.787	6.418	10.594	8.629	3.563	10.599	10.594	49.293	3.816	3.307	8.542	145.652
<b>Σύνολο Γυναικών</b>	308.539	969.292	141.910	171.081	370.568	269.915	105.455	340.486	286.126	1.982.345	99.247	153.130	314.400	5.512.494

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή Πληθυσμού 2011.





Με βάση εκτιμήσεις της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΛΣΤΑΤ,) γίνεται προβολή του πληθυσμού ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα για τα έτη 2020, 2030, 2040 και 2050. Η προβολή του πληθυσμού έχει την έννοια της παρακολούθησης της εξέλιξης του προφίλ του πληθυσμού σε βάθος χρόνου, έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.

**Πίνακας 33: Προβολές Πληθυσμού της Ελλάδας κατά φύλο και ηλικία, ΕΛΣΤΑΤ, 2007**

Ηλικία	2020	2030	2040	2050
	<b>Άνδρες</b>			
0-4	266.787	245.928	253.221	250.549
5-9	288.391	256.029	251.214	259.745
10-14	298.573	276.950	255.016	261.148
15-19	285.041	300.602	266.973	260.772
20-24	289.951	315.296	291.945	268.151
25-29	323.857	311.525	324.099	287.625
30-34	362.045	323.720	345.282	318.237
35-39	445.140	354.613	339.170	348.116
40-44	474.745	384.179	343.957	362.724
45-49	468.218	457.158	366.760	349.888
50-54	448.625	476.008	387.413	347.401
55-59	392.634	457.797	448.280	361.514
60-64	360.070	426.167	454.559	372.229
65-69	313.754	359.943	423.570	417.888
70-74	267.299	312.546	375.834	405.778
75-79	189.260	247.712	291.869	350.888
80-84	157.175	178.049	218.624	272.845
85+	154.155	175.807	236.340	314.750
<b>Σύνολο</b>	<b>5.785.720</b>	<b>5.860.029</b>	<b>5.874.126</b>	<b>5.810.248</b>
<b>Γυναίκες</b>				
0-4	250.183	230.621	237.467	234.970
5-9	270.355	240.001	235.501	243.519
10-14	279.689	259.448	238.906	244.691
15-19	266.121	280.890	249.438	243.737
20-24	271.947	292.698	271.070	249.061
25-29	297.959	285.271	297.932	264.341
30-34	326.786	296.850	314.886	290.470
35-39	403.820	323.067	307.756	317.539
40-44	438.678	347.954	315.914	331.471
45-49	447.471	419.288	337.443	320.379
50-54	445.827	447.351	356.672	323.759
55-59	406.175	448.403	420.601	339.618
60-64	385.283	439.112	441.386	353.080
65-69	344.506	392.715	435.030	409.315
70-74	316.948	360.968	414.328	418.779
75-79	247.920	300.285	347.537	389.830
80-84	222.614	233.771	276.287	325.936
85+	210.174	240.276	302.178	388.871
<b>Σύνολο</b>	<b>5.832.456</b>	<b>5.838.969</b>	<b>5.800.332</b>	<b>5.689.366</b>
<b>Σύνολο Α+ Γ</b>	<b>11.618.176</b>	<b>11.698.998</b>	<b>11.674.458</b>	<b>11.499.614</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2007



Με βάση τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, αποτυπώνουμε τον αριθμό των νοσηλευθέντων κατά διαγνωστική αιτία και φύλο (Πίνακας 34). Επισημαίνεται ότι η μη απόλυτη ταύτιση των ετών λήψης των στοιχείων (2009 και 2011) για τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα δεν αλλοιώνει την ορθότητα των αποτελεσμάτων δεδομένου ότι η απόκλιση της διαχρονικής εξέλιξης των στοιχείων όσον αφορά τους εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορία νόσου είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Τα δεδομένα λαμβάνουν υπόψη νοσηλευθέντες σε δημόσια νοσοκομεία και όχι ιδιωτικές κλινικές.

**Πίνακας 34: Νοσηλευθέντες κατά φύλο και κατηγορία νόσων, Έτος 2009**

Κατηγορίες νόσων **	Νοσηλευθέντες *		
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
1. Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	29.289	24.869	54.158
2. Νεοπλάσματα	141.841	127.009	268.850
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές	19.870	31.281	51.151
4. Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	17.245	18.111	35.356
5. Ψυχικές διαταραχές	22.857	16.836	39.693
6. Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	105.845	124.514	230.359
7. Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	185.637	122.222	307.859
8. Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	107.329	73.093	180.422
9. Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	127.068	102.064	229.132
10. Νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος	85.256	91.357	176.613
11. Επιπλοκές της κύησης, του τοκετού και της λοχειάς	0	167.059	167.059
12. Νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού	22.283	22.399	44.682
13. Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	43.265	58.269	101.534
14. Συγγενείς ανωμαλίες	8.490	4.369	12.859
15. Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	16.946	14.233	31.179
16. Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	102.853	88.909	191.762
17. Κακώσεις και δηλητηριάσεις	94.935	74.485	169.420
<b>Γενικό σύνολο</b>	<b>1.131.009</b>	<b>1.161.079</b>	<b>2.292.088</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2009

\*Περιλαμβάνονται και 58.410 θανόντες.

\*\* Δεν περιλαμβάνεται η Ψυχική Υγεία



Στη συνέχεια υπολογίζεται ο αναμενόμενος πληθυσμός ανά ηλικία και φύλο και οι ημέρες νοσηλείας ανά φύλο και διαγνωστική αιτία στο σύνολο της χώρας (πίνακες 35 & 36 αντίστοιχα).

**Πίνακας 35: Αναμενόμενος πληθυσμός ανά ηλικία και φύλο**

Ηλικία	Σύνολο 2011	Σύνολο 2020-2050	% Πληθυσμού ανά Ηλικία & Φύλο	Μέσος Αναμενόμενος Πληθυσμός ανά Ηλικία & Φύλο
	<b>Ανδρες</b>			
0-4	274.763	1.016.485	5,18%	258.250
5-9	262.398	1.055.379	4,95%	263.555
10-14	265.762	1.091.687	5,01%	271.490
15-19	286.355	1.113.388	5,40%	279.949
20-24	325.110	1.165.343	6,13%	298.091
25-29	371.588	1.247.106	7,01%	323.739
30-34	417.826	1.349.284	7,88%	353.422
35-39	409.642	1.487.039	7,73%	379.336
40-44	413.969	1.565.605	7,81%	395.915
45-49	367.053	1.642.024	6,92%	401.815
50-54	355.507	1.659.447	6,70%	402.991
55-59	321.441	1.660.225	6,06%	396.333
60-64	301.551	1.613.025	5,69%	382.915
65-69	241.810	1.515.155	4,56%	351.393
70-74	246.234	1.361.457	4,64%	321.538
75-79	209.966	1.079.729	3,96%	257.939
80-84	146.443	826.693	2,76%	194.627
85+	85.285	881.052	1,61%	193.267
<b>Σύνολο Ανδρών</b>	<b>5.302.703</b>	<b>23.330.123</b>	<b>100,00%</b>	<b>5.726.565</b>
<b>Γυναίκες</b>				
0-4	262.422	953.241	4,76%	243.133
5-9	250.135	989.376	4,54%	247.902
10-14	253.609	1.022.734	4,60%	255.269
15-19	266.870	1.040.186	4,84%	261.411
20-24	301.953	1.084.776	5,48%	277.346
25-29	352.122	1.145.503	6,39%	299.525
30-34	404.560	1.228.992	7,34%	326.710
35-39	403.101	1.352.182	7,31%	351.057
40-44	418.579	1.434.017	7,59%	370.519
45-49	381.305	1.524.581	6,92%	381.177
50-54	375.888	1.573.609	6,82%	389.899
55-59	338.877	1.614.797	6,15%	390.735
60-64	324.141	1.618.861	5,88%	388.600
65-69	266.419	1.581.566	4,83%	369.597
70-74	295.879	1.511.023	5,37%	361.380
75-79	265.084	1.285.572	4,81%	310.131
80-84	205.898	1.058.608	3,74%	252.901
85+	145.652	1.141.499	2,64%	257.430
<b>Σύνολο Γυναικών</b>	<b>5.512.494</b>	<b>23.161.123</b>	<b>100,00%</b>	<b>5.734.723</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί



Πίνακας 36: Ημέρες νοσηλείας ανά κατηγορία νόσου &amp; φύλο

Κατηγορίες νόσων	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο Νοσηλευθέντων		
	Νοσηλευθέντες	Μ.Ο. ημερών νοσηλείας	Ημέρες Νοσηλείας	Νοσηλευθέντες	Μ.Ο. ημερών νοσηλείας	Ημέρες Νοσηλείας	Νοσηλευθέντες	Μ.Ο. ημερών νοσηλείας	Ημέρες Νοσηλείας
1. Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	29.289	5	146.445	24.869	5	124.345	54.158	5	270.790
2. Νεοπλάσματα	141.841	7	992.887	127.009	7	889.063	268.850	7	1.881.950
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψης και ανοσολογικές διαταραχές	19.870	6	119.220	31.281	5	156.405	51.151	5	255.755
4. Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	17.245	6	103.470	18.111	6	108.666	35.356	6	212.136
6. Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	105.845	3	317.535	124.514	2	249.028	230.359	3	691.077
7. Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	185.637	6	1.113.822	122.222	7	855.554	307.859	6	1.847.154
8. Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	107.329	5	536.645	73.093	6	438.558	180.422	5	902.110
9. Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	127.068	5	635.340	102.064	5	510.320	229.132	5	1.145.660
10. Νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος	85.256	6	511.536	91.357	5	456.785	176.613	5	883.065
11. Επιπλοκές της κύησης, του τοκετού και της λοχείας	0	—	0	167.059	4	668.236	167.059	4	668.236
12. Νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού	22.283	4	89.132	22.399	4	89.596	44.682	4	178.728
13. Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	43.265	5	216.325	58.269	7	407.883	101.534	6	609.204
14. Συγγενείς ανωμαλίες	8.490	6	50.940	4.369	8	34.952	12.859	7	90.013
15. Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	16.946	8	135.568	14.233	9	128.097	31.179	9	280.611
16. Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	102.853	4	411.412	88.909	4	355.636	191.762	4	767.048
17. Κακώσεις και δηλητηριάσεις	94.935	6	569.610	74.485	7	521.395	169.420	6	1.016.520
<b>Γενικό σύνολο</b>	<b>1.108.152</b>	<b>7</b>	<b>7.757.064</b>	<b>1.144.243</b>	<b>6</b>	<b>6.865.458</b>	<b>2.252.395</b>	<b>7</b>	<b>15.766.765</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί



Με βάση τους παραπάνω δύο πίνακες, και υπολογίζοντας τις αναμενόμενες ημέρες νοσηλείας ανά κάτοικο, καταλήγουμε στις αναλογικές αναμενόμενες ημέρες νοσηλείας ανά Διοικητική Περιφέρεια (Πίνακας 37).

**Πίνακας 37: Αναλογικές αναμενόμενες ημέρες νοσηλείας σε κάθε Γεωγραφική Περιφέρεια**

Γεωγραφική Περιφέρεια	Ποσοστόση Πληθυσμού ανά Περιφέρεια με βάση την Απογραφή 2011 ανά φύλο		Μέσος Αναμενόμενος Πληθυσμός ανά Περιφέρεια			Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας ανά Περιφέρεια		
	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	5,65%	5,60%	323.594	320.977	644.572	438.333	384.266	822.599
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17,21%	17,58%	985.522	1.008.368	1.993.890	1.334.964	1.207.191	2.542.155
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	2,67%	2,57%	153.112	147.631	300.743	207.402	176.740	384.141
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	3,13%	3,10%	179.026	177.978	357.004	242.504	213.070	455.575
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	6,83%	6,72%	391.145	385.507	776.652	529.836	461.519	991.355
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	5,23%	4,90%	299.654	280.796	580.451	405.905	336.162	742.066
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	1,93%	1,91%	110.585	109.706	220.291	149.796	131.337	281.133
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	6,40%	6,18%	366.432	354.212	720.644	496.360	424.053	920.413
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	5,50%	5,19%	315.100	297.661	612.760	426.826	356.352	783.178
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	34,80%	35,96%	1.992.778	2.062.261	4.055.039	2.699.368	2.468.884	5.168.252
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	1,89%	1,80%	107.976	103.248	211.224	146.262	123.606	269.867
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	2,94%	2,78%	168.302	159.303	327.605	227.978	190.714	418.692
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	5,82%	5,70%	333.338	327.075	660.412	451.531	391.565	843.096
<b>Σύνολο</b>			<b>5.726.565</b>	<b>5.734.723</b>	<b>11.461.289</b>	<b>7.757.064</b>	<b>6.865.458</b>	<b>14.622.522</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί

Τέλος, στον πίνακα 38 που ακολουθεί, αποτυπώνεται η αναλογία των αναμενόμενων ημερών νοσηλείας ανά διοικητική περιφέρεια εκφρασμένη σε ποσοστά, που ουσιαστικά αποτελεί τη ζητούμενη προσέγγιση της κατανομής των πόρων με βάση το κριτήριο της ζήτησης χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο.



**Πίνακας 38: Σύγκριση της πληθυσμιακής κατανομής ανά Γεωγραφική Περιφέρεια και της κατανομής των Αναλογικών Αναμενόμενων Ημερών Νοσηλείας με βάση το κριτήριο της ζήτησης για τα νοσοκομεία (Τελική Κατανομή Κριτηρίου Α)**

Περιφέρεια	Πληθυσμός 2011	Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας ανά Περιφέρεια	Πληθυσμός % ανά Περιφέρεια	Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας %
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	608.182	822.599	5,62%	5,63%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1.881.869	2.542.155	17,40%	17,39%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	283.689	384.141	2,62%	2,63%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	336.856	455.575	3,11%	3,12%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	732.762	991.355	6,78%	6,78%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	547.390	742.066	5,06%	5,07%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	207.855	281.133	1,92%	1,92%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	679.796	920.413	6,29%	6,29%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	577.903	783.178	5,34%	5,36%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	3.827.624	5.168.252	35,39%	35,34%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	199.231	269.867	1,84%	1,85%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	308.975	418.692	2,86%	2,86%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	623.065	843.096	5,76%	5,77%
<b>Σύνολο</b>	<b>10.815.197</b>	<b>14.622.522</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

### 8.1.2 Κριτήριο κατάστασης υγείας

Με βάση το δεύτερο κριτήριο του μοντέλου, η κατάσταση υγείας του πληθυσμού προσεγγίζεται μέσα από τη χρησιμοποίηση των προτυποποιημένων ηλικικών θνησιμότητας (SMR) για κάθε διαγνωστική αιτία. Προς την κατεύθυνση αυτή αξιοποιείται ο δείκτης θνησιμότητας, ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως σε αντίστοιχους υπολογισμούς διεθνώς.

Για τον υπολογισμό του κριτηρίου αυτού σταθμίζεται ο αριθμός των θανάτων σε σχέση με τις ημέρες νοσηλείας των θανόντων και τον πληθυσμό ανά διοικητική περιφέρεια. Ο αριθμός των αναμενόμενων ημερών νοσηλείας με τον οποίο οι θανόντες επιβάρυναν τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε κάθε Διοικητική Περιφέρεια ακολουθεί την εξίσωση:



$$A.H.N._{ir} = A\rho\Theta_i \cdot M\Delta N_i \cdot SMR_{ir} \cdot \Pi\Pi N_r$$

Όπου:

$A\rho\Theta$  = Αριθμός Θανάτων

$\Pi\Pi N$  = Ποσοστό Πληθυσμού Γεωγραφικής Περιφέρειας (σε σχέση με το συνολικό Πληθυσμό της Ελλάδας)

$M\Delta N$  = Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

$i$  = Διαγνωστικές αιτίες ( $i = 1, \dots, 16$ )

$r$  = Γεωγραφικές Περιφέρειες ( $r = 1, \dots, 13$ )

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται ο αριθμός των θανάτων ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Διοικητική Περιφέρεια για το 2011, με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ.



