



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Οι δείκτες αξιολόγησης ως εργαλείο λήψης αποφάσεων
παρέμβασης σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ε.Σ.Υ.*

*Η περίπτωση του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων του
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου».*

Τσάπας Αριστείδης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Καραγιάννη Ρωξάνη

Φεβρουάριος, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Οι δείκτες αξιολόγησης ως εργαλείο λήψης αποφάσεων παρέμβασης σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ε.ΣΥ. Η περίπτωση του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων του Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου».

Τσάπας Αριστείδης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Καραγιάννη Ρωξάνη

Φεβρουάριος, 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ελληνική περίληψη	i
Αγγλική περίληψη	ii
Πίνακες	iii
Γραφήματα	iv

1.Εισαγωγή.....	11
1.1 Οι δείκτες αξιολόγησης-Εισαγωγή.....	14
1.2 Δείκτες αξιολόγησης	14
1.2.1. Χαρακτηριστικά δεικτών αξιολόγησης.....	16
1.2.2 Προβλήματα στο σχεδιασμό και τη χρήση των δεικτών.....	19
1.2.3 Ταξινόμηση των δεικτών αξιολόγησης.....	23
1.2.4 Δείκτες εισροών, εκροών, αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και ποιότητας.....	28
2. Δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ε.Σ.Υ.....	32
2.1 Κέντρα Υγείας-Περιφερειακά Ιατρεία.....	32
2.2 Ανασκόπηση νομοθεσίας.....	35
3.Μεθοδολογική προσέγγιση.....	37
3.1 Ποσοτική ανάλυση.....	37
3.2 Ποιοτική ανάλυση.....	42
4. Αποτελέσματα.....	46
4.1 Εισαγωγή.....	46
4.2 Ποσοτική ανάλυση του Κέντρου Υγείας.....	46
4.2.1 Γεωγραφική χωροθέτηση.....	46
4.2.2 Στελέχωση του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων.....	47
4.2.3 Νοσηλευτική κίνηση.....	49
4.2.4 Οικονομικά στοιχεία.....	65
4.3 Ανάλυση ποσοτικών δεικτών.....	72
4.3.1 Δείκτες εισροών.....	72
4.3.2 Δείκτες εκροών.....	73
4.3.3 Δείκτες αποδοτικότητας.....	76
4.3.4 Δείκτες παραγωγικότητας.....	77
4.3.5 Δείκτες οικονομικότητας.....	80
4.4 Ποιοτική ανάλυση.....	81
5. Συμπεράσματα.....	88

Βιβλιογραφία

1. Παράρτημα Κόστος σε ευρώ μικροβιολογικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων σύμφωνα με τα Προεδρικά Διατάγματα 157/1991, 163/1988,

81/1988, 138/1990, 427/1991, 38/1993, 65/1996 και 114/2000 καθώς και αυτών που έχουν κοστολογηθεί από το ΚΕΣΥ και έχουν γίνει αποδεκτές από το Υπουργείο Υγείας

2. Παράρτημα Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών

3. Παράρτημα Άδεια χρήσης αρχείου νοσηλευτικής κίνησης και οικονομικών στοιχείων

4. Παράρτημα Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου εξωτερικών ασθενών του Υπουργείου Υγείας

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η ποσοτική και ποιοτική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» με τη χρήση δεικτών εισροών, εκροών αποδοτικότητας, παραγωγικότητας, και οικονομικότητας ως εργαλεία λήψης αποφάσεων παρέμβασης για τη χρονική περίοδο 2006-2011.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι με σταθερούς διαχρονικά τους δείκτες εισροών (αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού), η παραγωγικότητά του αυξάνεται και ειδικά κατά την περίοδο 2009-2011. Οι δείκτες εκροών παρουσιάζουν αύξηση, αλλά με σημαντική μείωση των δεικτών που σχετίζονται με τις εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και τη χρήση της βιοιατρικής τεχνολογίας. Οι δείκτες αποδοτικότητας παρουσιάζουν μείωση ως προς το ετήσιο συνολικό κόστος λειτουργίας του Κέντρου Υγείας που οφείλεται στη μείωση των δαπανών για φάρμακα και υγειονομικό υλικό, ενώ οι δείκτες οικονομικότητας μειώνονται με εξαίρεση τον δείκτη που αναφέρεται στις λειτουργικές δαπάνες. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κρίνεται ικανοποιητική με ανάγκη για βελτίωση του χρόνου αναμονής μέχρι την ημέρα επίσκεψης και του χρόνου αναμονής για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία

Η κατεύθυνση των παρεμβάσεων στοχεύει στην ενίσχυση των νοσηλευτικών δράσεων των οποίων αναδείχθηκε ότι στερείται ο πληθυσμός ευθύνης του Κ.Υ. κατά τη διαδικασία κατάρτισης των δεικτών αξιολόγησης. Πολιτικές υγείας που προτείνεται να εφαρμοστούν αφορούν την αύξηση της σχετικής με την Π.Φ.Υ. βιοτεχνολογίας με σκοπό τη μείωση των ιδιωτικών δαπανών για εργαστηριακές εξετάσεις και την ευρύτερη χρήση πληροφοριακών συστημάτων με σκοπό την εγκυρότερη καταγραφή νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων σε συνδυασμό με την οικονομική, διοικητική και οργανωτική αυτοτέλεια των Κ.Υ.

Summary

The aim of the present thesis is the quantitative and qualitative evaluation of the health services of the Health Centre in Koyfalia, G.H. «G. Papanikolaou» using indicators of inputs, outputs, productivity, profitability, and efficiency as decision-making tools for intervention for the period 2006-2011.

From the results of study it seems that with solid longitudinal indicators (number of medical and nursing staff), productivity grows and especially during the period 2009-2011. Output indicators are increasing, but with significant reduction in indicators related to the specialized medical services and the use of biomedical technology. The profitability indicators represent a reduction in the total annual operating costs of Health Centre due to reduction of expenses for medicines and sanitary material, while decreasing efficiency indicator except indicator refers to operating costs. The quality of services is satisfactory with a need to improve the waiting time until the day of the visit and the waiting time for examination in outpatient clinic.

The direction of interventions aimed at strengthening nursing actions which emerged that lacks the population of the responsibility zone of the H.C. in the process of setting of evaluation indicators. Health policies that are proposed to be implemented are those for the increasing of P.H.C.-related biotechnology for reducing private expenditure for laboratory tests and wider use of information systems to the authoritative record of nursing and financial data in conjunction with the financial, administrative and organizational autonomy of the H.Cs.

Πίνακας 3.1: Πληθυσμός των Δήμων Κουφαλίων και Χαλκηδόνας.....	39
Πίνακας 4.1: Οργανικές θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού, 2006-2011	49
Πίνακας 4.2: Αριθμός επισκέψεων στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων και κατ'οίκον επισκέψεις, 2006-2011.....	50
Πίνακας 4.3: Αριθμός επισκέψεων στα Περιφερειακά Ιατρεία, 2006-2011.....	53
Πίνακας 4.4: Ετήσιος αριθμός συνταγογραφήσεων, 2006-2011.....	55
Πίνακας 4.5: Αριθμός εξετάσεων μικροβιολογικού εργαστηρίου, 2006-2011.....	56
Πίνακας 4.6: Ποσοστιαία αναλογία μικροβιολογικών εξετάσεων, 2006-2011.....	58
Πίνακας 4.7: Αριθμός ακτινολογικών εξετάσεων, 2006-2011.....	58
Πίνακας 4.8: Χρήση Μικροβιολογικού και Ακτινολογικού εργαστηρίου, 2006-2011.....	59
Πίνακας 4.9: Αριθμός διενεργηθέντων εμβολιασμών, 2006-2011.....	61
Πίνακας 4.10: Αριθμός προληπτικών εξετάσεων του Κέντρου Υγείας, 2006- 2011.....	63
Πίνακας 4.11: Αριθμός διακομιδών και παραπομπών, 2006-2011.....	64
Πίνακας 4.12: Αριθμός προσερχομένων στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων που καταβάλουν εξέταστρο μέσω του ασφαλιστικού τους φορέα, 2006-2011.	67
Πίνακας 4.13: Συγκεντρωτικές δαπάνες Κέντρου Υγείας Κουφαλίων, 2006-2011.	68
Πίνακας 4.14: Κατανομή δαπανών αναλώσιμου υλικού.....	70
Πίνακας 4.15: Συνολικές δαπάνες Κέντρου Υγείας και Νοσοκομείου, 2006-2011 (σε εκατ. Ευρώ).....	71
Πίνακας 4.16: Δείκτες ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους, 2006-2011.....	72
Πίνακας 4.17: Δείκτες αναλογίας προσωπικού, 2006-2011.....	73
Πίνακας 4.18: Δείκτες νοσηλευτικής κίνησης ανά 1000 κατοίκους.....	74
Πίνακας 4.19: Δείκτες αποδοτικότητας, 2006-2011.....	76
Πίνακας 4.20: Δείκτες παραγωγικότητας ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, 2006-2011.....	78
Πίνακας 4.21: Αριθμός ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά Ειδικό Ιατρείο ανά ημέρα, 2006-2011.....	79
Πίνακας 4.22: Δείκτες οικονομικότητας, 2006-2011.....	80
Πίνακας 4.23: Περιγραφική ανάλυση του δείγματος.....	82
Πίνακας 4.24: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς την υποδοχή-περιβάλλον (%).	82

Πίνακας 4.25: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης (%).....	83
Πίνακας 4.26: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς τις εργαστηριακές εξετάσεις (%).....	84
Πίνακας 4.27: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς την ιατρική φροντίδα (%).....	84
Πίνακας 4.28: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα (%).....	85
Πίνακας 4.29: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς τις διοικητικές υπηρεσίες (%).....	85
Πίνακας 4.30: Αποτελέσματα συνολικής αξιολόγησης του Κέντρου Υγείας (%).....	86
Πίνακας 4.31: Ποιοτικοί δείκτες αξιολόγησης.....	86

Γράφημα 4.1: Εξέλιξη του αριθμού των επισκέψεων στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων, 2006-2011	52
Γράφημα 4.2: Συγκριτική απεικόνιση της μεταβολής αριθμού επισκέψεων Κέντρου Υγείας, Περιφερειακών Ιατρείων 2006-2011.....	54
Γράφημα 4.3: Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών του Κέντρου Υγείας ως προς το επιβλέπων Νοσοκομείο.....	60
Γράφημα 4.4: Συγκριτική απεικόνιση διακομιδών και παραπομπών, 2006-2011.....	64
Γράφημα 4.5: Συγκριτική απεικόνιση λειτουργικών δαπανών, συντήρησης και προμηθειών, 2006-2011.....	69
Γράφημα 4.6: Συγκριτική απεικόνιση δαπανών για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και λοιπά, 2006-2011.....	71
Γράφημα 4.7: Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών του Κέντρου Υγείας ως προς το επιβλέπων Νοσοκομείο.....	72
Γράφημα 4.8: Συγκριτική απεικόνιση αριθμού ασθενών ανά ιατρικό προσωπικό και αριθμού ασθενών ανά νοσηλευτικό προσωπικό, 2006-2011.....	75
Γράφημα 4.9: Συγκριτική απεικόνιση των δεικτών αποδοτικότητας, 2006-2011.....	77
Γράφημα 4.10: Συγκριτική απεικόνιση των δεικτών παραγωγικότητας, 2006-2011.....	79
Γράφημα 4.11: Συγκριτική απεικόνιση των δεικτών οικονομικότητας, 2006-2011.	81
Γράφημα 4.12: Συγκριτική απεικόνιση της ποσοστιαίας αναλογίας των εντυπώσεων ανά τομέα μέτρησης της ικανοποίησης.....	87

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή.

Ένας από τους βασικούς στόχους της εγκαθίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) ήταν η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), με τη λειτουργία Κέντρων Υγείας αγροτικού ή αστικού τύπου, των Περιφερειακών Ιατρείων κλπ. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένα πανελλαδικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, κύρια στις αγροτικές περιοχές, για την επί τόπου κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού αυτών. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από τα 190 Κέντρα Υγείας και 1351 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο ΕΣΥ, στα οποία και πραγματοποιείται το 12,5% περίπου του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της ΠΦΥ. Από τα ανωτέρω διαπιστώνεται ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ που παρέχει το ΕΣΥ απέκτησαν σημαντικό μερίδιο και καλύπτουν σημαντικό ποσοστό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στις μη αστικές περιοχές.

Σήμερα, έχει αναγνωρισθεί ο ρόλος του κέντρου Υγείας στην άσκηση υγειονομικής πολιτικής, με επικέντρωση στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η πρόθεση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και κατ' επέκταση για την προαγωγή της στρατηγικής Υγείας για Όλους μέχρι το 2000 δεν επιβεβαιώθηκε με την ανάλογη μετακύλιση και ανακατανομή των πόρων. Οι πρόσφατες οικονομικές εξελίξεις, με την επιδείνωση των μακροοικονομικών μεγεθών και τη συρρίκνωση των κοινωνικών εξόδων, άρα και των δαπανών υγείας, επηρεάζουν ακόμα περισσότερο τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ. Επιπλέον, η διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα σε αυτό που μπορεί να προσφερθεί και σε αυτό που μπορεί να αντέξει οικονομικά το υγειονομικό σύστημα, έχουν ως αποτέλεσμα την προοδευτική αύξηση των πιέσεων για περικοπές στη χρηματοδότηση και εκλογίκευσή της. Από τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία προκύπτει ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη καλύτερης αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Τα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις τόσο στην οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας με τη μορφή υπηρεσιών πρόληψης της νόσου και γενικότερα προαγωγής υγείας. Η μελέτη και η έρευνα στο πεδίο της ΠΦΥ έχει δείξει ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας δεν έχει λάβει υπόψη του τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού, ενώ μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί καμιά συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας.