Πίνακας 39: Θάνατοι ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Διοικητική Περιφέρεια για το 2011, ΕΛΣΤΑΤ

ΑΙΤΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Α ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Α ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (1-7)	38	100	12	58	86	30	34	91	29	297	49	34	85
Νεοπλάσματα (8-17)	1.662	4.980	739	828	2.089	1.376	492	1.665	1.532	9.488	488	594	1.355
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (18-19)	121	294	32	50	100	105	30	93	82	447	27	46	81
Νοσήματα αίματος & αιμοποιητικών οργάνων (20)	18	62	7	12	30	19	6	17	26	136	6	11	21
Νοσ. νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων (22-24)	105	276	36	50	103	73	30	77	109	500	22	47	83
Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος (25-30)	3.112	7.799	1.477	1.633	3.815	2.834	1.038	3.351	3.017	15.322	823	1.092	2.185
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος (31-32)	482	1.493	189	350	721	588	244	701	715	3.695	221	264	641
Νοσήματα πεπτικού συστήματος (33-34)	170	432	69	99	237	156	39	193	184	899	40	53	175
Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος (35-37)	95	343	45	62	147	95	45	139	112	504	46	34	114
Επιπλοκές κύησης, τοκετού και λοχείας (38-41)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
Νοσήματα δέρματος & υποδόριου ιστού (42)	0	4	0	1	4	2	0	1	1	5	1	0	2
Νοσ. μυοσκελετικού συστήματος & συνδετικού ιστού (43)	16	63	13	15	48	76	9	39	31	215	17	10	23
Συγγενείς ανωμαλίες (44)	19	43	3	11	22	8	10	4	15	81	4	5	12
Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής περιόδου (45)	12	32	6	4	8	5	1	10	3	50	2	6	3
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις (46)	734	2.010	410	467	666	743	227	770	963	3.589	462	415	707
Τραύματα, κακώσεις, δηλητηριάσεις (47-56)	358	932	160	234	402	380	118	458	402	2.424	110	150	390
<b>Σύνολο</b>	<b>6.942</b>	<b>18.863</b>	<b>3.199</b>	<b>3.874</b>	<b>8.478</b>	<b>6.490</b>	<b>2.323</b>	<b>7.609</b>	<b>7.221</b>	<b>37.654</b>	<b>2.318</b>	<b>2.762</b>	<b>5.877</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2011





**Πίνακας 40: Απογραφή Πληθυσμού 2011. Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο και Γεωγραφική Περιφέρεια, Περιφέρειες (NUTS 2), ΕΛΣΤΑΤ**

Περιφέρεια	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ποσοστόση % ανά Περιφέρεια
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	299.643	308.539	608.182	5,62%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	912.577	969.292	1.881.869	17,40%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	141.779	141.910	283.689	2,62%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	165.775	171.081	336.856	3,11%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	362.194	370.568	732.762	6,78%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	277.475	269.915	547.390	5,06%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	102.400	105.455	207.855	1,92%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	339.310	340.486	679.796	6,29%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	291.777	286.126	577.903	5,34%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	1.845.279	1.982.345	3.827.624	35,39%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	99.984	99.247	199.231	1,84%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	155.845	153.130	308.975	2,86%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	308.665	314.400	623.065	5,76%
<b>Σύνολο</b>	<b>5.302.703</b>	<b>5.512.494</b>	<b>10.815.197</b>	<b>100,00%</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή Πληθυσμού 2011

Ο υπολογισμός των SMR για το έτος 2011 για κάθε διαγνωστική αιτία και Διοικητική Περιφέρεια (Πίνακας 41) ακολουθεί την κατανομή:

$$S.M.R._{i=i_0, j=j_0} = \frac{\Theta AN_{i=i_0, j=j_0} / KAT_{j=j_0}}{\sum_j \Theta AN_{i=i_0, j} / \sum_j KAT_j}$$

Όπου:

ΘΑΝ = Αριθμός θανάτων

ΚΑΤ = Πληθυσμός

i = 1 έως 16 : Διαγνωστικές αιτίες

j = 1 έως 13 : Γεωγραφικές Περιφέρειες Ελλάδας



Πίνακας 41: SMR ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Γεωγραφική Περιφέρεια για το 2011

ΑΙΤΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (1-7)	72	61	49	197	135	63	188	154	58	89	282	126	156
Νεοπλάσματα (8-17)	108	105	103	97	113	100	94	97	105	98	97	76	86
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (18-19)	143	112	81	106	98	138	104	98	102	84	97	107	93
Νοσήματα αίματος & αιμοποιητικών οργάνων (20)	86	96	72	104	119	101	84	73	131	104	88	104	98
Νοσ. νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων (22-24)	124	105	91	106	101	95	103	81	135	93	79	109	95
Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος (25-30)	117	94	119	110	119	118	114	112	119	91	94	80	80
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος (31-32)	83	83	70	109	103	113	123	108	130	101	116	90	108
Νοσήματα πεπτικού συστήματος (33-34)	110	90	96	116	127	112	74	112	125	93	79	68	111
Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος (35-37)	95	111	96	112	122	105	131	124	118	80	140	67	111
Επιπλοκές κύησης, τοκετού και λοχείας (38-41)	0	0	953	0	0	0	0	0	0	141	0	875	0
Νοσήματα δέρματος & υποδόριου ιστού (42)	0	109	0	153	281	188	0	76	89	67	258	0	165
Νοσ. μυοσκελετικού συστήματος & συνδετικού ιστού (43)	49	63	86	84	123	261	81	108	101	106	160	61	69
Συγγενείς Ανωμαλίες (44)	143	104	48	149	137	67	220	27	118	97	92	74	88
Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής περιόδου (45)	150	130	161	90	83	70	37	112	40	99	76	148	37
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις (46)	107	95	129	123	81	121	97	101	148	83	206	119	101
Τραύματα, κακώσεις, δηλητηριάσεις (47-56)	98	82	94	115	91	115	94	112	115	105	92	81	104

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί



Για τον υπολογισμό των αναμενόμενων ημερών νοσηλείας ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Διοικητική Περιφέρεια αξιοποιούμε τα προτυποποιημένα πηλικά θνησιμότητας σε συνδυασμό με τη μέση διάρκεια νοσηλείας των θανόντων ασθενών (Πίνακες 42 και 43).

**Πίνακας 42: ΜΔΝ Θανόντων ασθενών ανά διαγνωστική αιτία και φύλο, ΕΛΣΤΑΤ**

ΑΙΤΙΑ	Θάνατοι			ΜΔΝ		
	Άρρεν	Θήλυ	Σύνολο	Άρρεν	Θήλυ	Σύνολο
Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (1-7)	2.212	2.046	4.258	5	5	5
Νεοπλάσματα (8-17)	9.158	5.903	15.061	7	7	7
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (18-19)	250	296	546	6	5	5
Νοσήματα αίματος & αιμοποιητικών οργάνων (20)	288	208	496	6	6	6
Νοσ. νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων (22-24)	322	286	608	3	2	3
Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος (25-30)	9.317	8.524	17.841	6	7	6
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος (31-32)	3.146	2.065	5.211	5	6	5
Νοσήματα πεπτικού συστήματος (33-34)	1.592	1.327	2.919	5	5	5
Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος (35-37)	1.370	1.160	2.530	6	5	5
Επιπλοκές κύησης, τοκετού και λοχείας (38-41)	0	16	16	-	4	4
Νοσήματα δέρματος & υποδόριου ιστού (42)	32	8	40	4	4	4
Νοσ. μυοσκελετικού συστήματος & συνδετικού ιστού (43)	48	80	128	5	7	6
Συγγενείς ανωμαλίες (44)	152	72	224	6	8	7
Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής περιόδου (45)	216	208	424	8	9	9
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις (46)	2.558	2.250	4.808	4	4	4
Τραύματα, κακώσεις, δηλητηριάσεις (47-56)	1.225	944	2.169	6	7	6

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2009



Πίνακας 43: Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας ανά διαγνωστική αιτία για κάθε Διοικητική Περιφέρεια για το 2011

ΑΙΤΙΑ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (1-7)	8	53	1	18	39	5	6	44	4	468	13	6	38
Νεοπλάσματα (8-17)	709	6.362	140	176	1.119	486	62	711	602	23.093	61	91	471
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (18-19)	49	287	3	8	33	37	3	29	22	662	2	7	22
Νοσήματα αίματος & αιμοποιητικών οργάνων (20)	5	62	1	2	15	6	1	5	11	299	1	2	7
Νοσ. νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων (22-24)	22	151	3	5	21	11	2	12	24	496	1	4	14
Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος (25-30)	1.223	7.683	276	337	1.839	1.015	136	1.418	1.150	29.656	86	151	603
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος (31-32)	113	1.082	17	59	252	168	29	238	248	6.625	24	34	199
Νοσήματα πεπτικού συστήματος (33-34)	53	340	9	18	102	44	3	68	62	1.472	3	5	56
Νοσήματα ουροποιητικού συστήματος (35-37)	25	330	6	11	61	25	6	54	35	713	6	3	36
Επιπλοκές κύησης, τοκετού και λοχείας (38-41)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0
Νοσήματα δέρματος & υποδόριου ιστού (42)	0	3	0	0	3	1	0	0	0	5	0	0	1
Νοσ. μυοσκελετικού συστήματος & συνδετικού ιστού (43)	3	41	2	2	24	60	1	16	10	482	3	1	6
Συγγενείς ανωμαλίες (44)	11	55	0	4	14	2	3	0	7	194	0	1	4
Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής περιόδου (45)	9	65	2	1	4	2	0	6	1	158	0	2	1
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις (46)	177	1.329	55	72	146	182	17	195	305	4.236	70	57	164
Τραύματα, κακώσεις, δηλητηριάσεις (47-56)	118	800	24	50	149	133	13	193	149	5.409	11	21	140
<b>Σύνολο</b>	<b>2.524</b>	<b>18.642</b>	<b>539</b>	<b>763</b>	<b>3.821</b>	<b>2.174</b>	<b>281</b>	<b>2.990</b>	<b>2.629</b>	<b>73.972</b>	<b>281</b>	<b>385</b>	<b>1.762</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί



Η κατανομή των ΑΗΝ σε κάθε περιφέρεια για το σύνολο των διαγνωστικών αιτιών εκφρασμένη σε ποσοστά (Πίνακας 44) αποτελεί τη ζητούμενη προσέγγιση της κατανομής των πόρων με βάση το κριτήριο της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

**Πίνακας 44: Σύγκριση της πληθυσμιακής κατανομής ανά Διοικητική Περιφέρεια για το 2011 και της κατανομής των Αναμενόμενων Ημερών Νοσηλείας με βάση το κριτήριο Κατάστασης Υγείας (Τελική Κατανομή Κριτηρίου Β)**

Γεωγραφική Περιφέρεια	Πληθυσμός	Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας	Πληθυσμός %	Αναμενόμενες Ημέρες Νοσηλείας %
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	608.182	2.524	5,62%	2,28%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1.881.869	18.642	17,40%	16,83%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	283.689	539	2,62%	0,49%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	336.856	763	3,11%	0,69%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	732.762	3.821	6,78%	3,45%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	547.390	2.174	5,06%	1,96%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	207.855	281	1,92%	0,25%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	679.796	2.990	6,29%	2,70%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	577.903	2.629	5,34%	2,37%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	3.827.624	73.972	35,39%	66,78%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	199.231	281	1,84%	0,25%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	308.975	385	2,86%	0,35%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	623.065	1.762	5,76%	1,59%
<b>Σύνολο</b>	<b>10.815.197</b>	<b>110.765</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

### 8.1.3 Κριτήριο κάλυψης υπηρεσιών υγείας

Το τρίτο κριτήριο εξετάζει την κατανομή των διαθέσιμων πόρων, δηλαδή την κάλυψη από υπηρεσίες υγείας που διαθέτει η κάθε Διοικητική Περιφέρεια. Τα στοιχεία αναφέρονται μόνο στους πόρους που βρίσκονται στα δημόσια νοσοκομεία και προέρχονται από το esy.net της Γενικής Γραμματείας του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2011.

Για τον υπολογισμό του λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω βασικά μεγέθη:

- *Ιατροί* ανά Διοικητική Περιφέρεια
- *Νοσηλευτές* ανά Διοικητική Περιφέρεια
- *Λοιπό προσωπικό* ανά Διοικητική Περιφέρεια



- ο Κλίνες ανά Διοικητική Περιφέρεια
- ο Εξεληθόντες ασθενείς ανά Διοικητική Περιφέρεια

Η τελική κατανομή, σύμφωνα με το μοντέλο για το κριτήριο της κάλυψης από τις υπηρεσίες υγείας για τα δημόσια νοσοκομεία, υπολογίζεται με βάση την ακόλουθη σχέση:

$$\Sigma.K._j = \sum_i E.K._{ji} \cdot \Sigma.B._i$$

Όπου:

Σ.Κ.= Συνολική κατανομή                      i = 1 έως 5 : Παράμετροι κριτηρίου

Ε.Κ. = Επιμέρους κατανομή                      j = 1 έως 13 : Γεωγραφικές Περιφέρειες Ελλάδας

Σ.Β. = Συντελεστής βαρύτητας

Οι συντελεστές βαρύτητας που χρησιμοποιήθηκαν στις επιμέρους κατανομές για να προκύψει η συνολική κατανομή είναι 25% για τους ιατρούς, 15% για τους νοσηλευτές, 10% για το υπόλοιπο προσωπικό, 15% για τον αριθμό των κλινών και 35% για τους εξελθόντες ασθενείς<sup>8</sup>.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο αριθμός νοσοκομειακών ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού, λοιπού προσωπικού, κλινών νοσοκομείων και % ανά Διοικητική Περιφέρεια.

---

<sup>8</sup> Οι συντελεστές βαρύτητας που χρησιμοποιήθηκαν είναι αυτοί που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο του ΤΕΙ Πατρών



**Πίνακας 45: Αριθμός νοσοκομειακών ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού, λοιπού προσωπικού, κλινών νοσοκομείων και % ανά Γεωγραφική Περιφέρεια**

Γεωγραφική Περιφέρεια	Ιατρικό Προσωπικό	%	Νοσηλευτικό προσωπικό	%	Λοιπό προσωπικό	%	Κλίνες	%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	1.206	5,51%	2.096	5,88%	1.201	4,91%	1.741	5,62%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	3.871	17,69%	6.236	17,51%	3.834	15,69%	5.703	18,41%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	384	1,76%	771	2,16%	458	1,87%	717	2,31%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	1.003	4,58%	1.987	5,58%	1.302	5,33%	1.640	5,29%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	1.186	5,42%	2.351	6,60%	1.457	5,96%	1.742	5,62%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	544	2,49%	1.068	3,00%	798	3,27%	832	2,69%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	314	1,44%	570	1,60%	438	1,79%	517	1,67%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	1.307	5,97%	2.339	6,57%	1.800	7,37%	1.741	5,62%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	673	3,08%	1.402	3,94%	1.076	4,40%	1.215	3,92%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	9.122	41,69%	13.094	36,76%	9.496	38,86%	11.774	38,00%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	393	1,80%	695	1,95%	470	1,92%	592	1,91%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	355	1,62%	616	1,73%	473	1,94%	596	1,92%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	1.521	6,95%	2.395	6,72%	1.635	6,69%	2.173	7,01%
<b>Σύνολο</b>	<b>21.879</b>	<b>100,00%</b>	<b>35.620</b>	<b>100,00%</b>	<b>24.438</b>	<b>100,00%</b>	<b>30.983</b>	<b>100,00%</b>

Πηγή: ΕΣΥΝΕΤ, Υπουργείο Υγείας, 2011, ίδιοι υπολογισμοί

Ο πίνακας που ακολουθεί αποτυπώνει με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για το 2009 την κατανομή εξελθόντων ασθενών, από θεραπευτήρια νομικής μορφής ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, κατά Διοικητική Περιφέρεια, με βάση την έδρα του θεραπευτηρίου. Σύμφωνα με τη σχετική μελέτη του ΤΕΙ Πατρών, η μέτρηση των εξελθόντων ασθενών κατά τον τόπο έδρας του θεραπευτηρίου στοχεύει στο να καταδείξει ποιους ασθενείς νοσηλεύει η κάθε Διοικητική Περιφέρεια, αλλά και πού καταλήγουν οι ασθενείς των περιφερειών αυτών. Με αυτό τον τρόπο γίνεται προσπάθεια να μετρηθούν και να υπολογιστούν στην τελική κατανομή των πόρων οι διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Αυτό είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος, που λαμβάνεται υπόψη σε όλες τις χώρες του εξωτερικού οι οποίες έχουν εφαρμόσει παρόμοια μοντέλα, καθώς με αυτό τον τρόπο διαπιστώνεται αν προβλήματα επάρκειας στην κάλυψη μιας Γεωγραφικής Περιφέρειας είναι υπαρκτά ή αν αυτά δημιουργούνται όταν η συγκεκριμένη περιφέρεια δέχεται το βάρος ασθενών άλλων περιφερειών.



**Πίνακας 46: Κατανομή Εξεληθέντων Ασθενών για το 2009 από θεραπευτήρια νομικής μορφής ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, κατά Γεωγραφική Περιφέρεια με βάση την έδρα του θεραπευτηρίου.**

Γεωγραφική Περιφέρεια	Εξεληθέντες Ασθενείς 2009	Εκτίμηση Εξεληθέντων Ασθενών 2010	Εκτίμηση Εξεληθέντων Ασθενών 2011	Κατανομή %
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	111.256	111.274	111.542	6,42%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	311.490	313.058	301.412	17,34%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	39.240	39.225	37.971	2,18%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	87.272	88.235	82.771	4,76%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	128.080	128.114	127.536	7,34%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	62.432	62.424	61.640	3,55%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	29.276	29.646	26.284	1,51%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	96.064	96.499	88.006	5,06%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	84.520	84.408	82.505	4,75%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	684.397	687.963	640.736	36,86%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	30.112	30.066	29.955	1,72%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	27.408	27.535	27.564	1,59%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	117.606	118.181	120.360	6,92%
<b>Σύνολο</b>	<b>1.809.153</b>	<b>1.816.628</b>	<b>1.738.281</b>	<b>100,00%</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2009, ίδιοι υπολογισμοί

Τέλος, στον πίνακα 47 παρουσιάζονται οι επιμέρους κατανομές για τις παραμέτρους του κριτηρίου και η συνολική τους κατανομή σε σύγκριση με την κατανομή του πληθυσμού βάσει της απογραφής του 2011 εκφρασμένες σε ποσοστά. Η παρακάτω συνολική κατανομή αποτελεί τη ζητούμενη προσέγγιση της κατανομής των πόρων με βάση το κριτήριο της ζήτησης κάλυψης υπηρεσιών υγείας.





Πίνακας 47: Κριτήριο Κάλυψης Υπηρεσιών Υγείας (Συνολική Κατανομή Κριτηρίου Γ)

Γεωγραφική Περιφέρεια	ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ					ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 2011	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ
	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Λοιπό προσωπικό	Κλίνες	Εξεληθόντες Ασθενείς		
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	5,51%	5,88%	4,91%	5,62%	6,42%	5,62%	5,84%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17,69%	17,51%	15,69%	18,41%	17,34%	17,40%	17,45%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1,76%	2,16%	1,87%	2,31%	2,18%	2,62%	2,06%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	4,58%	5,58%	5,33%	5,29%	4,76%	3,11%	4,98%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	5,42%	6,60%	5,96%	5,62%	7,34%	6,78%	6,35%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ	2,49%	3,00%	3,27%	2,69%	3,55%	5,06%	3,04%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	1,44%	1,60%	1,79%	1,67%	1,51%	1,92%	1,56%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	5,97%	6,57%	7,37%	5,62%	5,06%	6,29%	5,83%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	3,08%	3,94%	4,40%	3,92%	4,75%	5,34%	4,05%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	41,69%	36,76%	38,86%	38,00%	36,86%	35,39%	38,42%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	1,80%	1,95%	1,92%	1,91%	1,72%	1,84%	1,82%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	1,62%	1,73%	1,94%	1,92%	1,59%	2,86%	1,70%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	6,95%	6,72%	6,69%	7,01%	6,92%	5,76%	6,89%
Σύνολο	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ</b>	<b>0,25</b>	<b>0,15</b>	<b>0,10</b>	<b>0,15</b>	<b>0,35</b>		

### 8.1.4 Σύνθεση τελικής κατανομής των πόρων υγείας στα νοσοκομεία

Η τελική κατανομή των πόρων υγείας στα νοσοκομεία προκύπτει από τη σύνθεση των τριών κριτηρίων που υπολογίστηκαν και αναλύθηκαν προηγουμένως. Οι συντελεστές βαρύτητας κάθε κριτηρίου που χρησιμοποιήθηκαν είναι αυτοί που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο του ΤΕΙ Πατρών και οι οποίοι προέκυψαν σε συνεργασία με την Ομάδα Ανάλυσης & Προγραμματισμού Υγείας (ΟΑΠΥ) του Πανεπιστημίου Πατρών και φαίνονται μαζί με τις τιμές της τελικής κατανομής στον τελικό πίνακα (Πίνακας 48). Ο υπολογισμός της τελικής κατανομής γίνεται με βάση τη σχέση:

$$\Sigma.K._j = \sum_l E.K._{jl} \cdot \Sigma.B._l$$

Όπου:

Σ.Κ.= Συνολική κατανομή

Ε.Κ. = Επιμέρους κατανομή

Σ.Β. = Συντελεστής βαρύτητας

l = 1 έως 3 : Κριτήρια

j = 1 έως 13 : Γεωγραφικές Περιφέρειες Ελλάδας



Πίνακας 48: Τελική Κατανομή Πόρων στα Νοσοκομεία

Γεωγραφική Περιφέρεια	ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ			ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ
	Κριτήριο Α	Κριτήριο Β	Κριτήριο Γ	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	5,63%	2,28%	5,84%	4,36%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17,39%	16,83%	17,45%	17,19%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	2,63%	0,49%	2,06%	1,57%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ	3,12%	0,69%	4,98%	2,80%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	6,78%	3,45%	6,35%	5,30%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	5,07%	1,96%	3,04%	3,12%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	1,92%	0,25%	1,56%	1,13%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	6,29%	2,70%	5,83%	4,69%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	5,36%	2,37%	4,05%	3,71%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	35,34%	66,78%	38,42%	49,00%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	1,85%	0,25%	1,82%	1,20%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	2,86%	0,35%	1,70%	1,45%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	5,77%	1,59%	6,89%	4,49%
Σύνολο	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ</b>	<b>0,25</b>	<b>0,40</b>	<b>0,35</b>	



## 8.2 Σύγκριση των αποτελεσμάτων με τη σημερινή κατανομή της χρηματοδότησης ανά περιφέρεια

Βάσει της RAWP formula και του πολυκριτηριακού μοντέλου Περιφερειακής Κατανομής Πόρων του ΤΕΙ Πατρών προσδιορίστηκε η βέλτιστη ποσοστιαία κατανομή πόρων για κάθε Διοικητική Περιφέρεια, προκειμένου να εξαιρεθούν ή να περιοριστούν στο ελάχιστο οι διαπεριφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων υγείας και να επιτευχθεί η ισοτιμία μεταξύ γεωγραφικών περιοχών. Ο ορισμός της ισότητας που επιδιώκεται να ικανοποιηθεί με αυτό τον τρόπο αφορά την «ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ίση υγειονομική ανάγκη». Θεωρείται ο καταλληλότερος, καθώς αντικατοπτρίζει τις βασικές αρχές του ΕΣΥ, ενώ έχει υιοθετηθεί και σε ανεπτυγμένα συστήματα υγείας άλλων χωρών (Ηνωμένο Βασίλειο, Πορτογαλία, Ιταλία) στην προσπάθεια να θέσουν τις βασικές αρχές για την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας. Για το λόγο αυτό, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να εξεταστεί η σημερινή κατανομή των πόρων (χρηματοδότηση) ανά Διοικητική Περιφέρεια σε σχέση με τη βέλτιστη κατανομή των πόρων, όπως αυτή προσδιορίστηκε στην προηγούμενη ανάλυση.

Στο Πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνεται η κατανομή των οικονομικών πόρων για το 2011, βάσει των στοιχείων του esy.net του Υπουργείου Υγείας, η βέλτιστη κατανομή πόρων σύμφωνα με τη RAWP formula και η απόκλιση ανά Γεωγραφική Περιφέρεια.

**Πίνακας 49: Σύγκριση βέλτιστης κατανομής πόρων με τη σημερινή κατανομή της χρηματοδότησης ανά περιφέρεια (2011)**

Γεωγραφική Περιφέρεια	Συνολικό κόστος λειτουργίας νοσοκομείων (2011)	% Κατανομή Πόρων	Βέλτιστη % Κατανομή Πόρων βάσει πολ/κού μοντέλου	Βέλτιστη χρηματοδότηση βάσει πολυκριτηριακού μοντέλου	Απόκλιση βέλτιστης χρηματοδότησης
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	278.574.675	<b>5,59%</b>	<b>4,36%</b>	217.329.062 €	61.245.613 €
Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	893.196.164	<b>17,92%</b>	<b>17,19%</b>	856.854.723€	36.341.441 €
ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	88.533.013	<b>1,78%</b>	<b>1,57%</b>	78.258.401€	10.274.612 €
ΗΠΕΙΡΟΥ	240.364.512	<b>4,82%</b>	<b>2,80%</b>	139.569.123€	100.795.389 €
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	293.692.900	<b>5,89%</b>	<b>5,30%</b>	264.184.411€	29.508.489 €
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	144.108.470	<b>2,89%</b>	<b>3,12%</b>	155.519.879€	-11.411.409 €
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	75.778.728	<b>1,52%</b>	<b>1,13%</b>	56.326.110€	19.452.618 €
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	324.875.613	<b>6,52%</b>	<b>4,69%</b>	233.778.281€	91.097.332 €
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	169.656.408	<b>3,40%</b>	<b>3,71%</b>	184.929.087€	-15.272.679 €
ΑΤΤΙΚΗΣ	1.943.181.384	<b>38,98%</b>	<b>49,00%</b>	2.442.459.652€	-499.278.268 €
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	95.333.097	<b>1,91%</b>	<b>1,20%</b>	59.815.338€	35.517.759 €
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	90.309.724	<b>1,81%</b>	<b>1,45%</b>	72.276.867€	18.032.857 €
ΚΡΗΤΗΣ	347.006.849	<b>6,96%</b>	<b>4,49%</b>	223.809.057€	123.197.792 €
<b>Σύνολο</b>	<b>4.984.611.536</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

Πηγή: ΕΣΥNET, Υπουργείο Υγείας, ίδιοι υπολογισμοί



Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, η μεγαλύτερη απόκλιση στην κατανομή των πόρων εμφανίζεται στην Περιφέρεια Αττικής, όπου η χρηματοδότηση για τα νοσοκομεία της Αττικής υπολείπεται κατά δέκα περίπου ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με τη βέλτιστη κατανομή, έλλειμμα το οποίο σε χρηματικούς όρους προσεγγίζει το 0,5 δις ευρώ.

Αντίθετα, στις Περιφέρειες Κρήτης, Ηπείρου, Δυτικής Ελλάδας και Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, η χρηματοδότηση για τις υγειονομικές μονάδες είναι κατά περίπου 2% μεγαλύτερη από τη βέλτιστη κατανομή.



# Ενότητα Δ'

Συμπεράσματα -  
Προτάσεις



## Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>

# Συμπεράσματα - Προτάσεις

### 9.1 Συμπεράσματα ως προς τη βέλτιστη κατανομή των πόρων του ΕΣΥ

Βάσει της RAWP formula και του πολυκριτηριακού μοντέλου Περιφερειακής Κατανομής Πόρων του ΤΕΙ Πατρών προσδιορίστηκε η βέλτιστη ποσοστιαία κατανομή πόρων στις υγειονομικές μονάδες για κάθε Γεωγραφική Περιφέρεια, προκειμένου να εξαλειφθούν ή να περιοριστούν στο ελάχιστο οι διαπεριφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων υγείας και να επιτευχθεί η ισοτιμία μεταξύ γεωγραφικών περιοχών.

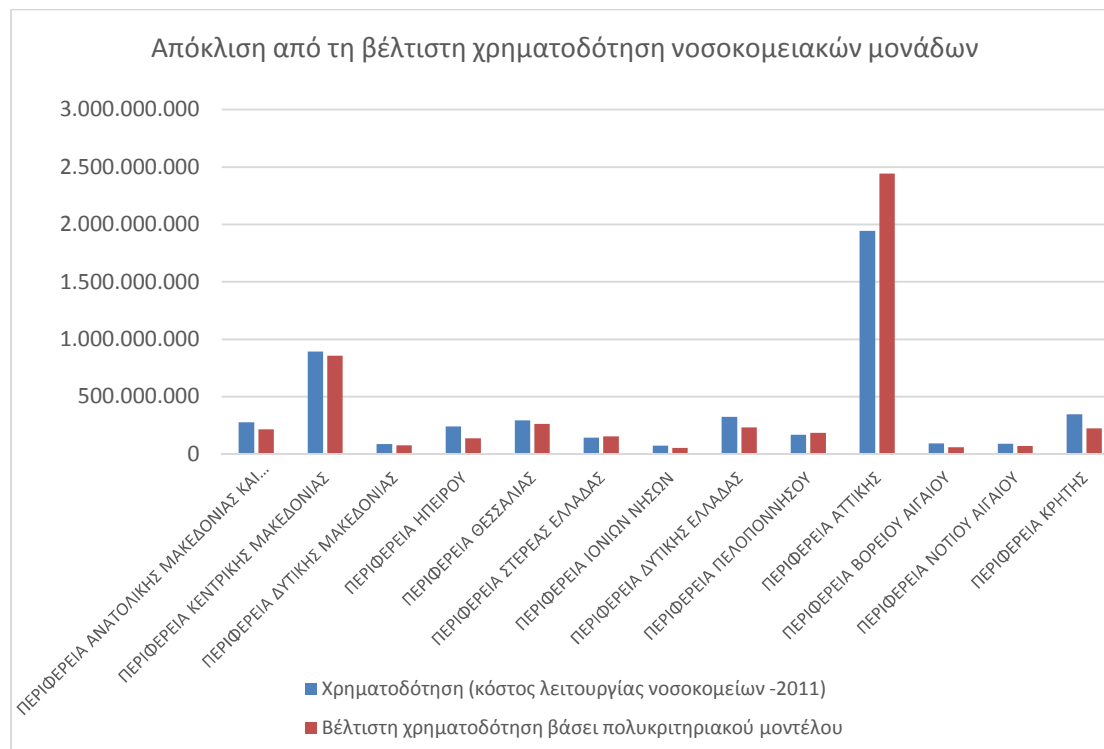
Ο ορισμός της ισότητας που επιδιώκεται να ικανοποιηθεί με αυτό τον τρόπο αφορά την «ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ίση υγειονομική ανάγκη». Θεωρείται ο καταλληλότερος, καθώς αντικατοπτρίζει τις βασικές αρχές του ελληνικού ΕΣΥ ενώ έχει υιοθετηθεί και σε ανεπτυγμένα συστήματα υγείας άλλων χωρών (Ηνωμένο Βασίλειο, Πορτογαλία, Ιταλία) στην προσπάθειά τους να θέσουν τις βασικές αρχές για την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη το κόστος λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων του ΕΣΥ και, ως εκ τούτου, την κατανομή της χρηματοδότησης κάθε περιφέρειας από την κεντρική κυβέρνηση, συγκρινόμενο με τη βέλτιστη κατανομή των πόρων σύμφωνα με το πολυκριτηριακό μοντέλο, προκύπτουν ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα. Καταρχήν, παρατηρούνται ουσιαστικές αποκλίσεις από τη βέλτιστη κατανομή σε αρκετές περιφέρειες της χώρας. Ωστόσο, αυτό που έχει ενδιαφέρον είναι η σημαντική απόκλιση της Περιφέρειας Αττικής παρά την τρέχουσα άποψη της υπερσυγκέντρωσης διαθέσιμων πόρων. Το υπόδειγμα δείχνει ότι οι νοσοκομειακές μονάδες του ΕΣΥ της Περιφέρειας Αττικής, σε συνάρτηση πάντα και με την εκφρασμένη ζήτηση αλλά και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού, υποχρηματοδοτείται και υπολείπεται σημαντικά από τη βέλτιστη κατανομή, έλλειμμα το οποίο σε χρηματικούς όρους προσεγγίζει το



0,5 δις ευρώ. Αντίθετα, η πλειοψηφία των περιφερειών της χώρας και ιδιαίτερα οι Περιφέρειες Κρήτης και Ηπείρου, που μάλιστα εξυπηρετούν σχεδόν αποκλειστικά τον πληθυσμό ευθύνης τους, φαίνεται να υπερχρηματοδοτούνται με 123 εκ. € και 100 εκ. € αντίστοιχα.

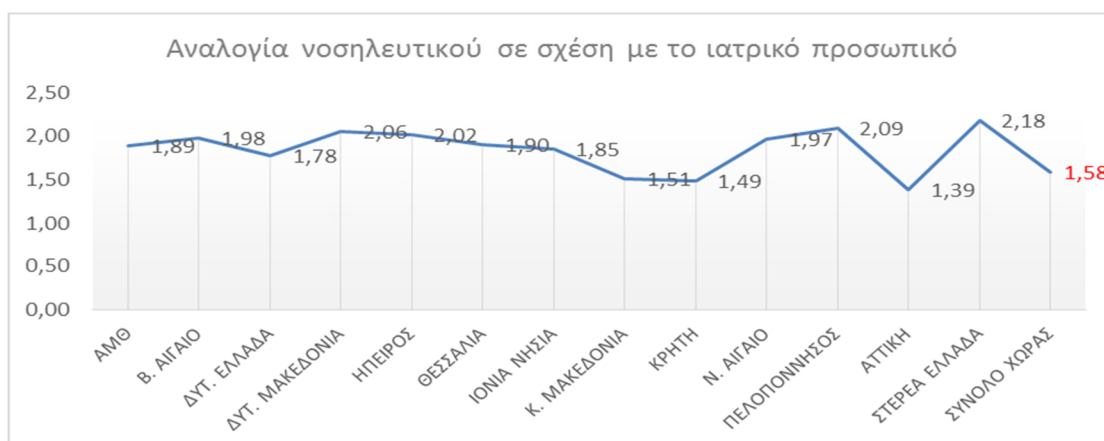
**Διάγραμμα 168: Απόκλιση από τη βέλτιστη χρηματοδότηση νοσοκομείων, 2011**



Ένα σημαντικό επίσης στοιχείο από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας σχετίζεται με την ανισοκατανομή του προσωπικού του ΕΣΥ και ιδιαίτερα του ιατρικού και νοσηλευτικού. Μια από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι η συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, με συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις (ο δείκτης στις χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχεται σε 2,83 νοσηλευτές ανά ιατρό). Η ιδιομορφία αυτή της Ελλάδας έχει δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία πολλών νοσοκομείων της χώρας, οδηγεί σε κλείσιμο μονάδων ΜΕΘ ή άλλων κρίσιμων τμημάτων και αποτελεί έναν από τους βασικότερους λόγους burn out του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία αιχμής. Αναλύοντας τα σχετικά δεδομένα, είναι προφανές πως τα σημαντικότερα προβλήματα παρουσιάζονται στις Περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, που δέχονται και τα υψηλότερα φορτία ασθενών, και για το λόγο αυτό θα πρέπει άμεσα να εξεταστεί η δυνατότητα μετακίνησης προσωπικού από όμορες περιφέρειες, έτσι ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας.