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της ΠΦΥ είναι σήμερα αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο εκτός από την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή του επιπέδου υγείας, την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη του θεσμού της ΠΦΥ μπορεί να στηριχθεί θεσμικά, τεχνικά, διοικητικά και οικονομικά. Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα υγείας. Η οργάνωση μιας μονάδας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναμένεται να ωφελήσει πολλαπλά, δεδομένου ότι θα συμβάλλει τόσο στη μείωση των δαπανών υγείας όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και κατά συνέπεια στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι ευνόητο ότι η ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σ' αυτή την κατεύθυνση θα συνδεθεί με τον περιορισμό των νοσοκομείων αποκλειστικά στο νοσοκομειακό τους ρόλο και την απαλλαγή τους από όλες τις δραστηριότητες που έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα.

Επιπλέον, τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών. Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δείχθει ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες για τις οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική σε περιόδους οικονομικής ύφεσης η οποία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως απειλή, αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Η εύρεση εναλλακτικών παρεμβάσεων στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ και η βελτίωση της απόδοσής τους θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά από τους προϊσταμένους όλων των βαθμίδων που μπορούν να πάρουν αποφάσεις για τη λειτουργία των παραπάνω μονάδων.

Ο Cochrane υπήρξε ο πρώτος που έθεσε σε αμφισβήτηση το σύνολο της κλινικής πρακτικής και ανέδειξε την ανάγκη αποτίμησής της με βάση τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ισότητας. Αυτά αποτελούν και τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης σήμερα.

Στις υπηρεσίες υγείας αφορά το κριτήριο της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, γι' αυτό και το πρώτο αποτελεί βασικό μέλημα των διοικούντων και το δεύτερο των άμεσων παραγωγών, δηλαδή κυρίως των ιατρών. Η εκτίμηση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας επιχειρείται μέσω της δημιουργίας συγκρίσιμων δεικτών και της μέτρησης συγκεκριμένων διαστάσεων μεταξύ των οποίων είναι η ποιότητα της φροντίδας, η πρόσβαση σε αυτήν και το κόστος της. Υπό αυτό το πρίσμα, η ποιότητα της φροντίδας υγείας συνοπτικά ορίζεται ως : «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (IOM, 1990; OECD, 2004). Σύμφωνα με τον Donadabian (1988), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας καθορίζεται από δύο βασικά στοιχεία: ένα τεχνικό (technical) και ένα διαπροσωπικό (interpersonal). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Αυτό σημαίνει ότι η επιτυχία της τεχνικής ποιότητας είναι ανάλογη με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών. Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι ζωτικής σημασίας στοιχείο αφού, μέσω της αμφίδρομης επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του, κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Η μέτρηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των ασθενών θεωρείται μείζονος σημασίας και αποτελεί διεθνώς μια από τις βασικές περιοχές ερευνητικού ενδιαφέροντος. Έτσι οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Donadabian, 1988).

Με αφορμή το σημερινό οικονομικό περιβάλλον, αλλά και την ανάγκη εκτίμησης της λειτουργίας μιας υπηρεσίας πρωτοβάθμιας υγείας του ΕΣΥ με ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές επιχειρείται η αξιολόγηση του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων με τη χρήση δεικτών αποδοτικότητας, παραγωγικότητας, οικονομικότητας, εισροών και εκροών για τα έτη 2006-2011 καθώς και ερωτηματολογίου ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών. Η ανάγκη εκτίμησης της λειτουργίας ενός Κέντρου Υγείας ενισχύεται και από το γεγονός ότι, παρά την ύπαρξη νομοθετικών διατάξεων που περιγράφουν το πλαίσιο αξιολόγησης αυτών, δεν εντοπίζονται μελέτες που να αναλύουν και τις πέντε διαστάσεις αξιολόγησης σε αυτά. Η οργάνωση της εργασίας είναι η παρακάτω: στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται το θεωρητικό υπόβαθρο των δεικτών αξιολόγησης, ποια είναι τα χαρακτηριστικά και οι ιδιότητές τους και ποια προβλήματα προκύπτουν στο σχεδιασμό και τη χρήση των δεικτών. Στη συνέχεια

γίνεται ταξινόμηση των δεικτών αξιολόγησης και ακολουθεί ανάλυση βασικών εννοιών που συνδέονται με τους δείκτες όπως η έννοια των εισροών και των εκροών, η παραγωγικότητα, η οικονομικότητα και η αποδοτικότητα. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα Κέντρα Υγείας και της σημασίας που αυτά επιτελούν στο δημόσιο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ειδικά στο σημερινό οικονομικό περιβάλλον. Επίσης παρατίθενται οι δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ και παρατίθεται ανασκόπηση της νομοθεσίας που αφορά την ΠΦΥ στα Κέντρα Υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας τόσο για την ποσοτική όσο και για την ποιοτική ανάλυση. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η νοσηλευτική κίνηση και τα οικονομικά στοιχεία του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων, η ανάλυση των δεικτών (εισροών, εκροών, αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και οικονομικότητας) καθώς και τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας. Στο τελευταίο κεφάλαιο, παρατίθενται τα συμπεράσματα από την ανάλυση των δεικτών.

1.1 Οι δείκτες αξιολόγησης-Εισαγωγή.

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η θεωρητική προσέγγιση των δεικτών αξιολόγησης εστιάζοντας στη χρησιμότητα και τα πλεονεκτήματά τους, στις βασικές ιδιότητες που πρέπει να τηρούνται κατά την επιλογή τους, αλλά και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά τους. Το θεωρητικό μέρος συμπληρώνεται από την ταξινόμηση των δεικτών σε κατηγορίες, διακρίνοντάς τους σε δείκτες εισροών, εκροών, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και οικονομικότητας. Με βάση αυτή τη διάκριση, γίνεται καταγραφή των κυριότερων τύπων δεικτών και το πλαίσιο που αναφέρονται σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τέλος, αναλύονται οι έννοιες της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, εισροών και εκροών, παραγωγικότητας, οικονομικότητας και ποιότητας σε σχέση με την ΠΦΥ.

1.2 Δείκτες αξιολόγησης.

Οι δείκτες αποτελούν μια εμπειρική ερμηνεία της πραγματικότητας, μια συνοπτική και περιεκτική εικόνα ενός συστήματος. Δίνουν πληροφορίες για το σύστημα και τη λειτουργία του, αποτελώντας έτσι την ακτινογραφία του. Χρησιμοποιούνται κυρίως για να παρουσιάσουν μια ποσοτική εκτίμηση μιας πολύπλοκης διαδικασίας ή κατάστασης καθώς και για να προσδιορίσουν ή να πιστοποιήσουν κάτι που δεν είναι άμεσα ορατό ή κατανοητό σε

μια συγκεκριμένη κατάσταση. Στην περίπτωση των δημοσίων υπηρεσιών, οι δείκτες πρέπει να είναι κατανοητοί από τους πολίτες, την ηγεσία των δημοσίων οργανισμών, τους προϊσταμένους των διαφόρων βαθμίδων, το προσωπικό αλλά και την κεντρική διοίκηση. Δύναται να συγκρίνονται με τιμές σχετικών κριτηρίων ή προτύπων, προκειμένου να προκύπτει το συμπέρασμα αν οι τιμές των δεικτών είναι οι επιθυμητές ή όχι. Παρουσιάζουν πολλαπλότητα εφαρμογών, η απλούστερη των οποίων είναι η περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και των διαχρονικών εξελίξεων σε μια σειρά από τομείς (περιβάλλον, κοινωνική υποδομή, απασχόληση, κ.λπ.). Η βασικότερη όμως είναι η ενσωμάτωσής τους στα διάφορα στάδια άσκησης πολιτικής. Μια σωστά σχεδιασμένη πολιτική εμπεριέχει και τις μεθόδους παρακολούθησης και αξιολόγησής της, ως προς το στόχο που καλείται να προσεγγίσει. Ο στόχος κάθε μονάδας υγείας είναι η καλύτερη χρήση των υπάρχοντων πόρων (προσωπικού, χρόνου, μηχανημάτων κ.ά.), η παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και η πρόληψη ή θεραπεία περισσότερων ατόμων μέσω προγραμμάτων υγείας της ΠΦΥ. Οι δείκτες αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο για το σκοπό αυτό. Από αυτή την άποψη, ένα σύστημα δεικτών δεν περιορίζεται μόνο στην απλή συλλογή στοιχείων, αλλά αποσκοπεί κυρίως στο να υποβοηθήσει την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων πολιτικής από τους δημόσιους οργανισμούς (Pollitt & Bouckaert, 2004).

Οι δείκτες θεωρούνται σημαντικά εργαλεία για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και αποτελούν μέτρο συσχέτισης της υφιστάμενης (πραγματικής) και της μέγιστης δυνατής προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Στην πραγματικότητα, η μέτρηση της απόδοσης μιας υγειονομικής μονάδας καθορίζεται από μια σειρά διαδοχικών αλληλεπιδράσεων διαφορετικών παραγόντων, που ξεκινούν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και την εξειδίκευση των προσφερόμενων υπηρεσιών και φτάνουν στον αριθμό και τη δομή του προσωπικού και την άσκηση της διαχείρισης.

Δυο είναι τα κύρια πλεονεκτήματα των δεικτών. Πρώτον, μειώνουν τον αριθμό των παραμέτρων και των μετρήσεων που απαιτούνται για να δώσουν μια εις βάθος ανάλυση της κατάστασης. Δεύτερον, οι δείκτες απλοποιούν την επικοινωνιακή διαδικασία, με την οποία η πληροφόρηση διαχέεται σε διαφορετικές ομάδες χρηστών (Bertok et al., 2006:38). Οι σκοποί χρήσης των δεικτών και τα κριτήρια επιλογής τους πρέπει να προσδιορίζονται και να εξειδικεύονται εξαρχής. Η επιλογή των δεικτών εξαρτάται από τον ορισμό που τους αποδίδεται, την αντιπροσωπευτικότητά τους, τις τεχνικές μέτρησης, την προβλεπτική τους ακρίβεια και τέλος από τους σκοπούς που καλούνται να εξυπηρετήσουν. Οι δείκτες

χρησιμοποιούνται για δύο κυρίως λόγους: την αξιολόγηση και την επικοινωνία (Manning, Kraan & Malinska: 2006).

1.2.1. Χαρακτηριστικά δεικτών αξιολόγησης

Τα τελευταία χρόνια έχουν ενταθεί οι προσπάθειες για ολοκληρωμένη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ώστε να περιλαμβάνονται πολλές διαστάσεις της φροντίδας υγείας. Ζητούμενο αποτελεί η αξιολόγηση αυτή να συνδυάζει τις οπτικές των διαφορετικών ομάδων που εμπλέκονται με την υγεία, όπως καταναλωτές (ασθενείς), προμηθευτές (π.χ. λειτουργοί υγείας) και αγοραστές υπηρεσιών υγείας (ασφαλιστικοί οργανισμοί). Τα παραπάνω δεν μπορούν να επιτευχθούν με την απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων, αλλά απαιτείται μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης (performance measures or criteria) σε εσωτερική (μέσα από τον ίδιο τον οργανισμό) ή εξωτερική βάση. Τα κριτήρια αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές, που αποτιμούν τομείς της λειτουργίας σε σχέση με κάποια αποδεκτά πρότυπα και τα οποία στη συνέχεια, αντιστοιχούνται με κατάλληλους δείκτες απόδοσης (performance indicators). Οι δείκτες είναι ένας απόλυτος αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος.

Τα επαρκή συστήματα δεικτών αξιολόγησης χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένα γνωρίσματα, προκειμένου να πληροφορούν για το σύνολο των δραστηριοτήτων και λειτουργιών ενός οργανισμού, να παρέχουν εικόνα για τα άμεσα και έμμεσα οφέλη καθώς και για τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις, πρέπει να έχουν τις εξής ιδιότητες (Manning, Kraan and Malinska, 2006: 41, Ammons, 1996: 13-14).

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού είναι η χρησιμότητα, η επιστημονική επάρκεια καθώς και η δυνατότητα σύγκρισης.

A) Χρησιμότητα (usefulness): Για την επιλογή ενός δείκτη που σχετίζεται με συγκεκριμένη ασθένεια, εκτιμάται η επίπτωση της ασθένειας αλλά και των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή της, τόσο στην κατάσταση της υγείας του ασθενή, όσο και στις δαπάνες υγείας. Επιπρόσθετα, στην επιλογή αυτού του είδους των δεικτών λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα παρέμβασης του συστήματος υγείας, αλλά και όσων διαμορφώνουν την πολιτική

υγείας στη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Η διάσταση που εκτιμάται, θα πρέπει να επηρεάζεται από τον τρόπο παροχής της υγειονομικής φροντίδας κατά τέτοιο τρόπο, ώστε με τη λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων ή μέτρων να βελτιώνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ή η αποδοτικότητα των χρησιμοποιούμενων πόρων.

B) Επιστημονική επάρκεια (αυθεντικότητα) (scientific soundness):

i) Εγκυρότητα (Validity): Είναι η έκταση, στην οποία ο δείκτης μετρά αυτό που διατείνεται ότι μετρά (Anders & Staffan, 1992). Η απώλεια της εγκυρότητας αναφέρεται ως προκατάληψη (bias) ή συστηματικό σφάλμα (systematic error). Σε γενικές γραμμές, οι προτεινόμενοι δείκτες θα πρέπει να συνδέονται με σημαντικές διαδικασίες ή αποτελέσματα, που σχετίζονται με τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, η έγκαιρη παροχή προληπτικών υπηρεσιών (π.χ. μαστογραφία) προς τον πληθυσμό αποτελεί σημαντικό δείκτη διαδικασίας με εσωτερική συνέπεια (construct validity), αφού ο προσυμπτωματικός έλεγχος συνδέεται με την πρόωγη διάγνωση και την καλύτερη πρόγνωση της ασθένειας. Επιπλέον, οι δείκτες πρέπει να μετρούν αυτό που φιλοδοξούν ή προορίζονται να μετρήσουν. Μια υπερβολικά υψηλή τιμή ή μια χαμηλή αντανάκλαση την ύπαρξη συγκεκριμένων, ίσως ανύπαρκτων χαρακτηριστικών ιδιοτήτων. Στο σημείο αυτό μπορεί να αναφερθεί ως χαρακτηριστικό και η ανθεκτικότητα σε παραπλανητική συμπεριφορά. Ένα μέτρο επιδόσεων αντανάκλαση την ταυτότητα μιας συγκεκριμένης πλευράς μιας υπηρεσίας. Μια υπερβάλλουσα εικόνα και αξία της παρεχόμενης υπηρεσίας έχει, μερικές φορές, ακούσιες συνέπειες (για παράδειγμα, ο μεγάλος αριθμός περιστατικών συνταγογράφησης), αν η επίδοση του κέντρου υγείας κρίνεται μόνο από αυτή τη λειτουργία. Τα αποτελεσματικά συστήματα μέτρων επιδόσεων είναι ελάχιστα ευπαθή σε τέτοιες ενέργειες, διότι έχουν δημιουργηθεί προσεκτικά και περιλαμβάνουν πολλαπλά μέτρα που αντιμετωπίζουν τις περισσότερες διαστάσεις των επιδόσεων και συνεπώς μπορούν να ελέγχουν τέτοιου είδους παραπλανητικές συμπεριφορές.