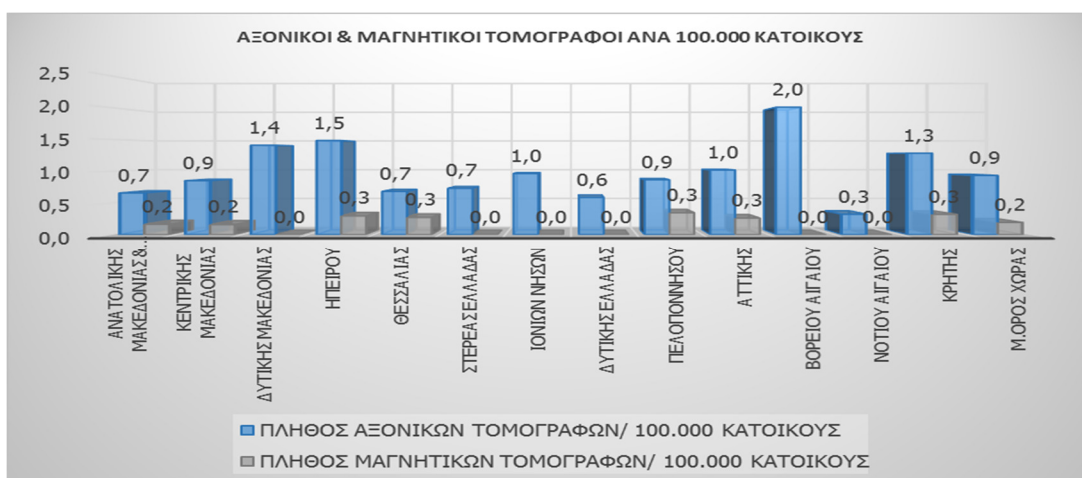


**Διάγραμμα 169: Αναλογία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ανά περιφέρεια, 2011**



Τέλος, σημαντικές ανισότητες ως προς την κατανομή βασικού εξοπλισμού όπως των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων παρατηρούμε από την ανάλυση των σχετικών στοιχείων. Ως προς τους αξονικούς τομογράφους, τη μικρότερη αναλογία σε σχέση με τον πληθυσμό παρουσιάζουν οι Περιφέρειες Ν. Αιγαίου και Δυτ. Ελλάδας, ενώ ως προς τους μαγνητικούς τομογράφους το 45% των περιφερειών δεν διαθέτει κανέναν μαγνητικό τομογράφο.

**Διάγραμμα 170: Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι ανά 100.000 κατοίκους, 2011**



Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις είναι προφανές ότι η περιφερειακή κατανομή των πόρων στην χώρα μας δεν φαίνεται να επαληθεύει στο σύνολο των περιφερειών, τον νόμο της αντίστροφης φροντίδας του Hart (η διαθεσιμότητα καλής ιατρικής περίθαλψης τείνει να μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα με την ανάγκη αυτής για τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό). Λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες (με βάση το κατακεφαλήν ΑΕΠ της χώρας) όπως της Ηπείρου, της Θεσσαλίας, της ΑΜΘ, της Δυτ. Ελλάδας, φαίνεται να συγκεντρώνουν σημαντικά υψηλότερη κατανομή πόρων από την βέλτιστη κατανομή, ενώ αντίθετα η πλουσιότερη περιφέρεια της χώρας, η Αττική, υποχρηματοδοτείται κατά -18% .





## 9.2 Συμπεράσματα ως προς την αποδοτικότητα της χρήσης των πόρων

Στόχος κάθε πολιτείας στο πλαίσιο ενός ορθολογικού συστήματος υγείας είναι η αποτελεσματική και ισότιμη κάλυψη της πρόσβασης του πολίτη – ασθενή σε ολοκληρωμένες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας όσο και η εξασφάλιση των απαιτούμενων οικονομιών κλίμακας. Στην παρούσα έρευνα, μέσα από δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας, επιχειρήθηκε μια αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης των νοσοκομειακών μονάδων υγείας του ΕΣΥ. Επισημαίνεται ότι η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων επιχειρήθηκε με δύο τρόπους:

α) Συγκριτική αξιολόγηση ομοειδών μονάδων κατόπιν ταξινόμησής τους σε τέσσερις κατηγορίες βάσει πλήθους ανεπτυγμένων κλινών (και ως εκ τούτου και προσωπικού, δεδομένου ότι συνδέονται βάσει σχετικής νομοθεσίας).

β) Αξιολόγηση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων μέσα από τη μέτρηση συγκεκριμένων δεικτών και τη σύγκρισή τους είτε με την αποδεκτή τιμή βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας (όπου αυτό είναι εφικτό) είτε με το μέσο όρο της χώρας.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι μια επιθυμητή πληρότητα για ένα δευτεροβάθμιο νοσοκομείο είναι περίπου 80% (έτσι ώστε να υπάρχει δυνατότητα νοσηλείας νέων ασθενών στις εφημερίες), ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας ενός γενικού νοσοκομείου είναι γύρω στις 3,5 ημέρες. Νοσοκομεία βέβαια με ειδικό προσανατολισμό, για παράδειγμα τα νοσοκομεία που νοσηλεύουν κυρίως τραυματολογικά περιστατικά, όπως το ΚΑΤ, έχουν αυξημένη διάρκεια νοσηλείας.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε είναι σαφές ότι παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τις τιμές που λαμβάνουν οι δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας. Οι αποκλίσεις αυτές, σταθμισμένες μάλιστα ανά μέγεθος νοσοκομείου, είναι τόσο σημαντικές που φαίνεται επιτακτική η ανάγκη το ελληνικό υγειονομικό σύστημα να προχωρήσει άμεσα σε ενέργειες, αφενός, βέλτιστης ανακατανομής των διαθέσιμων –μη αξιοποιήσιμων– πόρων και, αφετέρου, συστηματικού ελέγχου και παρακολούθησης της δραστηριότητας (νοσηλευτικής και οικονομικής) των μονάδων υγείας.

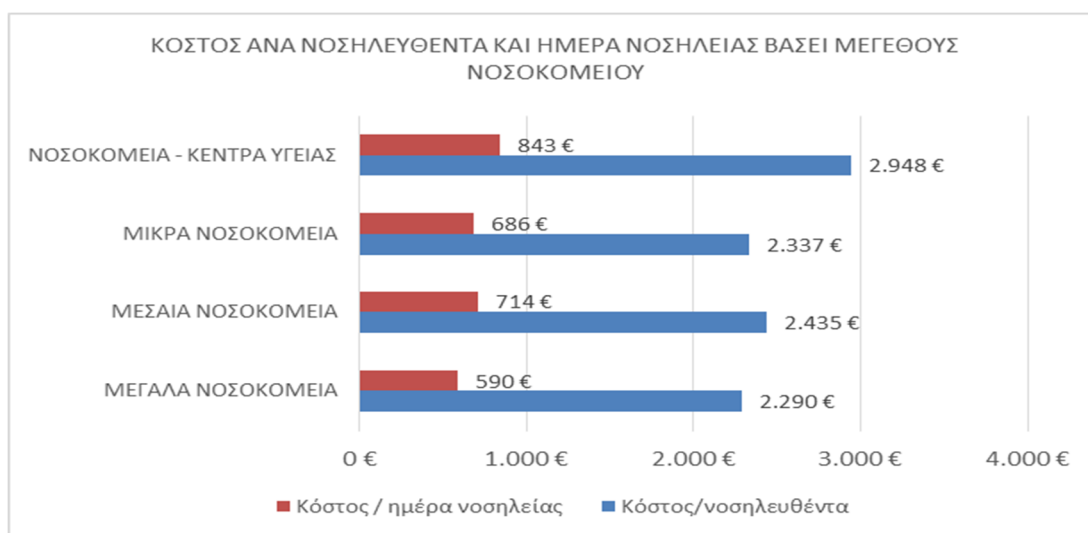
Υπό το πρίσμα αυτό, η εφαρμογή των DRG's, της ίδιας δηλαδή χρέωσης ανά ιατρική πράξη για το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα στο στρατηγικό σχεδιασμό του αρμόδιου Υπουργείου, σε μια προσπάθεια συγκράτησης τόσο της φαρμακευτικής δαπάνης όσο και αυτής του υγειονομικού υλικού και των αντιδραστηρίων.



Ανεξάρτητα ωστόσο από τις παραπάνω διαδικασίες ελέγχου, με βάση την παρούσα έρευνα και την ανάλυση των επιμέρους δεικτών προσδιορίστηκαν οι νοσοκομειακές εκείνες μονάδες που είτε παρουσιάζουν υψηλή ζήτηση υπηρεσιών και θα πρέπει να αναζητηθούν τρόποι αποσυμφόρησης ή διεύρυνσης των υποδομών τους είτε παρουσιάζουν χαμηλή ζήτηση υπηρεσιών και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να ληφθούν οι απαιτούμενες ενέργειες για τη βέλτιστη αξιοποίηση των αναξιποίητων πόρων ή την αλλαγή χρήσης τους.

Ένα σημαντικό επίσης εύρημα της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας παρουσιάζουν χαμηλότερο κόστος ανά ασθενή σε σχέση με τα μικρά ή μεσαία σε μέγεθος νοσοκομεία.

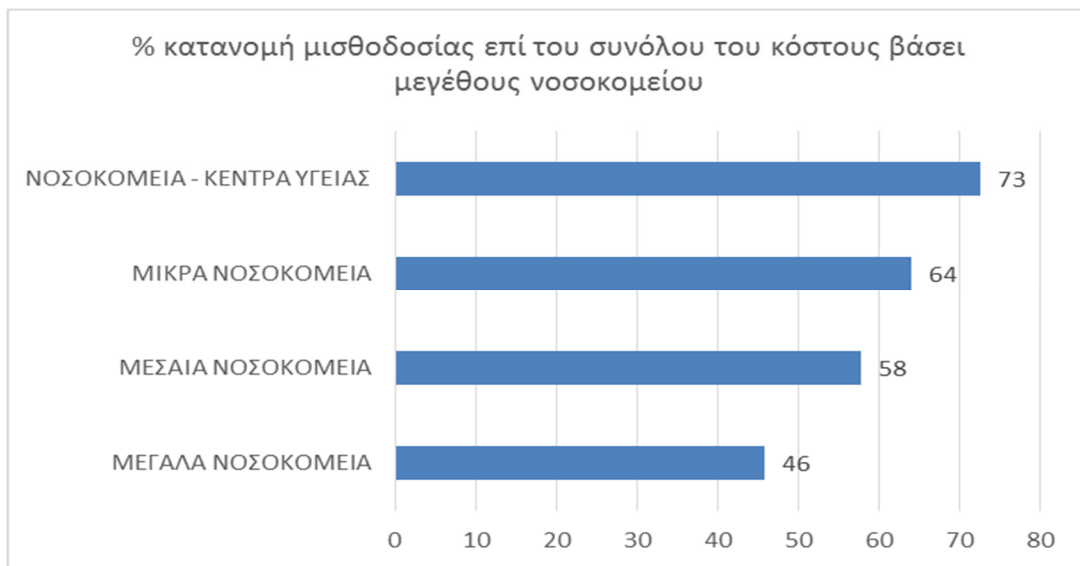
#### Διάγραμμα 171: Κόστος ανά νοσηλευθέντα και ημέρα νοσηλείας βάσει μεγέθους νοσοκομείου



Δεδομένου ότι για τον υπολογισμό των παραπάνω δεικτών έχει συνυπολογισθεί και το κόστος μισθοδοσίας, είναι προφανές ότι η υπερβάλλουσα προσφορά ανθρώπινου δυναμικού σε σχέση με τη ζήτηση νοσηλευτικών υπηρεσιών στα μικρότερα κυρίως νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους ανά ασθενή σε μη αποδεκτά επίπεδα για το ΕΣΥ. Αυτό φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί, όπου παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή του κόστους μισθοδοσίας επί του συνόλου του λειτουργικού κόστους με βάση το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας.

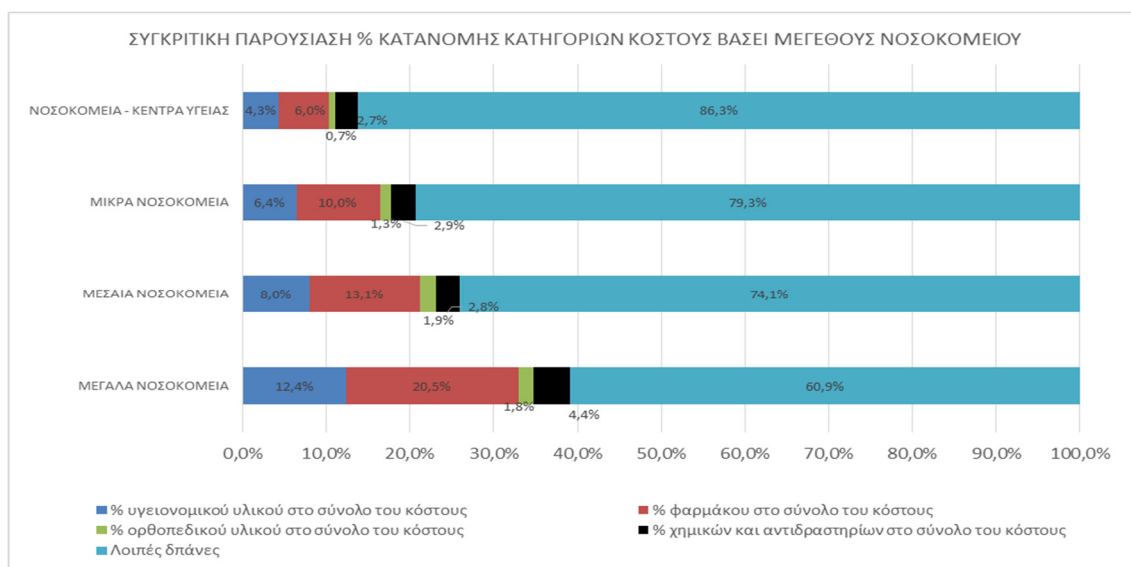


**Διάγραμμα 172: Ποσοστιαία κατανομή μισθοδοσίας με βάση το μέγεθος του νοσοκομείου, 2011**



Παράλληλα, από την ανάλυση των επιμέρους κατηγοριών κόστους προκύπτει η σημαντική διαφοροποίηση ως προς τη βαρύτητα της κάθε κατηγορίας κόστους με βάση το μέγεθος του νοσοκομείου. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερο μέγεθος έχει ένα νοσοκομείο τόσο υψηλότερη είναι η ποσοστιαία κατανομή του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού ως προς το σύνολο του λειτουργικού κόστους του νοσοκομείου. Η ίδια θετική συσχέτιση ισχύει σε μικρότερο βαθμό και για το ορθοπεδικό υλικό ενώ, αντίθετα, όσον αφορά τα χημικά αντιδραστήρια, φαίνεται πως τόσο για τα μικρά όσο και για τα μεσαία νοσοκομεία η ποσοστιαία κατανομή είναι περίπου ίση και μόνο στα μεγάλα νοσοκομεία φαίνεται να αυξάνεται σημαντικά.

**Διάγραμμα 173: Ποσοστιαία κατανομή μισθοδοσίας με βάση το μέγεθος του νοσοκομείου, 2011**





Γενικότερα θα μπορούσαμε να πούμε πως το μέγεθος του νοσοκομείου στην Ελλάδα έχει άμεση συσχέτιση με τους δείκτες λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ακόμα και μεταξύ ομοειδών σε μέγεθος νοσοκομείων. Το γενικό συμπέρασμα όμως, όπως συνοψίζεται και στον πίνακα που ακολουθεί, είναι πως όσο μεγαλύτερο από πλευράς δυναμικότητας είναι ένα νοσοκομείο τόσο καλύτερη εικόνα παρουσιάζει από πλευράς δεικτών λειτουργικής-νοσηλευτικής δραστηριότητας και οικονομικής αποδοτικότητας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της μελέτης του Πανεπιστημίου του York, σύμφωνα με την οποία νοσοκομεία 100 - 200 κλινών εμφανίζουν συχνά οικονομίες κλίμακας, ενώ αντίθετα τα μεγάλα νοσοκομεία (300 - 600 κλίνες) παρουσιάζουν αντιοικονομίες κλίμακας<sup>9</sup>. Παρατηρούμε λοιπόν, με βάση την ανάλυση των στοιχείων, τα εξής:

- Το ποσοστό *πληρότητας*, όπως αναμενόταν, είναι σημαντικά υψηλότερο στα μεγάλα νοσοκομεία λόγω κύρους ιατρικού προσωπικού, εύρους υπηρεσιών και μεγέθους τεχνολογίας που διαθέτουν.
- Η μέση *διάρκεια νοσηλείας* δεν δικαιολογεί τόσο μικρές διαφοροποιήσεις με βάση το μέγεθος των μονάδων, καθώς στα μεγάλα νοσοκομεία η διάρθρωση των περιστατικών (case mix) οδηγεί σε σημαντική επιμήκυνση της παραμονής των ασθενών για νοσηλεία. Αντίθετα, τα μικρά και μεσαία νοσοκομεία νοσηλεύουν ήπια περιστατικά και, ως εκ τούτου, η μέση διάρκεια νοσηλείας θα έπρεπε να είναι σαφώς χαμηλότερη.
- Οι δείκτες *παραγωγικότητας και αποδοτικότητας* φαίνεται να έχουν άμεση συσχέτιση με το μέγεθος του νοσοκομείου του ΕΣΥ, βαίνοντας αυξανόμενοι όσο αυξάνεται η δυναμικότητα κλινών ενός νοσοκομείου.
- Τέλος, όσον αφορά το *κόστος* (ημερήσιο και ανά νοσηλευθέντα) φαίνεται να κινείται αντιστρόφως ανάλογα με το μέγεθος ενός νοσοκομείου, όσο δηλαδή αυξάνεται το μέγεθος τόσο μειώνεται το μέσο κόστος νοσηλείας (το οποίο δεν δικαιολογείται από τη βαρύτητα [case mix] των περιστατικών που νοσηλεύονται στα μεγάλα νοσοκομεία).

ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	Μ.Δ.Ν.	Ποσοστό κάλυψης	Παραγωγικότητα	Αποδοτικότητα	Κόστος/ νοσηλευθέντα	Κόστος / ημέρα νοσηλείας	Κόστος φαρμάκου/ νοσηλευθέντα
Μεγάλα νοσοκομεία	3,9	78,7	7403	2896	2.290 €	590 €	470€
Μεσαία νοσοκομεία	3,4	66,6	7120	2537	2.435 €	714 €	320€
Μικρά νοσοκομεία	3,4	60,2	6443	2390	2.337 €	686 €	234€
Νοσ/μεία – Κέντρα Υγείας	3,5	43,6	4553	1674	2.948 €	843 €	178€

<sup>9</sup> (1).NHS Centre for reviews and dissemination. (1996). Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs. CRD Report 8 (Part II).



Οι παράγοντες που συνηγορούν προς την κατεύθυνση αυτή είναι πολλοί και μάλλον θα πρέπει να αναζητηθούν μεταξύ άλλων:

- Στις οικονομίες κλίμακας που απολαμβάνουν τα μεγάλα νοσοκομεία όσον αφορά τις προμήθειες φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού, αντιδραστηρίων κ.λπ.
- Στην αποδοχή και το κύρος που απολαμβάνουν τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας (π.χ. πανεπιστημιακά, νοσοκομεία αναφοράς Αττικής και μεγάλων αστικών κέντρων), τα οποία προσελκύουν μεγάλος μέρος των ζητούμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Στον προσανατολισμό των υπηρεσιών των μικρών νοσοκομείων που λειτουργούν κατά βάση ως Πρωτοβάθμιες Μονάδες Υγείας και λιγότερο ως μονάδες νοσηλείας, το οποίο δημιουργεί συνθήκες απαξίωσης της λειτουργίας και σταδιακής απομείωσης των διαθέσιμων πόρων (εξοπλισμού, προσωπικού κ.λπ).
- Στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται στις τοπικές κοινωνίες μεταξύ ιατρών και ασθενών –μικρών κατά βάση νοσοκομείων–, η οποία φαίνεται να οδηγεί σε μια πιο χαλαρή συμπεριφορά του ιατρικού σώματος επιτρέποντας, για παράδειγμα, την επιμήκυνση της μέσης διάρκειας νοσηλείας σε σχέση με τις διεθνείς πρακτικές, την υπερσυνταγογράφηση, την ενίσχυση της προκλητής ζήτησης κ.λπ.
- Στην υπερβάλλουσα προσφορά ανθρώπινου δυναμικού σε σχέση με τη ζήτηση νοσηλευτικών υπηρεσιών στα μικρότερα κυρίως νοσοκομεία, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους ανά ασθενή σε μη αποδεκτά επίπεδα για το ΕΣΥ

Με βάση τις εισαγωγικές αυτές διαπιστώσεις, και αποφεύγοντας την ανάλυση ακραίων τιμών που προέρχονται από ειδικά νοσοκομεία, τα βασικά σημεία της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ανά διοικητική περιφέρεια συνοψίζονται ακολούθως. Υπενθυμίζεται ότι τα στοιχεία αφορούν το 2011, με εξαίρεση τους δείκτες των τομογράφων και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού που αφορούν το 2010.



## A. Περιφέρεια Αττικής

Στην Περιφέρεια Αττικής είναι εγκατεστημένα μερικά από τα σημαντικότερα νοσοκομεία από πλευράς κύρους και φήμης στην ελληνική επικράτεια. Τα νοσοκομεία αυτά συνήθως συγκεντρώνουν ιατρικό προσωπικό διεθνούς ακτινοβολίας αλλά και τεχνολογία αιχμής, γεγονός που οδηγεί σε προσέλκυση ασθενών από το σύνολο σχεδόν της χώρας. Νοσοκομεία όπως ο

Περιφέρεια Αττικής (2011)	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	3,08	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,36	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	3,30	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/100.000 κατ.	1,02	0,93
Μαγν. τομογράφοι/ 100.000 κατ.	0,26	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	2,93	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	46,2	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	772	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	4,3	3,7
Ποσοστό κάλυψης	78,8	70,5
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	112€	103
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	489€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	609€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.648€	2.345€

«Ευαγγελισμός» με πληρότητα 98%, το «Γ. Γεννηματάς» με 106,7%, το «Αττικών» με 119,2%, το «Λαϊκό» με 104,5% κ.λπ., αποτελούν νοσοκομεία αιχμής, που όμως αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα συμφόρησης, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και στο φόρτο εργασίας νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Η προσπάθεια μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας, αλλά και αξιοποίησης νέων σύγχρονων μορφών υπηρεσιών υγείας (βραχεία νοσηλεία, χειρουργεία ημέρας, κλινική ημέρας, κατ' οίκον φροντίδα κ.λπ.) μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της πληρότητας σε αποδεκτά επίπεδα. Επισημαίνεται πως, δεδομένου ότι η ζήτηση για υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης του πληθυσμού της Αττικής κατευθύνεται προς τα νοσοκομεία υψηλής «ελκυστικότητας», η εναλλακτική πρόταση βρίσκεται στην προσπάθεια συγκρότησης «αντίπαλων νοσοκομειακών πόλων» υψηλού κύρους (μπορούν να στεγαστούν σε υφιστάμενες νοσοκομειακές μονάδες χαμηλής ζήτησης και αποδοτικότητας) για τη βέλτιστη κατανομή και διάχυση της ζήτησης.

Άλλα επίσης νοσοκομεία, όπως το «Ασκληπιείο» Βούλας, το «Αλεξάνδρα», το «Ιπποκράτειο», η «Αγ. Όλγα», το «Σωτηρία», «Ο Άγιος Σάββας», το «Ωνάσειο», αποτελούν επίσης νοσοκομεία αναφοράς με πληρότητα που βρίσκεται σε ιδεατά επίπεδα (μεταξύ 70-85%).

Στον αντίποδα, νοσοκομεία χαμηλότερου κύρους, όπως το «Σπηλιοπούλειο», «Η Αγ. Ελένη», το Ογκολογικό «Αγ. Αναργύρων», το «Τζάνειο», το ΓΝ «Η Αγία Βαρβάρα», η «Παμμακάριστος»,



εμφανίζουν αντικονομίες κλίμακος και χαμηλή αποδοτικότητα πόρων με πληρότητα μεταξύ 40-60%.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις –πάνω από 100% ακόμα και σε ομοειδή νοσοκομεία– συναντάμε στους δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας. Το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα συναντάμε στα νοσοκομεία «Ωνάσειο» και «Σπηλιοπούλειο» με κόστη 10.878 € και 11.253 € αντίστοιχα, ωστόσο η πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 2.000 - 3000 €. Τα ογκολογικά νοσοκομεία όπως «Οι Άγιοι Ανάργυροι», το «Μεταξά», «Ο Άγιος Σάββας έχουν αυξημένο κόστος ανά νοσηλευθέντα (από 4.300 € έως 6.500 € περίπου), λόγω και του υψηλού κόστους φαρμακευτικής δαπάνης. Ως προς το δείκτη κόστους ημερήσιας νοσηλείας, για τη πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 370 € («Ελενα Βενιζέλου») έως 800 € περίπου.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρουσιάζει και ο δείκτης νοσηλευθέντες ανά ιατρό και νοσηλευτή που αντικατοπτρίζει ουσιαστικά το φόρτο εργασίας των δύο αυτών καίριων ομάδων προσωπικού για τη λειτουργία ενός νοσοκομείου. Ο υψηλότερος φόρτος εργασίας παρατηρείται στα νοσοκομεία «Ελενας Βενιζέλου», Παιδών «Η Αγία Σοφία», «Γεννηματάς» και «Αττικόν» (110-163 νοσηλευθέντες ανά ιατρό), ενώ στον αντίποδα συναντάμε το «Τριφύλειο», το «Σπηλιοπούλειο», το «Α. Συγγρός» και το «Μεταξά» (30-40). Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, ο υψηλότερος φόρτος παρουσιάζεται στα μαιευτικά νοσοκομεία «Ελενας Βενιζέλου» και «Αλεξάνδρα», ενώ ο χαμηλότερος στα νοσοκομεία «Ωνάσειο», «Αγ. Βαρβάρας» και «Αγ. Αναργύρων». Επισημαίνεται ωστόσο ότι η Αττική παρουσιάζει τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία σοβαρών προβλημάτων στην εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων αιχμής.

Συνολικά η Περιφέρεια Αττικής διαθέτει 3,8 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (3η θέση στο σύνολο των περιφερειών), ωστόσο υστερεί σημαντικά σε κλίνες παθολογικών τμημάτων (12η θέση) και κλίνες μαιευτικών –γυναικολογικών τμημάτων (13η θέση). Θα πρέπει να τονισθεί εδώ ότι η εικόνα των δεικτών αυτών είναι υπερεκτιμημένη λόγω και της νοσηλείας ασθενών από το σύνολο της χώρας.



## B. Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Η Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου έχει αναλογία 2,97 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (3η θέση μεταξύ των 13 περιφερειών), ενώ έρχεται στην 1η θέση όσον αφορά τις κλίνες παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων ανά 1.000 κατοίκους, καθώς επίσης στους αξονικούς τομογράφους και στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού. Υπολείπεται ωστόσο σημαντικά στον αριθμό των μαγνητικών τομογράφων (το 2013 εγκαταστάθηκε ο πρώτος μαγνητικός της περιφέρειας στο

Περιφέρεια Β. Αιγαίου	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,97	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,51	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	3,01	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	2,0	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	19,07	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	29,9	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.343	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,4	3,7
Ποσοστό κάλυψης	58%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	93€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	319€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	761€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.613€	2.345€

νοσοκομείο της Χίου), όπως και στους δείκτες χειρουργικών επεμβάσεων (-25% σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας), γεγονός που αντικατοπτρίζει την ανάγκη μετακίνησης του πληθυσμού σε νοσοκομεία εκτός της περιφέρειας για μέτρια και σοβαρά περιστατικά που απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση. Η περιφέρεια διαθέτει συνολικά πέντε νοσοκομεία. Από αυτά, τα νοσοκομεία της Μυτιλήνης, της Χίου και της Σάμου λειτουργούν αποδοτικά με πληρότητα που προσεγγίζει ή και ξεπερνά το 60%, ενώ αντίθετα τα νοσοκομεία της Λήμνου και Ικαρίας λειτουργούν κατά βάση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, διακομίζοντας τα μέτρια ή σοβαρά περιστατικά στα νοσοκομεία της Αττικής.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις συναντάμε και στους δείκτες κόστους των νοσοκομείων της περιφέρειας. Τα νοσοκομεία Σάμου και Ικαρίας έχουν το υψηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα, που διαμορφώνεται στα 3.300 € και 4.100 € αντίστοιχα, αυξημένο πάνω από 50% σε σχέση με το μέσο όρο της περιφέρειας. Όσον αφορά το ημερήσιο κόστος νοσηλείας, και πάλι το νοσοκομείο Ικαρίας παρουσιάζει το υψηλότερο κόστος με 1.060 € και ακολουθεί το νοσοκομείο της Λήμνου με 960 €. Το υψηλό μέσο κόστος νοσηλείας (+15% από το μέσο όρο της χώρας) αποτελεί σημείο προβληματισμού δεδομένου και των ήπιων περιστατικών που διαχειρίζονται τα νοσοκομεία της περιφέρειας.





Τέλος, όσον αφορά το φόρτο εργασίας του ιατρικού προσωπικού, ιδιαίτερα αυξημένος εμφανίζεται στο νοσοκομείο της Χίου και της Μυτιλήνης, ενώ από πλευράς νοσηλευτικού προσωπικού τα νοσοκομεία Χίου και Λήμνου λαμβάνουν τις υψηλότερες τιμές του δείκτη.

### Γ. Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης

Η Περιφέρεια Αν. Μακεδονίας και Θράκης περιλαμβάνει έξι νοσοκομειακές μονάδες, με σημείο αναφοράς το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης που διαθέτει και την υψηλότερη πληρότητα προσεγγίζοντας το 80%. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία διαθέτουν ικανοποιητική πληρότητα (μεταξύ 60 - 70%), ενώ και η μέση διάρκεια νοσηλείας εμφανίζεται αρκετά χαμηλή για δευτεροβάθμια νοσοκομεία (2,9 ημέρες).

Περιφέρεια Αν. Μακεδονίας & Θράκης	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,86	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,78	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	3,34	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	0,7	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,2	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./ 100.000 κατ.	4,44	4,93
Χειρ. Επεμβάσεις/1.000 κατ.	46,7	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.232	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	2,9	3,7
Ποσοστό κάλυψης	66%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	99€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	290€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	669€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	1.948€	2.345€

Ο δείκτης των χειρουργικών επεμβάσεων ανά 1.000 κατοίκους είναι σημαντικά αυξημένος σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας, γεγονός που δείχνει αποδοχή και εμπιστοσύνη του εξυπηρετούμενου πληθυσμού στις υφιστάμενες υποδομές και υπηρεσίες της περιφέρειας.

Οι δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας δεν παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των νοσοκομείων. Η μέση φαρμακευτική δαπάνη κινείται σημαντικά κάτω από το μέσο όρο της χώρας, ενώ το συνολικό λειτουργικό κόστος ανά νοσηλευθέντα κυμαίνεται από 1.600 € έως 2.200 € περίπου, ενώ το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας από 550 € έως 750 €.

Αντίστοιχη είναι η εικόνα και ως προς το φόρτο εργασίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς δηλαδή σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά μονάδα και κοντά στο μέσο όρο της χώρας.



#### Δ. Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει 19 νοσοκομεία, δέκα εκ των οποίων είναι εγκατεστημένα στη Θεσσαλονίκη. Με εξαίρεση το «Θεαγένειο» και το «Παπαγεωργίου», τα υπόλοιπα νοσοκομεία παρουσιάζουν χαμηλή σχετικά πληρότητα που κυμαίνεται μεταξύ 50-60%. Ακόμη χαμηλότερη είναι η πληρότητα σε μικρότερα ή χαμηλότερου κύρους νοσοκομεία όπως τα νοσοκομεία «Αγ. Παύλος»,

Περιφέρεια Κ. Μακεδονίας	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	3,03	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,04	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	3,05	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	0,9	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,2	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	2,93	4,93
Χειρ. Επεμβάσεις/1.000 κατ.	49,1	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.256	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,4	3,7
Ποσοστό κάλυψης	63%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	114€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	386€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	684€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.317€	2.345€

Κιλκίς, Ειδικών Παθήσεων, όπου φαίνεται να μένουν αναξιοποίητοι διαθέσιμοι πόροι (κλίνες, προσωπικό κ.λπ.). Η πλειοψηφία των μεγάλων νοσοκομείων εμφανίζει ικανοποιητική μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία κινείται μεταξύ 3-4 ημερών νοσηλείας.

Η περιφέρεια παρουσιάζει το δεύτερο υψηλότερο δείκτη χειρουργικών επεμβάσεων ανά 1.000 κατοίκους, γεγονός που οφείλεται κυρίως στα νοσοκομεία αιχμής της περιφέρειας και κυρίως το «Θεαγένειο», το «Παπαγεωργίου» και το ΑΧΕΠΑ.

Αναφορικά με τους δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας, το μέσο κόστος κινείται περίπου στον εθνικό μέσο όρο. Ειδικότερα το κόστος ανά νοσηλευθέντα στην πλειοψηφία των νοσοκομείων κυμαίνεται από 1.700 € έως 2.700€. Τα Νοσοκομεία Αφροδίσιας & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης και το Αντικαρκινικό «Θεαγένειο» έχουν υψηλότερο κόστος που διαμορφώνεται σε 3.600 € και 8.000 € αντίστοιχα.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούμε στο φόρτο εργασίας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον αριθμό των νοσηλευθέντων. Ο δείκτης νοσηλευθέντες ανά ιατρό κυμαίνεται από 57 ασθενείς (Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας) έως 152 ασθενείς («Παπαγεωργίου»). Αντίστοιχα, οι τιμές του δείκτη για το νοσηλευτικό προσωπικό κυμαίνονται από 38 έως 100 ασθενείς. Επισημαίνονται και εδώ οι σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία αιχμής της περιφέρειας.



## Ε. Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Η Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας διαθέτει έξι δευτεροβάθμια νοσοκομεία με μεγαλύτερο αυτό της Πτολεμαΐδας. Η πληρότητα των νοσοκομείων κυμαίνεται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (περίπου στο 50%), λόγω ίσως και του ανταγωνισμού που δέχονται από τα μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και των Ιωαννίνων. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται και στους δείκτες χειρουργικών επεμβάσεων (-20% από τον εθνικό μέσο όρο).

Περιφέρεια Δυτ. Μακεδονίας	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,53	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,2	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,5	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	1,4	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	18,33	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	32,0	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.203	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	2,9	3,7
Ποσοστό κάλυψης	52%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	58€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	165€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	648€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	1.855€	2.345€

Η περιφέρεια διαθέτει υψηλότερη αναλογία αξονικών τομογράφων και Μονάδων Τεχνητού Νεφρού ανά 1.000 κατοίκους, υστερεί ωστόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Από πλευράς οικονομικών δεικτών, εστιάζουμε στη συγκράτηση του μέσου κόστους φαρμακευτικής δαπάνης που κινείται σε επίπεδα κάτω από 50% του εθνικού μέσου όρου, ενώ όσον αφορά το συνολικό λειτουργικό κόστος ανά νοσηλευθέντα κυμαίνεται από 1.300 € (Πτολεμαΐδα) έως 2.600 € (Κοζάνη), ενώ αντίστοιχα οι δείκτες του ημερήσιου κόστους νοσηλείας κυμαίνονται από 450 € (Πτολεμαΐδα) έως 770 € (νοσοκομεία Καστοριάς και Γρεβενών).

Ιδιαίτερα υψηλό φόρτο εργασίας τόσο για το ιατρικό όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει το νοσοκομείο Πτολεμαΐδας με 183 και 96 ασθενείς αντίστοιχα. Αντίθετα τις χαμηλότερες τιμές των δεικτών αυτών συναντάμε στο νοσοκομείο Κοζάνης με 97 και 47 ασθενείς αντίστοιχα.



## ΣΤ. Περιφέρεια Ηπείρου

Στην Περιφέρεια Ηπείρου λειτουργούν πέντε νοσοκομεία εκ των οποίων το Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Φυλατών προσφέρει κατά βάση υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρά τις σημαντικές ενδοπεριφερειακές ανισότητες, το σύνολο σχεδόν των δεικτών της περιφέρειας (υποδομών, προσωπικού, χειρουργικών επεμβάσεων, κόστους κ.λπ.) κινείται σημαντικά υψηλότερα από τον εθνικό μέσο όρο. Σημείο αναφοράς της Περιφέρειας

Περιφέρεια Ηπείρου	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	4,87	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	3,0	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	6,0	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	1,5	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,3	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	11,87	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	71,2	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.409	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,2	3,7
Ποσοστό κάλυψης	62%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	83€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	268€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	649€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.085€	2.345€

αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, με ικανοποιητική πληρότητα πάνω από 60%, λαμβάνοντας υπόψη το πλήθος των κλινών (873) και την εξαιρετικά χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας (2,9 ημέρες). Ικανοποιητικούς δείκτες απόδοσης εμφανίζει και το ΓΝ «Χατζηκώστα» με 67% πληρότητα και μέση διάρκεια νοσηλείας στο μέσο όρο αντίστοιχων δευτεροβάθμιων νοσοκομείων. Στον αντίποδα το ΓΝ Πρέβεζας φαίνεται να υποαπασχολεί διαθέσιμους πόρους παρουσιάζοντας τη μικρότερη πληρότητα και την υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας (4 ημέρες).

Από πλευράς οικονομικής αποδοτικότητας οι αποκλίσεις στους σχετικούς δείκτες είναι εντυπωσιακές, καθώς ξεπερνούν το 40% ακόμα και μεταξύ ομοειδών νοσοκομείων. Το χαμηλότερο κόστος ανά νοσηλευθέντα –παρά τη σοβαρότητα των περιστατικών που αντιμετωπίζει– παρουσιάζει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, αντικατοπτρίζοντας προφανώς την υψηλή τεχνολογία και τις πρακτικές που χρησιμοποιεί στη διαχείριση των ιατρικών πράξεων με μόλις 1.666 € ανά ασθενή και 649 € ανά ημέρα νοσηλείας. Οι τιμές αυτές είναι κατά 50% χαμηλότερες από το Νοσοκομείο Πρέβεζας, με 3.330 € και 842 € αντίστοιχα.

Ως προς το φόρτο εργασίας, και εδώ πάλι συναντάμε το Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων να δέχεται τη σημαντικότερη πίεση με 123 ασθενείς ανά ιατρό και 79 ανά νοσηλευτή, με τις αποκλίσεις



κυρίως ως προς το φόρτο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού να υπερβαίνει το 50% μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας.

## Ζ. Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, όπως άλλωστε και στις δύο άλλες νησιωτικές περιφέρειες του Βορείου και του Νοτίου Αιγαίου, για την ανάλυση των δεικτών αποδοτικότητας θα πρέπει να συνεκτιμάται πάντα και το θέμα της νησιωτικότητας που δημιουργεί πρόσθετες δυσκολίες από πλευράς σχεδιασμού, λόγω και της αναπόφευκτης διασποράς των διαθέσιμων πόρων. Υπό το πρίσμα αυτό, σημείο

Περιφέρεια Ιονίων Νήσων	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,49	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,4	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,5	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	1,0	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	9,14	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	30,8	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.067	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	4,0	3,7
Ποσοστό κάλυψης	75%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	45€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	178€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	536	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.143€	2.345€

αναφοράς στη Περιφέρεια αποτελεί το ΓΝ Κέρκυρας, όπου ωστόσο το υφιστάμενο μέγεθος των υποδομών δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στη ζήτηση υπηρεσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μεγάλη συμφόρηση των διαθέσιμων κλινών, με την πληρότητα να ξεπερνά το 110%. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία (Λευκάδας, Ζακύνθου, Κεφαλληνίας) κινούνται σε σχετικά ικανοποιητικά –για νησιωτικά νοσοκομεία– επίπεδα πληρότητας, αν και παρουσιάζουν σχετικά υψηλή μέση διάρκεια νοσηλείας. Επισημαίνεται επίσης ότι στη Κεφαλονιά, με βάση και τους δείκτες λειτουργικής αποδοτικότητας του ΓΝ Ληξουρίου (πληρότητα 28%, και εξαιρετικά υψηλή μέση διάρκεια νοσηλείας στις 4,7 ημέρες), δεν φαίνεται να δικαιολογείται η λειτουργία δύο νοσοκομείων.

Ως προς τους δείκτες κόστους, το νοσοκομείο Κέρκυρας παρουσιάζει τις χαμηλότερες τιμές τόσο από πλευράς κόστους ανά νοσηλευθέντα (1.732 €) όσο και από πλευράς ημερήσιου κόστους νοσηλείας (419 €). Στα υπόλοιπα νοσοκομεία το κόστος είναι σημαντικά αυξημένο, και ιδιαίτερα στο Νοσοκομείο Λευκάδας, όπου οι αντίστοιχοι δείκτες είναι αυξημένοι κατά 80%.

Ως προς την αναλογία νοσηλευθέντων και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού, το νοσοκομείο Κέρκυρας, όπως αναμενόταν, συγκεντρώνει τις υψηλότερες τιμές των σχετικών δεικτών.



Ειδικότερα στο νοσοκομείο Κέρκυρας ένας ιατρός αντιμετωπίζει κατά μέσο όρο 203 νοσηλευθέντες ανά έτος, την ίδια στιγμή που ένας συνάδελφός του στο νοσοκομείο της Κεφαλονιάς αντιμετωπίζει μόλις 69 περιστατικά νοσηλείας. Αντίστοιχες είναι οι διαπιστώσεις και για την αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών.

## Ζ. Περιφέρεια Θεσσαλίας

Σημείο αναφοράς στην Περιφέρεια Θεσσαλίας αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, με υψηλό ιατρικό και τεχνολογικό κύρος, το οποίο (παρά την εύκολη προσβασιμότητα) συμβάλλει στην απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους της ζήτησης και τη μείωση των μετακινήσεων σε νοσοκομεία της Αττικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζει σημαντική συμφόρηση, με πληρότητα που ξεπερνά το 90%,

Περιφέρεια Θεσσαλίας	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,38	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1000 κατ.	1,5	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,9	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/ 1.000 κατ.	0,7	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,3	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	6,55	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/ 1.000 κατ.	35,6	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/ 1.000 κατ.	986	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	2,8	3,7
Ποσοστό κάλυψης	74%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	97€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	271€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	625€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	1.742€	2.345€

με χαμηλή μάλιστα μέση διάρκεια νοσηλείας (3,1 ημέρες). Τα υπόλοιπα «νομαρχιακά» νοσοκομεία και, κυρίως, του Βόλου, της Λάρισας και της Καρδίτσας κινούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα λειτουργικής αποδοτικότητας, με πληρότητα γύρω στο 60-70% και χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας.

Αναφορικά με τους οικονομικούς δείκτες, το νοσοκομείο Καρδίτσας και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές των δεικτών κόστος ανά νοσηλευθέντα και ημερήσιο κόστος νοσηλείας. Αντίθετα, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας υπερβαίνει πάνω από το 30% το μέσο όρο της περιφέρειας.

Θα πρέπει να επισημανθεί πως περιφέρειες όπως η Θεσσαλία, η Στερεά Ελλάδα και η Πελοπόννησος, με εύκολη πρόσβαση στα νοσοκομεία της Αττικής, θα πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης στήριξης σε υποδομές και προσωπικό από πλευράς πολιτείας, έτσι ώστε να



ελαχιστοποιηθούν οι μετακινήσεις και σταδιακά να λειτουργήσουν ως «ανταγωνιστικοί πόλοι» προς τα νοσοκομεία αιχμής της Αττικής.

## Η. Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Χαρακτηριστικό παράδειγμα νοσοκομείων δύο ταχυτήτων αποτελεί η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας. Από τη μία, έχουμε τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία της περιφέρειας (Θήβας, Λιβαδειάς, Χαλκίδας) και σημείο αναφοράς το Νοσοκομείο της Λαμίας. Τα νοσοκομεία αυτά παρουσιάζουν λειτουργική αποδοτικότητα με πληρότητα μεταξύ 70-85% και ικανοποιητική μέση διάρκεια νοσηλείας (με εξαίρεση το ΓΝ

Περιφέρεια Στ. Ελλάδας	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	1,52	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	0,9	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/ 1.000 κατ.	1,9	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/ 1.000 κατ.	0,7	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	8,04	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	21,9	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	780	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,5	3,7
Ποσοστό κάλυψης	71%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	68€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	237€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	669€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.347€	2.345€

Θήβας όπου η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι ιδιαίτερα υψηλή). Από την άλλη, τα νοσοκομεία της Άμφισσας, της Καρύστου, της Κύμης και του Καρπενησίου φαίνεται να επισκιάζονται από τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας αλλά και της Αττικής, όπου η εύκολη πρόσβαση και το χαμηλό κόστος ενισχύει τη μετακίνηση των ασθενών. Τα νοσοκομεία αυτά λειτουργούν περισσότερο ως πρωτοβάθμια νοσοκομεία (με εξαίρεση της Άμφισσας), κάτι που αποτυπώνεται και στους δείκτες επίδοσης (πληρότητα μεταξύ 30-50%) και παραδόξως αντίστοιχη μέση διάρκεια νοσηλείας (ίσως τεχνητή) με τα μεγάλα νοσοκομεία της περιφέρειας. Θα πρέπει τέλος να επισημανθεί πως η πλειοψηφία των δεικτών της περιφέρειας σε επίπεδο κλινών, εξοπλισμού αλλά και προσωπικού κινείται σημαντικά χαμηλότερα από το μέσο όρο της χώρας.

Όσον αφορά τους δείκτες κόστους, οι υψηλές τιμές στα μικρά περιφερειακά νοσοκομεία όπως της Άμφισσας, της Κύμης και της Καρύστου δεν φαίνεται να δικαιολογούνται από τη σοβαρότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται σε σχέση με τα τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια νοσοκομεία (Λαμίας, Χαλκίδας, Θήβας, Λιβαδειάς).



Τέλος, ως προς το φόρτο εργασίας του προσωπικού, και εδώ συναντάμε σημαντικές αποκλίσεις, με το προσωπικό στα νοσοκομεία Χαλκίδας και Λαμίας να δέχονται αναλογικά τον μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευθέντων σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία της περιφέρειας.

## Θ. Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας λειτουργούν 11 νοσοκομεία. Σημείο αναφοράς αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών με 663 κλίνες (περίπου το 40% του συνόλου της περιφέρειας). Λόγω της ιδιαίτερης φήμης που απολαμβάνει προσελκύει ασθενείς από όμορες περιφέρειες (Στερεάς Ελλάδας, Πελοποννήσου) και, ως εκ τούτου, παρουσιάζει σημάδια συμφόρησης, με πληρότητα που υπερβαίνει το 90% και

Περιφέρεια Δυτ. Ελλάδας	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,56	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,9	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/ 1.000 κατ.	3,4	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/ 1.000 κατ.	0,6	0,93
Μαγν. τομογράφοι/ 1.000 κατ.	0,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	3,09	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	38,7	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.266	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,6	3,7
Ποσοστό κάλυψης	74%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	114€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	406€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	690	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.464€	2.345€

μέση διάρκεια νοσηλείας σε ικανοποιητικά επίπεδα (3,8 ημέρες). Τα υπόλοιπα δευτεροβάθμια νοσοκομεία παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις ως προς την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Νοσοκομεία όπως του Αγρινίου, της Αμαλιάδας, του «Αγ. Ανδρέα» στην Πάτρα και του Πύργου φαίνεται να λειτουργούν αποδοτικά με πληρότητα που ξεπερνά το 70% και εξαιρετικά χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας (γύρω στις 3,0-3,5 ημέρες). Από την άλλη, νοσοκομεία όπως του Αιγίου, του Μεσολογγίου, του Νοσημάτων Θώρακος, το «Καραμανδάνειο» κινούνται σε χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικής αποδοτικότητας, με πληρότητα μεταξύ 50-58%, προφανώς επισκιασμένα από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών. Τέλος, από την ανάλυση των δεικτών επίδοσης των δύο Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας της περιφέρειας (Καλαβρύτων και Κρεστένων), είναι φανερό ότι δεν δικαιολογούν το δευτεροβάθμιο χαρακτήρα τους και κρίνεται σκόπιμο να επανεξεταστεί ο προσανατολισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Αναφορικά με τους δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας δεν συναντάμε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας. Οι δείκτες κινούνται σε αντίστοιχα





ή ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο της χώρας τόσο στο μέρος που αφορά το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης όσο και στο σύνολο του κόστους λειτουργίας. Ιδιαίτερο ωστόσο σημείο προβληματισμού και ελέγχου πρέπει να αποτελέσουν οι δείκτες κόστους των Γενικών Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας Κρεστένων και Καλαβρύτων, που ξεπερνούν έως και 250% το μέσο όρο των μικρών Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας της χώρας.

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα του φόρτου εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς σημαντικές διαφοροποιήσεις των νοσοκομείων (με εξαίρεση και εδώ τα Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας), όπου οι δείκτες κινούνται γύρω στους 100 νοσηλευθέντες ανά ιατρό και 50 νοσηλευθέντες ανά νοσηλευτή.

## I. Περιφέρεια Πελοποννήσου

Η Περιφέρεια Πελοποννήσου περιλαμβάνει έξι δευτεροβάθμια νοσοκομεία καθώς και δύο Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας. Η κάθε νοσοκομειακή μονάδα εξυπηρετεί επαρκώς τον πληθυσμό αναφοράς της, χωρίς να επισκιάζεται ουσιαστικά από όμορες νοσοκομειακές μονάδες, (σε αυτό συνηγορεί και η απουσία Πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην περιφέρεια). Η πλειοψηφία των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων λειτουργεί με ικανοποιητική

Περιφέρεια Πελοποννήσου	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	2,1	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,1	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,3	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	0,9	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,3	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./ 00.000 κατ.	6,23	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	26,7	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.058	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,1	3,7
Ποσοστό κάλυψης	62,6%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	54€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	170€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	611	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	1.912€	2.345€

πληρότητα, γύρω στο 65-70%, ενώ εξαίρεση αποτελούν το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης (58%) και ιδιαίτερα το Νοσοκομείο Ναυπλίου που παρουσιάζει, αφενός, χαμηλή πληρότητα (51%), αφετέρου, υψηλή μέση διάρκεια νοσηλείας. Εδώ ίσως θα πρέπει να επανεξεταστεί η λειτουργία των δύο νοσοκομείων (Αργους και Ναυπλίου) που είναι χωροθετημένα σε απόσταση μόλις 12 χλμ., καθώς η συλλειτουργία τους φαίνεται να οδηγεί σε κατακερματισμών πόρων και αντιοικονομίες κλίμακας. Από τα δύο Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας της Περιφέρειας, των Μολάων φαίνεται να λειτουργεί πιο αποδοτικά, με υψηλή πληρότητα (75%) και χαμηλή



μέση διάρκεια νοσηλείας (3,8 ημέρες) σε σχέση με αυτό της Κυπαρισσίας, ίσως και εξαιτίας της γειννιάσης του τελευταίου (απόσταση 60 χλμ.) από το νοσοκομείο του Πύργου.

Από πλευράς οικονομικής αποδοτικότητας δεν παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων (Άργους, Καλαμάτας, Κορίνθου, Τρίπολης, Σπάρτης, Ναυπλίου), σε αντίθεση με τα Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας που το κόστος ανά νοσηλευθέντα καθώς και το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στη μονάδα της Κυπαρισσίας είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο των Μολάων. Γενικά, το μέσο κόστος νοσηλείας, όπως και το μέσο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, σε επίπεδο περιφέρειας κινείται σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα, μειωμένο από 20% έως 50% σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο.