ii) Αξιοπιστία (Reliability): Είναι η επαναληψιμότητα του αποτελέσματος ενός δείκτη, δηλαδή ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, εάν η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία (Anders & Staffan, 1992). Ο δείκτης θα πρέπει να εξάγει παρόμοια αποτελέσματα, στην περίπτωση που μετράται κάτω από τις ίδιες συνθήκες (ίδιος πληθυσμός, δομές) ακόμη και όταν η μέτρηση γίνεται από διαφορετικούς ανθρώπους σε διαφορετικές θέσεις και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (μικρή διακύμανση λόγω υποκειμενικών κρίσεων).

Γ) Δυνατότητα σύγκρισης (comparability): Η ύπαρξη πρότυπων δεικτών και η διαθεσιμότητα διεθνών και συγκρίσιμων στοιχείων από άλλες χώρες είναι σημαντικό στοιχείο για τη διαδικασία της αξιολόγησης. Κατά την επιλογή ενός δείκτη, καλό είναι να εξετάζεται η

χρήση του και από άλλες ανεπτυγμένες χώρες (π.χ. χώρες μέλη του ΟΟΣΑ και τα ΕΕ), καθώς και η έκταση εφαρμογής του δείκτη (εθνικό επίπεδο ή πληθυσμιακές ομάδες).

Επιπλέον, οι δείκτες πρέπει να έχουν τις εξής ιδιότητες (European Commission, 2004):

Α) Χρονική ακρίβεια: Τα μέτρα πρέπει να συλλέγονται και να χρησιμοποιούνται αμέσως ώστε οι ενδείξεις που απορρέουν από αυτά να είναι χρήσιμες στα διευθυντικά στελέχη και στους ιθύνοντες για το σχεδιασμό των πολιτικών.

Β) Ευαισθησία στο κόστος συλλογής στοιχείων: Οι περισσότερες διαστάσεις των επιδόσεων μετρώνται είτε άμεσα είτε μέσω υποκατάστατων μέτρων (proxies). Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, το κόστος μέτρησης μπορεί να υπερβεί την αξιακή τους σημασία. Τα αποτελεσματικά συστήματα μέτρων επιδόσεων περιλαμβάνουν τις βέλτιστες επιλογές μεταξύ των εναλλακτικών πρακτικών μέτρησης, ώστε το κόστος συλλογής και επεξεργασίας των στοιχείων να είναι ανεκτό για τη χρησιμότητα των συμπερασμάτων που απορρέουν.

Γ) Εστίαση στις ελεγχόμενες και αξιολογήσιμες πλευρές των επιδόσεων: Δίχως απαραίτητα να εξαιρούν σημαντικά και ίσως σχετικά μη ελέγξιμα χαρακτηριστικά συνυφασμένα με μια συγκεκριμένη λειτουργία, τα αποτελεσματικά συστήματα μέτρων δίνουν έμφαση στα αποτελέσματα ή σε εκείνες τις πλευρές των επιδόσεων που μπορούν να αξιολογηθούν και να προγραμματιστούν από τις δημόσιες πολιτικές και τις ενέργειες διαχείρισης.

Δ) Αποφυγή τυχόν επικαλύψεων κάποιου δείκτη ή στοιχείων αυτού από άλλους δείκτες.

Ε) Ισορροπία μεταξύ του αριθμού των δεικτών και της ικανότητας της δημόσιας οργάνωσης να περιγράφει και να παρακολουθεί τους δείκτες. Η προσπάθεια να συμπεριληφθούν στη μέτρηση όλες οι δραστηριότητες εξαντλητικά οδηγεί σε μια πολύπλοκη και άκαμπτη διαδικασία μέτρησης.

ΣΤ) Παροχή συνολικής εικόνας μέτρησης από τους δείκτες: Μέσω των χρησιμοποιούμενων δεικτών πρέπει να προσεγγίζονται και αποτελέσματα που έχουν τυχόν αρνητικές διαστάσεις. Για παράδειγμα, ένας φορέας στην προσπάθειά του να επιτύχει εισπράξεις, ίσως προξενήσει δυσφορία σε μερίδα πολιτών. Εφόσον επιλεγεί ένας τέτοιος δείκτης, προκειμένου να υπάρξει ολοκληρωμένη εικόνα, θα πρέπει να συνυπολογισθούν και δείκτες, όπως ο αριθμός των παραπόνων των πολιτών.

Ζ) Ευαισθησία και εξειδίκευση: να είναι ευαίσθητοι στις τυχόν πραγματοποιούμενες αλλαγές των υπό μελέτη φαινομένων και καταστάσεων και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μιας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχει οριοθετηθεί για μελέτη.

1.2.2 Προβλήματα στο σχεδιασμό και τη χρήση των δεικτών.

Ο σχεδιασμός και η χρήση των δεικτών αξιολόγησης παρουσιάζουν ορισμένα προβλήματα, τα οποία οι ιθύνοντες των δημοσίων οργανώσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη. Σύμφωνα με το Smith (1995), η υπερβολική και αλόγιστη χρήση των δεικτών αξιολόγησης μπορεί να επηρεάσει παραπλανητικά τη διοίκηση και τον έλεγχο των λειτουργιών ενός δημόσιου οργανισμού, δημιουργώντας τα ακόλουθα αρνητικά φαινόμενα:

A) Λανθασμένη αντίληψη (tunnel vision), σύμφωνα με την οποία οι ιθύνοντες αποδίδουν έμφαση στο σχεδιασμό δεικτών για τις πλέον εύκολες και ομαλές περιπτώσεις λειτουργιών και υπηρεσιών, όπως είναι οι εισροές και οι διαδικασίες, αγνοώντας τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας σε όρους ωφελειών. Επίσης, οι αρμόδιοι μπορεί να επικεντρώνονται σε οικονομικές και εν γένει ποσοτικές μετρήσεις και να υποβαθμίζουν τη σπουδαιότητα της μέτρησης ποιοτικών παραμέτρων (επί παραδείγματι να μετράται το ποσοστό των δαπανών καθαριότητας στο σύνολο των δαπανών ενός κέντρου υγείας και να αγνοούνται δείκτες που μετρούν το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών από την ποιότητα των χώρων αναμονής).

B) Αναντιστοιχία δεικτών και στόχων (Myopia): Εφόσον ζητήματα μακροπρόθεσμης επίπτωσης θεωρούνται σημαντικά, τότε ένα σύστημα δεικτών πρέπει να επικεντρώνεται σε διαδικασίες που σχετίζονται με μακροπρόθεσμους στόχους και όχι με βραχυπρόθεσμους. Για την εξασφάλιση αυτών των μακροπρόθεσμων στόχων, η έμφαση πρέπει να αποδίδεται στη μέτρηση των διαδικασιών και να υπάρχει η δέσμευση της διοικητικής ηγεσίας στη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας.

Γ) Σύγκλιση (convergence): δημιουργείται όταν τμήματα με κακές επιδόσεις, όπως αποτιμώνται από τους δείκτες, προσπαθούν να βελτιωθούν και να συγκλίνουν στην επίδοση με τα καλά τμήματα. Πολλές φορές η διοίκηση του φορέα, για να κατευνάσει τις αρνητικές κριτικές και την πίεση που δημιουργείται, καταφεύγει σε μη ορθολογικές λύσεις, όπως η μετατόπιση πόρων από τομείς που λειτουργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά σε προβληματικούς τομείς, έχοντας ως στόχο την ισότητα μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών, αγνοώντας όμως την αποδοτικότητα.

Δ) Ψευδής εικόνα (gaming): Οι υπεύθυνοι μέτρησης και αξιολόγησης των επιδόσεων μπορεί να χειρίζονται και να ερμηνεύουν τις τιμές με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτυγχάνουν στρατηγικά πλεονεκτήματα (π.χ. αναφορά του κέντρου υγείας ως πρότυπο, επιπλέον κονδύλια, κ.ο.κ.), τα οποία δεν θα είχαν αν παρουσίαζαν την πραγματική και αντικειμενική εικόνα που τους δίνουν οι δείκτες.

Ε) Απαξίωση (ossification): Τα περισσότερα συστήματα ελέγχου κινδυνεύουν να απαξιωθούν, αδυνατώντας να ανταποκριθούν σε νέες προκλήσεις και να υιοθετήσουν νέες καινοτόμες τεχνικές. Η εφαρμογή ενός συστήματος δεικτών μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο δε σημαίνει ότι θα είναι έγκυρη και επιτυχής με το πέρασμα των χρόνων, καθώς πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις μεταβολές τόσο τις ενδογενείς (π.χ. αλλαγή των οραμάτων και των προτεραιοτήτων, κ.ά.) όσο και τις εξωγενείς (π.χ. αλλαγή θεσμικού πλαισίου, κ.ά.). Τρία επιπλέον συνήθη προβλήματα (ή σφάλματα) είναι η υπερβολική εξειδίκευση των δεικτών, η οποία οδηγεί σε αποτελέσματα ενδιαφέροντα, όχι όμως πάντα χρήσιμα και αναγκαία, η παράβλεψη των αναγκών όλων των χρηστών υγείας και η σύγκριση ανόμοιων στοιχείων μέτρησης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αναξιόπιστα αποτελέσματα.

Η μέτρηση των επιδόσεων δεν οδηγεί απαραίτητα σε βελτίωση των λειτουργιών και υπηρεσιών. Αν και η μέτρηση έλκει την προσοχή σε συγκεκριμένες λειτουργίες και υπηρεσίες και ενθαρρύνει προσπάθειες για καλύτερες επιδόσεις, δεν εγγυάται τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στόχος της διαδικασίας μέτρησης είναι η σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων με τους στόχους που έχουν τεθεί ή με κριτήρια/πρότυπα (yardsticks), ώστε να προσδιοριστούν προβληματικοί τομείς αλλά και περιοχές με επάρκεια υπηρεσιών. Η μέτρηση αποτελεί εργαλείο και δεν μπορεί να προτείνει διορθωτικές επεμβάσεις ούτε να εξηγήσει τα αίτια των μη επιθυμητών αποτελεσμάτων (Stewart & Ranson, 1994:68). Ένα σύστημα παρακολούθησης των επιδόσεων περιλαμβάνει μια σειρά από διαδοχικά στάδια:

Ι) Προσδιορισμός στόχων και επιλογή των κατάλληλων δεικτών επίδοσης.

Είναι γεγονός ότι κάθε δημόσιος οργανισμός θέτει τους δικούς του ανεξάρτητους στόχους βάσει της σημασίας και της προτεραιότητας που αποδίδει σε κάθε παρεχόμενη υπηρεσία, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες της εκάστοτε ομάδας-στόχου και βάσει της προσπάθειάς του να εξισορροπήσει τις συγκρουόμενες πολλές φορές προσδοκίες διαφορετικών ομάδων-χρηστών. Ο προσδιορισμός σαφών και κατανοητών στόχων συνεπάγεται τη σύνδεσή τους με τα αναμενόμενα και επιθυμητά αποτελέσματα, των οποίων ο βαθμός επίτευξης αποτυπώνεται με τους κατάλληλους δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.

Μερικές υπηρεσίες αναλύονται και παρουσιάζονται διεξοδικά λόγω των διαθέσιμων στοιχείων, σε αντίθεση με άλλες υπηρεσίες, για τις οποίες είναι δύσκολο να εξαχθούν ποσοτικά στατιστικά στοιχεία εξαιτίας της άυλης φύσης τους (Sanderson, 1992:18). Το

ζήτημα όμως της παρακολούθησης των επιδόσεων δεν αφορά απλά στη διερεύνηση των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων. Για κάθε υπηρεσία, πρέπει να αποσαφηνιστούν οι κρίσιμες πλευρές για τη βελτίωση των επιδόσεων που τελούν υπό παρακολούθηση και να προσδιοριστούν οι σχετικοί δείκτες επιδόσεων (Henderson-Stewart, 1990:118). Η απόφαση σχετικά με το ποιοι θα είναι οι δείκτες επιδόσεων, οι πλέον σημαντικοί για να παρακολουθούνται σε τακτική βάση, εξαρτάται από τα κριτήρια ιθυνόντων, τη χρονική περίοδο, την ταυτότητα της ομάδας-στόχου και εν γένει από λοιπούς εξωγενείς παράγοντες. Στην επιλογή των δεικτών, οι υπεύθυνοι πρέπει να συνυπολογίσουν τις ψυχολογικές και πολιτικές επιπτώσεις για τον οργανισμό. Οι δείκτες σε ένα σύστημα διαχείρισης δε μετρούν απλώς τις τρέχουσες επιδόσεις, αλλά επιδρούν σημαντικά στη συμπεριφορά και το ηθικό του προσωπικού (π.χ. οι καλές επιδόσεις ενθαρρύνουν και υποκινούν το προσωπικό, ενώ οι κακές μπορούν είτε να προκαλέσουν απογοήτευση είτε να ευαισθητοποιήσουν για μεγαλύτερη προσπάθεια για βελτίωση). Επιπλέον, μερικοί δείκτες που δε μετρούν με έγκυρο τρόπο την τελική εκροή είναι παρόλα αυτά χρήσιμοι εξαιτίας της πολιτικής τους σημασίας (π.χ. η λειτουργία περιφερειακών ιατρείων δε σημαίνει απαραίτητα και τη μείωση των δεικτών νοσηρότητας ή θνητότητας, αποτελεί όμως απαίτηση των πολιτών με πολιτικές διαστάσεις). Κάποιοι οργανισμοί αποδίδουν μεγαλύτερη έμφαση στις εκροές και εξετάζουν διεξοδικά δείκτες αποδοτικότητας, άλλοι επικεντρώνονται σε δείκτες οικονομικότητας για την παρακολούθηση του κόστους των εισροών, ενώ για άλλους προτεραιότητα είναι η παρακολούθηση της επίτευξης των στόχων των πολιτικών και των προγραμμάτων και οι επιδράσεις των αποτελεσμάτων τους στην εξυπηρετούμενη πληθυσμιακή ομάδα (Industry Commission, 1996:46). Ωστόσο, όποια πλευρά των επιδόσεων κι αν διερευνάται περισσότερο, οι επιλεγόμενοι δείκτες πρέπει να αποδίδουν έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην αποτελεσματικότητά τους, να βελτιώνουν την κοινωνική θέση της ομάδας-στόχου και να μην πληροφορούν απλά και μόνο για τους χρησιμοποιούμενους πόρους ή τον όγκο εργασίας.