### Κ. Περιφέρειας Κρήτης

Η Περιφέρεια Κρήτης αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα πολυκερματικού των μονάδων υγείας. Μόνο στο νομό Λασιθίου (που κατοικεί μόλις το 12% του πληθυσμού της περιφέρειας) και σε ακτίνα 85 χλμ. λειτουργούν ένα νοσοκομείο («Αγ. Νικολάου») και τρία Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας (Ιεράπετρας, Νεάπολης και Σητείας). Για τα τρία αυτά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας, που η πληρότητά τους είναι χαμηλή, θα πρέπει να

Περιφέρεια Κρήτης	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	3,49	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	2,4	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	3,5	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	1,3	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	2,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	4,2	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	45,5	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	1.408	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,6	3,7
Ποσοστό κάλυψης	67%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	108€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	388€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	656€	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.346€	2.345€

επανεξεταστεί ο ρόλος τους σε μια προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και ενίσχυσης της αποδοτικότητάς τους.

Από τα υπόλοιπα νοσοκομεία, σημείο αναφοράς αποτελεί σαφώς η λειτουργία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, το οποίο διαθέτει πληρότητα πάνω από 73% και ικανοποιητική μέση διάρκεια νοσηλείας (3,8 ημέρες). Με υψηλής στάθμης ιατρικό προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό βιοϊατρικής τεχνολογίας έχει συμβάλει στη μείωση των μετακινήσεων ασθενών προς τα νοσοκομεία της Αττικής. Καλή εικόνα από πλευράς αξιοποίησης διαθέσιμων πόρων παρουσιάζουν και τα υπόλοιπα τρία νοσοκομεία (Χανίων, Ρεθύμνου και «Βενιζέλειο»



Ηρακλείου), με πληρότητα που προσεγγίζει το 70% και ικανοποιητική μέση διάρκεια νοσηλείας. Σε επίπεδο πάντως ανάγνωσης των δεικτών της περιφέρειας σε συγκεντρωτικό επίπεδο θα πρέπει να επισημανθεί η επάρκεια (αναλογικά με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό) τόσο σε επίπεδο υποδομών όσο και σε επίπεδο προσωπικού και εξοπλισμού.

Τέλος, από πλευράς δεικτών οικονομικής αποδοτικότητας δεν συναντάμε σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων της περιφέρειας. Το κόστος ανά νοσηλευθέντα κινείται σε περίπου 2.200–2.600 €, ενώ το ημερήσιο κόστος νοσηλείας μεταξύ 550–750 €, που είναι και ελαφρώς αυξημένο σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας.

#### Λ. Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου σημείο αναφοράς αποτελεί το νοσοκομείο της Ρόδου, που διαθέτει και το 56% του συνόλου των κλινών της περιφέρειας, ενώ υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης προσφέρει και το νοσοκομείο της Σύρου (με υψηλή πληρότητα που όμως οφείλεται περισσότερο στη διογκωμένη μέση διάρκεια νοσηλείας, 7,8 ημέρες). Τα υπόλοιπα τρία Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας φαίνεται να λειτουργούν

Περιφέρεια Ν. Αιγαίου	Τιμή	Μ. όρος χώρας
Κλίνες/1.000 κατ.	1,93	2,87
Ιατρ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,0	1,96
Νοσηλ. προσωπικό/1.000 κατ.	1,9	3,12
Αξονικοί τομογράφοι/1.000 κατ.	0,3	0,93
Μαγν. τομογράφοι/1.000 κατ.	0,0	0,19
Έδρες Μ.Τ.Ν./100.000 κατ.	4,9	4,93
Χειρ. επεμβάσεις/1.000 κατ.	28,0	38,6
Ασθενείς ΤΕΠ & ΤΕΙ/1.000 κατ.	880	1.128
Μέση διάρκεια νοσηλείας	3,5	3,7
Ποσοστό κάλυψης	57%	70,5%
Ημερ. κόστος φαρμακευτικής δαπάνης	108€	103€
Φαρμακευτική δαπάνη/νοσηλευθέντα	388€	378€
Ημερήσιο κόστος νοσηλείας	723	641€
Κόστος/νοσηλευθέντα	2.528€	2.345€

περισσότερο σε πρωτοβάθμια επίπεδο διακομίζοντας την πλειοψηφία των περιστατικών προς νοσηλεία στα νοσοκομεία της Αθήνας. Όπως έχει ήδη επισημανθεί, οι νησιωτικές περιφέρειες, και μάλιστα αυτές με ιδιαίτερα υψηλή τουριστική κίνηση, θα πρέπει να σχεδιάζονται και αξιολογούνται με διαφορετικά κριτήρια λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας, συνεκτιμώντας εκτός βέβαια από την ασφάλεια του μόνιμου πληθυσμού και την απήχηση της εικόνας της χώρας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό.

Πολύ μεγάλες αποκλίσεις παρατηρούνται στους δείκτες κόστους των νοσοκομείων της περιφέρειας ακόμα και μεταξύ δευτεροβάθμιων νοσοκομείων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το



κόστος ανά νοσηλευθέντα στο νοσοκομείο Ρόδου είναι μόλις 1.953 €, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης στο νοσοκομείο Σύρου ανέρχεται σε 5.462 €. Αντίστοιχες αποκλίσεις, πιο ήπιας μορφής, παρατηρούνται και μεταξύ των τριών Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας της περιφέρειας, οι οποίες ξεπερνούν το 60%.

Μεγάλες επίσης διαφοροποιήσεις συναντάμε και στην εξέταση του δείκτη της σχέσης μεταξύ νοσηλευθέντων και ιατρικού προσωπικού. Το προσωπικό του νοσοκομείου της Ρόδου δέχεται όπως είναι φυσικό τη μεγαλύτερη πίεση από πλευράς περιστατικών νοσηλείας και, ως εκ τούτου, παρουσιάζει τον υψηλότερο φόρτο εργασίας, ενώ αντίστοιχα υψηλός είναι ο δείκτης και στο Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Νάξου.



### 9.3 Προτάσεις πολιτικής

Τα τελευταία χρόνια ο θεσμός του νοσοκομείου στην κλασική του μορφή δέχεται πιέσεις εξαιτίας των εξελίξεων στην κλινική πρακτική και τη βιοϊατρική τεχνολογία, στην αλλαγή του νοσολογικού προτύπου κ.λπ. (Edwards, Wyatt & McKee, 2004<sup>10</sup>). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιτάχυνση των αναγκαίων επιχειρησιακών και οργανωτικών αλλαγών, με απώτερο στόχο τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών μέσα από τον έλεγχο του κόστους και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων.

Στη χώρα μας, η τρέχουσα κοινωνικο-οικονομική συγκυρία κάνει επιτακτικότερη την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου δημόσιου συστήματος υγείας, που θα καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών και θα εξασφαλίζει ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Η πλειοψηφία των ερευνών ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας έχουν δείξει ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν είναι σε θέση να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες των πολιτών, ενώ το επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών κινείται σε μη αποδεκτά επίπεδα. Η απαξίωση τελικά αυτή για σημαντικό μέρος των χρηστών βαίνει αυξανόμενη και οδηγεί αναπόφευκτα στη διόγκωση της ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνοντας το διαθέσιμο εισόδημά τους. Παράλληλα, το ιδιαίτερο γεωγραφικό ανάγλυφο της χώρας, σε συνδυασμό με το πλήθος των απομακρυσμένων περιοχών και νησιωτικών συμπλεγμάτων, δημιουργεί αφηρητικά ένα σημαντικό πρόβλημα για κάθε φορέα λήψης αποφάσεων, ο οποίος θα πρέπει να ισορροπήσει –αν όχι να επιλέξει– μεταξύ κοινωνικής και λειτουργικής/οικονομικής αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων.

Διαχρονικά η βούληση της πολιτείας ως προς την κατανομή των πόρων υγείας εστίαζε κυρίως στην ικανοποίηση της κοινωνικής αποδοτικότητας στο πλαίσιο μιας πολιτικής ικανοποίησης των αναγκών και αιτημάτων του συνόλου του πληθυσμού της χώρας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ίδρυση ενός μεγάλου αριθμού νοσοκομειακών μονάδων σε όλη την επικράτεια (συνήθως υπερβάλλουσας δυναμικότητας), σημαντικό μέρος των οποίων λειτουργεί σήμερα μη αποδοτικά οδηγώντας σε κατασπατάληση πόρων του ΕΣΥ.

Από την άλλη, έχοντας υπόψη τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα αλλά και τις τάσεις εσωτερικής μετακίνησης του πληθυσμού, είναι προφανές ότι η σύγχρονη πολιτική υγείας πρέπει να στοχεύει σε συντονισμένες προσπάθειες και διατομεακές δράσεις που θα περιλαμβάνουν τον αναπροσανατολισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας

---

<sup>10</sup> Configuring the hospital in the 21st century. WHO, European Observatory on Health systems and Policies



φροντίδας και της δημόσιας υγείας, την έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων.

Υπό το πρίσμα αυτό και στο πλαίσιο εξορθολογισμού των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και της εξασφάλισης της βιωσιμότητας του ΕΣΥ, η Πολιτεία θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες που μεταξύ άλλων θα στοχεύουν:

- Στην **συστηματική μέτρηση και αξιολόγηση των αναγκών και του επιδημιολογικού προφίλ κάθε περιφέρειας** με στόχο την εξασφάλιση της δίκαιης κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Όπως έχει αναφερθεί, σήμερα είναι ιδιαίτερα εμφανής η απουσία κριτηρίων και μηχανισμών ορθολογικής περιφερειακής κατανομής των πόρων στην χώρα μας. Προς την κατεύθυνση αυτή κρίνεται επιτακτική η ανάγκη αξιοποίησης υφιστάμενων ή και νέων μηχανισμών καταγραφής των επιδημιολογικών και λοιπών δεδομένων της χώρας (π.χ. Υγειονομικός Χάρτης), καθώς και σύγχρονων μοντέλων βέλτιστης κατανομής (π.χ. RAWP) έτσι ώστε η κατανομή των πόρων του ΕΣΥ να ανταποκρίνεται επαρκώς στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας.
- Στην **αυτονομία των περιφερειακών υγειονομικών διοικήσεων** με σκοπό τον επιχειρησιακό σχεδιασμό της περιοχής ευθύνης τους. Σήμερα η πλειοψηφία των δράσεων και αποφάσεων στην νοσοκομειακή περίθαλψη πραγματοποιείται κατά βάση σε κεντρικό επίπεδο, υπό το κράτος της πίεσης της κοινωνικής γνώμης, των οικονομικών αδιεξόδων ή της θεαματικής επιβάρυνσης των δεικτών δημόσιας υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού σε περιφερειακό επίπεδο το οποίο θα επιτρέψει την κατανομή των πόρων βάσει πραγματικών αναγκών του εκάστοτε πληθυσμού αναφοράς. Στο πλαίσιο αυτό, οι διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών, θα πρέπει να αποκτήσουν την απαιτούμενη αυτονομία έτσι ώστε να είναι υπεύθυνοι για την χάραξη της στρατηγικής του δημόσιου τομέα της υγείας στην περιοχή ευθύνης τους.
- Στην **ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** με έμφαση στον οικογενειακό ιατρό, με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων για χαμηλής βαρύτητας περιστατικά. Προς τη κατεύθυνση αυτή, ο Ν. 4238/2014 αποτελεί μια σημαντική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, μέσα από τη δημιουργία ενός ενιαίου εθνικού συστήματος ΠΦΥ, αξιοποιώντας μάλιστα το σύνολο των ανθρώπινων και τεχνολογικών μέσων (δημόσιων και ιδιωτικών) που διαθέτει η χώρα. Ωστόσο, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, αν και προβλέπεται στη σχετική νομοθεσία, δεν έχει ακόμη λειτουργήσει ουσιαστικά.



Παράλληλα, θα πρέπει να ενισχυθούν οι δράσεις που στοχεύουν στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας καθώς έχει αναγνωριστεί διεθνώς η συμβολή τους στη βελτίωση του επιδημιολογικού προφίλ του πληθυσμού και, κατ' επέκταση, στη μείωση των δαπανών υγείας. Το σημερινό επιδημιολογικό πρότυπο, που κυριαρχείται από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τις νεοπλασίες και τα ατυχήματα, οδηγεί αναπόφευκτα σε νέες πολιτικές υγείας και νέες υπηρεσίες. Με δεδομένο ότι όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, αποδίδεται πλέον ιδιαίτερη σημασία στην προώθηση της πρόληψης των αιτιών αυτών.

- **Στη συγχώνευση νοσοκομείων ή/και τη μείωση των νοσοκομειακών κλινών** με σκοπό τη βέλτιστη χρήση των πόρων. Προς την κατεύθυνση αυτή τον Ιούλιο του 2011 έγινε μια προσπάθεια αναδιάταξης των νοσοκομειακών μονάδων υγείας του ΕΣΥ (σύσταση αρμόδιας Επιτροπής υπό τον καθηγητή κ. Λιαρόπουλο), προκειμένου να επιτευχθούν οι απαιτούμενοι στόχοι βέλτιστης αξιοποίησης και κατανομής των διατιθέμενων πόρων. Διαμορφώθηκε έτσι ένας νέος Χάρτης του ΕΣΥ που οδήγησε σε 83 νοσοκομεία από 131 (83 κύρια και 48 συνδεδεόμενα), ενώ παράλληλα συμπεριελήφθησαν στο σχεδιασμό και τα πέντε νοσοκομεία του ΙΚΑ καθώς και τα δύο νοσοκομεία ειδικού σκοπού («Ωνάσειο» ΚΚ και ΓΝ «Παπαγεωργίου»). Τα περιθώρια, ωστόσο, για περαιτέρω αναδιοργάνωση των υφιστάμενων μονάδων και υπηρεσιών και, κυρίως, την κινητικότητα του προσωπικού (με αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου) για την κάλυψη σημαντικών ελλείψεων (κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό) μονάδων αιχμής, πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της μελλοντικής στρατηγικής του ΕΣΥ.
- **Στην αλλαγή χρήσης μη αποδοτικών νοσοκομειακών μονάδων** σε συνδυασμό με την ανάπτυξη νέων εξειδικευμένων δομών υπηρεσιών υγείας (ξενώνες τελικού σταδίου, ημερήσια νοσηλεία, κατ' οίκον φροντίδα, κέντρα αποκατάστασης κ.λπ.). Όπως παρουσιάστηκε στην παρούσα διατριβή, σημαντικό μέρος νοσοκομειακών μονάδων τόσο της Αττικής όσο και της περιφέρειας εξακολουθούν να λειτουργούν μη αποδοτικά και με σημαντική κατασπατάληση των διαθέσιμων πόρων (εξοπλισμός ΒΙΤ, προσωπικό, υλικά κ.λπ.). Η Πολιτεία, με στόχο τη μείωση του κόστους νοσηλείας και την παροχή σύγχρονων και ποιοτικών υπηρεσιών, θα πρέπει να τολμήσει στην μετατροπή μέρους αυτών σε νέες σύγχρονες ανταγωνιστικές μονάδες υγείας που θα καλύπτουν νέες ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς τους. Χαρακτηριστικό το παράδειγμα της αλλαγής χρήσης του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Νεάπολης, που είναι σε φάση μετατροπής σε Κέντρο Αποκατάστασης.



- Στη **βελτίωση της κατανομής του νοσηλευτικού προσωπικού** μεταξύ των νοσοκομείων της χώρας. Όπως έχει αναφερθεί, μία από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι η συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, με συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις. Από την ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων, παρατηρούμε ότι ενώ ο δείκτης στις χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχεται σε 2,83 νοσηλευτές ανά ιατρό, στα δημόσια νοσοκομεία της έρευνάς μας ο μέσος δείκτης της χώρας ανέρχεται σε 1,58 νοσηλευτές, ενώ η Αττική, η οποία δέχεται και το υψηλότερο φορτίο ασθενών, διαθέτει τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το ιατρικό (1,39). Επισημαίνεται πως η ιδιομορφία αυτή της Ελλάδας έχει δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία πολλών νοσοκομείων της χώρας, οδηγεί σε κλείσιμο μονάδων ΜΕΘ ή άλλων κρίσιμων τμημάτων και αποτελεί έναν από τους βασικότερους λόγους burn out του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία αιχμής. Για το λόγο αυτό, αν και η τρέχουσα οικονομική συγκυρία δεν επιτρέπει την πρόσληψη νέου νοσηλευτικού προσωπικού, θα πρέπει άμεσα αν εξεταστεί η δυνατότητα μετακίνησης προσωπικού από άλλες περιφέρειες (ακόμα και αν αυτό απαιτεί αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου), έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις των παραπάνω προβλημάτων.
- Στην **υλοποίηση ενεργειών βελτίωσης της οργάνωσης και απόδοσης των μονάδων υγείας**. Ενδεικτικές δράσεις προς την κατεύθυνση αυτή, αποτελούν:
  - Ο ορισμός διοικητών με επαγγελματικά και επιστημονικά κριτήρια. Ήδη με την εφαρμογή του Ν. 2889/2001 είχε αναδειχθεί η σημασία του θεσμού του διοικητή (με συγκεκριμένα κριτήρια), ο οποίος αναλαμβάνει τη διοίκηση του νοσοκομείου μέσα από μετρήσιμους στόχους και δείκτες.
  - Η εφαρμογή του μοντέλου των κλειστών νοσηλίων (DRG's) θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα στο στρατηγικό σχεδιασμό του αρμόδιου Υπουργείου σε μια προσπάθεια παρακολούθησης, ελέγχου και συγκράτησης του κόστους κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Προς την κατεύθυνση αυτή και μέσα από την αξιοποίηση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης (MIS) θα πρέπει να γίνει προσπάθεια από πλευράς διοικήσεων για τον έλεγχο και τη συστηματική παρακολούθηση βασικών πηγών κόστους (π.χ. φάρμακα, υγειονομικό υλικό, αντιδραστήρια, ορθοπεδικό υλικό, κ.λπ.). Προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να ενισχυθεί και η διανομή γενόσημων φαρμάκων,





που έχει συμβάλει στη μείωση του κόστους υπηρεσιών υγείας σε πολλές χώρες της ΕΕ.