Πέρα όμως από αυτές τις παρατηρήσεις, υπάρχουν δύο βασικές αρχές με τις οποίες είναι σκόπιμο να επιλέγονται οι κατάλληλοι δείκτες επιδόσεων (ή τα μέτρα εκροών):

α) να προηγείται ο προσδιορισμός των αναγκαίων στοιχείων και να έπεται η έρευνα της διαθεσιμότητάς τους και β) να αποφεύγεται η υιοθέτηση υπερβολικού αριθμού μέτρων επιδόσεων ή αντίθετα αρκετά μικρού (Swiss, 1991:138, Ammons, 1996:21).

Ένα από τα πιο συχνά λάθη στο σχεδιασμό ενός συστήματος παρακολούθησης των επιδόσεων είναι η εξαρχής υιοθέτηση των στοιχείων που είναι διαθέσιμα (και όχι ο

καθορισμός αυτών που είναι αναγκαία για παρακολούθηση) και η χρησιμοποίηση της διαθεσιμότητας, ως κύριου παράγοντα για την επιλογή των εκροών που θα τελέσουν υπό παρακολούθηση. Η σειρά προτεραιότητας που ακολουθείται σε αυτή την περίπτωση είναι εντελώς λανθασμένη. Πράγματι, αν και ορισμένα στοιχεία είναι πολύ διαφωτιστικά, ένας δημόσιος οργανισμός πρέπει να βεβαιωθεί ότι όντως ανιχνεύουν και αποκαλύπτουν τον τομέα, τον οποίο ενδιαφέρεται να εξετάσει και να βελτιώσει (Vollman, 1991: 25, Kanter and Summers, 1994: 230). Οι ιθύνοντες πρέπει πρώτα να καθορίσουν ποιοι είναι συγκεκριμένα οι δείκτες που μετρούν καλύτερα τις επιδόσεις του οργανισμού, δηλαδή ποια πληροφόρηση είναι η πιο κατάλληλη και η πλέον χρήσιμη για τη λήψη αποφάσεων, και έπειτα να εξετάσουν τη διαθεσιμότητα αυτών.

Η παρακολούθηση των δεικτών επιδόσεων συνεπάγεται την επιλεκτική συλλογή των διαθέσιμων στοιχείων, καθώς πολλές φορές το κόστος συλλογής και ανάλυσής τους υπερβαίνει κατά πολύ την αξία των συμπερασμάτων που δίνουν (π.χ. οι απαιτούμενες ανθρωπόωρες είναι υπερβολικά πολλές σε σχέση με τη σημασία ενός δείκτη, η τιμή του οποίου δεν επηρεάζει μια συγκεκριμένη δημόσια πολιτική). Τόσο τα συστήματα μέτρησης όσο και παρακολούθησης πρέπει να επικεντρώνουν σε έναν άριστο αριθμό δεικτών, καθώς οι λίγοι δείκτες ίσως παραβλέπουν σημαντικές διαστάσεις των υπηρεσιών, ενώ οι πολλοί ίσως προκαλέσουν υπερφόρτωση και κακή χρήση του συστήματος (Ammons, 1996:21).

II) Καθορισμός κριτηρίων σύγκρισης.

Η πληροφορία που αντλείται από τους δείκτες έχει σημασία εφόσον μπορεί να συγκριθεί με συγκεκριμένους στόχους ή κριτήρια, τα οποία επιτρέπουν να συμπεράνουμε αν τα αποτελέσματα των δεικτών είναι καλά ή κακά, αν είναι καλύτερα ή χειρότερα από τα αναμενόμενα. Κατά γενικό κανόνα, κάθε δείκτης επιδόσεων που παρακολουθείται πρέπει να συγκρίνεται με κάποιο επίπεδο ή τιμή πρότυπο (ποιοτική μεταβλητή ή αριθμό) (OECD, 2003). Η σύγκριση με τον προηγούμενο χρόνο, του οποίου οι επιδόσεις αποτελούν πρότυπο προς σύγκριση, προσδιορίζει αν μια επίδοση είναι καλύτερη ή χειρότερη. Οι συγκρίσεις όχι μόνο με το αμέσως προηγούμενο έτος αλλά με μια περίοδο ετών βοηθάει τις εκτιμήσεις για τις μακροπρόθεσμες τάσεις. Βέβαια, οι προηγούμενες επιδόσεις δεν αποτελούν πανάκεια για τη χρησιμοποίησή τους ως έγκυρο πρότυπο σύγκρισης, και αυτό επειδή μερικοί οργανισμοί μπορεί να έχουν τόσες κακές επιδόσεις στο παρελθόν που μία μικρή ποσοστιαία αύξηση κατά το τρέχον έτος να θεωρείται καλή επίδοση. Επίσης, οργανισμοί με καλές επιδόσεις στο παρελθόν μπορεί να στοχεύουν στις ίδιες επιδόσεις, αδιαφορώντας για το αν υπάρχουν έστω και μικρά περιθώρια βελτίωσης. Οι προηγούμενες επιδόσεις σίγουρα πρέπει να

συνεκτιμώνται όταν καθορίζονται πρότυπα, αλλά, δεδομένων των προαναφερόμενων ελλειμμάτων, είναι απαραίτητο να πλαισιώνονται και από άλλα πρότυπα και κριτήρια (Henderson-Stewart, 1990: 120-121).