- Η διαχείριση σε κεντρικό επίπεδο των διαδικασιών προμηθειών. Είναι προφανές ότι η προμήθεια υλικών από κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά δεν μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά, ενώ παράλληλα δύναται να οδηγήσει σε ενίσχυση της πελατειακής σχέσης κράτους - ιδιωτών. Η διαχείριση των προμηθειών σε κεντρικό επίπεδο με σύγχρονες διαδικασίες (ηλεκτρονικές προμήθειες, προδιαγραφές κ.λπ.) μπορεί να δημιουργήσει οικονομίες κλίμακας, εξασφαλίζοντας για το σύνολο των νοσοκομείων σημαντικά χαμηλότερες τιμές.



## ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adamopoulos, A., Gioti-Papadaki, O., Sissouras, A.** (2015). Regional Disparities in Resource Allocation of Hospital Care in Greece. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 5(3), pp. 80-90.
- Afshari, H. & Peng, Q.** (2004). Challenges and Solutions for Location of Healthcare Facilities. *Industrial Engineering & Management*, 3.
- Ahgren, B.** (2008). Is it better to be big? The reconfiguration of 21<sup>st</sup> century hospitals: responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 87(1), pp. 92-99.
- Ammari, F. & Miyagi, T.** (1993). Health Care Facilities Location Model with Genetic Algorithm. *Journal of the Eastern Asia Society for Transportation Studies*, 3(4).
- Asefzadeh, S.** (1996). Assessing the need to establish new hospitals, Reviews and reports. *La Revue de Santé de la Mediterranee Orientale*, 2(2), pp.336-338.
- Asthana, S. & Gibson, A.** (2008). Deprivation, demography and the distribution of general practice: challenging the conventional wisdom of inverse care. *British Journal of General Practice*, 58, pp. 718-727.
- Athanassopoulos, A.D., Gounaris, C. & Sissouras, A.** (1999). A Descriptive Assessment of the Production and Cost Efficiency of General Hospitals in Greece. *Health Care Management Science*, 2(2), pp. 97-106.
- Barr, A. & Logan, R.F.L.** (1977). Policy Alternative for Resource Allocation. *The Lancet*, 1, pp. 994-996.
- Böcken, J., Butzlaff, M. & Eche, A. (eds.)** (2001). *Reforming the Health Sector*. Gütersloh: Bertelsmann Foundation Publishers (available at: [www.bertelsmann-stiftung.de/medien/pdf/554.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/medien/pdf/554.pdf)).
- Briggs, C. & Briggs, A.** (2004). *Health Care Financial Management*. Elsevier Australia.
- Brown, S. & Lumley, J.** (1993). Antenatal care: a case of the inverse care law. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 17(2), pp. 95-103.
- Broyles, R.W. & Al-Assaf, A.F.** (1999). The costs of quality: an interactive model of appraisal, prevention and failures. *Health Services Management Research*, 12(3), pp. 169-82.
- Chappell, N & Hollander, M.** (2002). *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*. Hollander Analytical Services Ltd. and the Centre on Aging at the University of Victoria.
- Connor, S., Teno, J., Spence, C. & Smith, N.** (2005). Family Evaluation of Hospice Care: Results from Voluntary Submission of Data via website. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 30(1).



- Daskin, M.S. & Dean, L.K.** Location of Health Care Facilities, Chapter 3. In Sainfort, F., Brandeau, M. & Pierskalla, W. (editors), *The Handbook of OR/MS in Health Care: A Handbook of Methods and Applications*. Kluwer, 2004, pp. 43-76.
- Department of Health** (2005). *Resource Allocation Weighted Capitation Formula. Fifth Edition*. London: Department of Health.
- Donabedian, A.** (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), p. 166.
- Economou, Ch.** (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Economou, Ch. & Giorno, C.** (2009). *Improving the performance of the public health care system in Greece*. Economic Department Working Paper 722, OECD.
- Edwards, N., Wyatt, S. & McKee, M.** (2004). *Configuring the hospital in the 21st century*. WHO, European Observatory on Health systems and Policies.
- Fauzy, A. & Tirshihiko, M.** (1993). Health Care Facilities Location Model with Genetic Algorithm. *Journal of the Eastern Asia Society for Transportation Studies*, 3(4).
- Figueras, J., McKee, M., Cain, J. & Lessof, S. (eds)** (2004). *Health Systems in Transition: Learning from Experience*. Copenhagen European Observatory on Health Systems and Policy.
- Figueras, J., Saltman, R. & Mossialos, E.** (1997). *Challenges in evaluating health sector reform: an overview*. LSE Health Discussion Paper 8, LSE.
- Forster, D.P.** (1977). Mortality, Morbidity, Resource Allocation and Planning. *The Lancet*, 1, pp. 997-998.
- Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutzchings, A. et al.** (2002). Process and impact of mergers of NHS Trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ*, 325(7358), p. 246.
- Hart, J.T.** (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297, pp. 405-412.
- Hart, J.T., Thomas, C., Gibbons, B. et al.** (1991). Twenty five years of casefinding and audit in a socially deprived community. *BMJ*, 302, pp. 1509-13.
- Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N. & Parker, G.** (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*, 319.
- Johanson, R.B., El-Timini, S., Rigby, C., Young, P. & Jones, P.** (2001). Caesarean section by choice could fulfill the inverse care law. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 97(1), pp. 20-22.
- Johnson, J. & De Souza, C.** (2008). *Understanding Health and Social Care: An Introductory Reader*. The Open University, Sage Publications, pp. 265-269.



- Kaul, S.** (1991). Twenty five years of case finding and audit. *BMJ*, 303, pp. 524-25.
- Kjekshus, L. & Hagen, T.** (2007). Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12, pp. 230–235.
- Knox, E.G.** (1978). Principles of Allocation of Health Care Resources. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(1), pp. 3-9.
- Kristensen, T., Bogetoft, P. & Pedersen, K.M.** (2010). Potential gains from hospital mergers in Denmark. *Health Care Management*, 13(4).
- Kristensen, T., Olsen, K., Kilsmark, J. & Pedersen, K.** (2008). *Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals*. University of Southern Denmark.
- Liaropoulos, L.** Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective. In **Dracopoulou, S. (ed.)** (1998). *Ethics and Values in Health Care Management*. London: Routledge.
- Liaropoulos, L.** (1995). Health services financing in Greece: A role for private health insurance. *Health Policy*, 34(1), pp. 53-62.
- McKee, M.** (2004). *Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned?* WHO, European Observatory on Health systems and Policies.
- McKeown, T.** (1976). *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London: Nuffield Principal Hospital Trust.
- NHS and Community Care Act** (1990). HMSO, London.
- NHS Centre for reviews and dissemination** (1996). *Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs*. CRD Report 8 (Part II).
- Nuffield Institute for Health, University of Leeds and NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York** (1996). *Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers*.
- Rawls, J.** (1971). *A Theory of Justice*. Belknap Press.
- Record of the Society of Actuaries** (1998). *Health Care Financing Systems Around the World*. Maui II Spring Meeting, June 22-24, Vol 24, No. 2, Session 87TS.
- Roos, N.P. & Shapiro, E.** (1995). Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*, 33 (12 Suppl.), DS109-DS126.



- Saltman, R.B. & Figueras J.** (1997). *European Health Care Reform. Analysis of current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No 72.
- Scottish Executive Health Department** (1999). *Fair shares for all: report of the National Review of Resource Allocation for the NHS in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.
- Shield, R.** (2002). *Hospital mergers and psychological contracts: Developing a critical realist research approach*. Manchester Metropolitan University Business School, Working Paper Series (online). Human Resources Research Group.
- Sidney Ortun Flament** (2012). *Review of a Seminal Article in Health Promotion*. Health Promotion Connection.
- Sissouras, A., Karokis, A. & Mossialos, E.** (1994). Greece. In OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: OECD.
- Smith, P. & Goddard, M.** *The English National Health Service: An economic health check*. OECD Economics Department Working papers No. 716.
- Starfield, B.** (2001). New paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice*, 51, pp. 303-09.
- Stirling, A.M., Wilson, P. & McConnachie, A.** (2001). Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *British Journal of General Practice*, 51, pp. 456-60.
- Stretton, H. & Orchard, L.** (1994). *Public Goods, Public Enterprise, Public Choice*. London: Macmillan Press.
- Shi, L.** (1996). Patient and Hospital Characteristics associated with Average Length of Stay. *Health Care Management Review*, 21(2), pp. 46-61.
- Thomson, R.E.** (1980). *Next steps in implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals*. Thomson, Mohr and Associates Inc.
- Toynbee, P. & Walker, D.** (2001). *Did things get better? An audit of Labour's successes and failures*. London: Penguin, p. 87.
- Tsalikis, G.** (1988). Evaluation of the socialist health policy in Greece. *International Journal of Health Services*, 18(4), pp. 543-561.
- Tunstall-Pedoe, H., Vanuzzo, D., Hobbs, M. et al.** (2000). Estimation of event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO, MONICA Project populations. *The Lancet*, 355, pp. 688-700.
- Watt, G.** (1999). The example of Dr Julian Tudor Hart. *British Journal of General Practice*, 35, p. 503.



**Watt, G.** (2002). The inverse care law today. *The Lancet*, 360, pp. 252-4. Available at: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).

**WHO** (1980). *Health for All by Year 2000*.

**WHO** (1958). *The first ten years of WHO. Annex constitution of the WHO*. Geneva: World Health Organisation.



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**Αγγελόπουλος, Χ.** «Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις». Πρακτικά συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.

**Αδαμόπουλος, Α., Γιώτη-Παπαδάκη, Ο., Σισσούρας, Α.** (2015). *Συσχέτιση μεγέθους και αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα*. Κείμενα Περιφερειακής Επιστήμης, Τόμος VI, (1).

**Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Καραμπλή, Ε., Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Χ., Μυλωνά, Κ., Σουλιώτης, Κ., Τριτάκη, Γ. & Τσιάντου Β.** (2009). *Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης – ΕΣΔΥ. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο <http://www.ita.org.gr>.

**Αρβανίτη, Μ., Τσιτσόπουλος, Π., Σαράφης, Π. & Νιάκας, Δ.** (2006). Χειρουργείο ημέρας – Προοπτικές, αντιλήψεις και πρόθεση συμπεριφοράς των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.

**Γεωργιάδης, Κ.** (2012). Οι αντιστάσεις στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ. *Περιοδικό The Scanner*, 53.

**Δερβένης, Χ. & Πολύζος, Ν.** (1995). *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

**Ζηλίδης, Χ.** (2005). Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: Η Μεταρρύθμιση 2000-2004. Εκδόσεις Mediforce, Εκδοτική σειρά: Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

**Θεοδώρου, Μ. & Μητροσύλη, Μ.** (1999). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

**Θεοδώρου, Μ.** (2000). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

**Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. & Σούλη, Σ.** (2001). *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, σ.72-73.

**Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π.** (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος, σ. 64-67, 81.

**Καρόκης, Α. & Σισσούρας, Α. (επιμ)**, Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Οργάνωση και Χρηματοδότηση. Στο *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1994.

**Κόνσολας, Ν.** (1997). *Σύγχρονη Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική*. Εκδόσεις Παπαζήση.



- Κοντούλη – Γείτονα, Μ.** (1997). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.
- Κούτσης, Α.** (1998). *Ιατρική τεχνοεπιστήμη και υγεία: μια αδρή επιστημολογική προσέγγιση*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο: [www.healthp.org](http://www.healthp.org).
- Κυριόπουλος, Γ., Αδαμόπουλος, Α., Αθανασάκης, Κ., Ζάβρας, Δ., Καρέλα, Α., Καρδαλά, Ο., Μυλωνά, Α., Ολλανδέζος, Μ., Ρουμελιώτου, Α., Σίμου, Έ., Σκρουμπέλος, Α., Τσιάντου, Β.**, (2011). *Η Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας: Η περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Οικονομικών της Υγείας (<http://www.nsph.gr>).
- Κυριόπουλος, Γ & Φιλαλήθης, Τ.** (1996). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. & Σισσούρας, Α.** (2000). *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης – Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*. Κεφ. 2, σ. 63.
- Κωνσταντοπούλου, Α.** (2006). *Η Πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα*.
- Λιαρόπουλος, Λ.** (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σ. 199-202.
- Μπένος, Α.** (1993). Η γενική ιατρική στην ιατρική προπτυχιακή εκπαίδευση. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 5, σ. 34-41.
- Μητρόπουλος Ι.** (2006). *Μελέτη Ανάπτυξης Τύπου για την Κατανομή των Πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας, Τμήμα Επιχειρησιακού Σχεδιασμού & Πληροφοριακών Συστημάτων.
- Μπουρσανίδης, Χ.** (1995). Το Κορπορατιστικό μοντέλο κοινωνικής διοίκησης. Μια προσπάθεια θεωρητικής θεμελίωσης και σκιαγράφησης του συστήματος υγείας και της πολιτικής υγείας στη Γερμανία. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 4, σ. 31-58.
- Νιάκας, Δ.** (1993). *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Νικολακόπουλος, Κ.** (2014). *Συνενώσεις νοσηλευτικών ιδρυμάτων – διεθνής και ευρωπαϊκή εμπειρία*.
- Οικονόμου, Χ.** (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Επιστημονικές εκθέσεις, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Κοινωνικών και Οικονομικών Εξελίξεων.
- Παπαδασκαλόπουλος, Α.** (2000). *Μέθοδοι Περιφερειακής Ανάλυσης*. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σιγάλας, Ι.** (1997). Εκσυγχρονισμός των ελληνικών νοσοκομείων: προϋπόθεση απαραίτητη για την επιτυχία της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Επιθεώρηση Υγείας*, 8 (44), σ. 81-85.
- Σισσούρας, Α. & Μητρόπουλος, Ι.** (2004). *Πολυκριτηριακή λήψη αποφάσεων για την περιφερειακή κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας*. Μονάδα Ανάλυσης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών.





- Σισσούρας, Α.** (2012). *Τα Μετέωρα Βήματα του ΕΣΥ*. Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ. & Κυριόπουλος Γ.** (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις*.
- Τούντας, Γ.** (2009). *Αγωγή & Προαγωγή Υγείας*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο <http://asclepiaeion.mpl.uoa.gr/>.
- Τούντας, Γ. κ.ά.** (2009). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τούντας Γ. & Οικονόμου Ν.** (2007). *Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Τσαβαλιάς, Κ., Σίσκου, Ο. & Λιαρόπουλος, Λ.** (2012). *Συγκριτικές νοσοκομείων στην Ευρώπη. Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Υπουργείο Υγείας** (2013). *ΥΓΕΙΑ 2014-2020: Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του Τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020*.
- Υφαντόπουλος, Γ.** (1988). *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα, σ. 49-51.
- Υφαντόπουλος, Γ.** (2006). *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα, σ. 94-97.
- Χλέτσος, Μ.** (2003). *Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές, Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία»*. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής.
- Χριστοφάκης, Μ.** (2001). *Τοπική Ανάπτυξη και Περιφερειακή Πολιτική*, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Χριστοφάκης, Μ. & Γκούζος, Α.** (2011). *Χωροταξική κατανομή και δυναμισμός του πρωτογενή τομέα στις περιφέρειες της Ελλάδας*.
- Χρόνης, Σ.** (2008). *Δείκτες δραστηριότητας: Management των αλλαγών και Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στο Χώρο των Νοσοκομείων*.



## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Οι σύγχρονες τάσεις της προαγωγής της υγείας (2014). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο <http://healthpromotion.med.uoa.gr>

ΕΛΣΤΑΤ, Προβολές Πληθυσμού. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ver-1/ESYE/BUCKET/A1602/Other/A1602\\_SPO18\\_TB\\_AN\\_00\\_2007\\_13\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ver-1/ESYE/BUCKET/A1602/Other/A1602_SPO18_TB_AN_00_2007_13_F_GR.pdf).

<http://www.espa.gr/el/Pages/Default.aspx>

<http://www.euro.who.int/en/home>

<http://www.ygeia-pronoia.gr/>

Help the Hospices Palliative care: Facts and Figures (2010), available at: <http://www.helpthehospices.org.uk/>

Trends in Hospital Financing in the European Union, Cyprus – Switzerland, available at: [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/48\\_financv/48\\_financing\\_1997\\_review2000.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/48_financv/48_financing_1997_review2000.pdf)