Μια άλλη κατηγορία προτύπου είναι ο χρόνος-πρότυπο (standard time), ο οποίος αποτελεί την άριστη διάρκεια επιτέλεσης μιας συγκεκριμένης εργασίας (Swiss, 1991). Ειδικότερα, χρονομετρείται η εργασία μιας ομάδας έμπειρου προσωπικού (currently derived standard time) για την παραγωγή μιας μονάδας εκροής, όπου ο μέσος χρόνος ανάγεται ως χρόνος-πρότυπο για τη συγκεκριμένη εκροή ή διαδικασία. Η επίδοση μιας υπηρεσίας στον τρέχοντα χρόνο συγκρίνεται με αυτή του χρόνου-προτύπου. Πρέπει να αποδίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή του μέσου χρόνου εργασίας, ο οποίος θα οριστεί ως χρόνος-πρότυπο. Επίσης, δε συνιστάται η υιοθέτησή του ως πρότυπου για όλον τον οργανισμό (Wholey and Hatry, 1992, Nash, 1983). Οι χρόνοι-πρότυπα είναι έγκυροι μόνο αν βασίζονται στη μέτρηση του χρόνου εργασίας έμπειρων και εξειδικευμένων εργαζομένων για την παροχή μιας μονάδας εκροής. Επιπλέον, η υιοθέτηση απλά ενός μέσου χρόνου για όλους τους εργαζόμενους είναι άτοπη διότι οι χρόνοι-πρότυπα αλλάζουν, καθώς οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Βασικό μειονέκτημα είναι ότι ο χρόνος-πρότυπο αποτελεί ψευδές κριτήριο και αναξιόπιστο μέτρο, καθώς αυξομειώνεται ανάλογα με την επίδοση του εργατικού δυναμικού και όχι με το βαθμό δυσκολίας της εργασίας, με αποτέλεσμα οι υπεύθυνοι να μην είναι σίγουροι για το τι μετρούν, όταν χρησιμοποιούν μέσους χρόνους. Σημαντικό στοιχείο στην αναζήτηση προτύπων και κριτηρίων σύγκρισης είναι ο συνδυασμός όλων των ανωτέρων τεχνικών δημιουργίας προτύπων.

1.2.3 Ταξινόμηση των δεικτών αξιολόγησης

Οι δείκτες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ταξινομηθούν αφού το εύρος των μετρήσεων που καλούνται να υλοποιήσουν είναι απίθανα μεγάλο. Κατά καιρούς, στη διεθνή, αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία, έχει γίνει μια τέτοια προσπάθεια. Η Π.Ο.Υ έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε πέντε βασικές κατηγορίες (Π.Ο.Υ., 1981):

- I. Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- II. Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες
- III. Δείκτες επιπέδου υγείας
- IV. Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας.

- επάρκεια
- προσπελασιμότητα
- χρησιμοποίηση
- αποτελεσματικότητα
- ποιότητα

V. Δείκτες κάλυψης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ο St. Martin (Σούλης, 1991), διακρίνει, κατά τον ίδιο περίπου μεθοδολογικό τρόπο, τα δεδομένα και τους δείκτες που πρέπει να χρησιμοποιούνται με τις εξής κατηγορίες:

- I. Δείκτες δημογραφίας
- II. Δείκτες ιατρό-υγιεινής
- III. Περιβαλλοντικοί, οικολογικοί και κοινωνικοί δείκτες
- IV. Κοινωνιολογικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί
- V. Δείκτες συστημάτων και υπηρεσιών υγείας

Οι προαναφερθέντες δείκτες χρησιμοποιούνται κυρίως στην αξιολόγηση των συστημάτων, περισσότερο σε μακρο-επίπεδο και λιγότερο σε μικρο-επίπεδο. Το ενδιαφέρον των οικονομολόγων της υγείας δεν εστιάζεται αποκλειστικά στην ικανοποίηση των αναγκών, στη μείωση της νοσηρότητας, στην καταλληλότητα των υπηρεσιών ή στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά παράλληλα οριοθετείται στο επίπεδο παραγωγής των υπηρεσιών υγείας και στην απόδοση των ιατρικών τμημάτων. Είναι πολύ σημαντικό για τη μέτρηση των αλλαγών που προγραμματίζονται να κατορθώσουμε να μετράμε τόσο τους δείκτες υγείας όσο και τις παραγωγικές δυνατότητες των υπηρεσιών υγείας. Με σκοπό τη δεύτερη αυτή αξιολογική προσέγγιση, μπορεί να γίνει μια ιδιόμορφη κατάταξη των δεικτών αξιολόγησης σε μακρο και μικρο επίπεδο.

A) Διάκριση των δεικτών σε μακρο και μικρο επίπεδο (Π.Ο.Υ., 1981):

Δείκτες αξιολόγησης σε μακρο-επίπεδο:

- I. Δείκτες εισροών και επάρκειας
 - A. Υλικοί πόροι
 - B. Ανθρώπινοι πόροι
 - Γ. Οικονομικοί πόροι
- II. Δείκτες εκροών

- A. Δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος
 - B. Δείκτες χρησιμοποίησης κατανάλωσης
- III. Δείκτες αποτελεσμάτων
- A. Δείκτες νοσηρότητας
 - B. Δείκτες θνησιμότητας
 - Γ. Δείκτες θνητότητας
 - Δ. Δείκτες διασωθέντων ετών ζωής
 - E. Δείκτες ποιότητας ζωής-ικανοποίησης ασθενών

Συνήθως οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται σε μικρο-επίπεδο λόγω του ότι, σε μάκρο επίπεδο οι μετρήσεις δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένη αξιολόγηση, εξαιτίας της αδυναμίας μέτρησης επηρεασμού του συστήματος από τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο-επίπεδο:

- I. Δείκτες εισροών και επάρκειας
 - A. Υλικοί πόροι
 - B. Ανθρώπινοι πόροι
 - Γ. Οικονομικοί πόροι
- II. Δείκτες εκροών-λειτουργικότητας-παραγωγικότητας
 - A. Απλοί δείκτες
 - B. Σύνθετοι δείκτες
 - Γ. Δείκτες αποτελεσμάτων
 - Δ. Δείκτες αποδοτικότητας

Οι δείκτες αποδοτικότητας είναι κατ' ουσία λόγοι της παρεχόμενης υπηρεσίας προς τα σχετικά με αυτή κόστη. Επιπλέον, η αποδοτικότητα εξαρτάται από τα μέσα παραγωγής, την εφαρμοζόμενη τεχνολογία, το επίπεδο εκπαίδευσης και εξειδίκευσης του προσωπικού, το επίπεδο οργάνωσης και το σύστημα διαχείρισης και διοίκησης του φορέα (ΕΕΤΑΑ, 1999). Οι δείκτες αυτοί εκφράζονται ως η σχέση μεταξύ: εισροών/εκροών, εισροών/αποτελεσμάτων, εισροών/εκροών-αποτελεσμάτων.

B) Οι κυριότεροι τύποι δεικτών είναι (Π.Ο.Υ., 1981):

-Δείκτες εισροών (απλοί ποσοτικοί δείκτες, όπως ο αριθμός των ιατρών, των νοσηλευτών, δείκτες ποιότητας των εισροών, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, δείκτες επάρκειας, όπως ο αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους, γεωγραφικής προσπελασιμότητας, όπως το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κοντά σε μια υπηρεσία υγείας κ.ά.).

-Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. ικανοποίησης ασθενών, χρόνου αναμονής)

-Δείκτες ενδιάμεσων εκροών (π.χ. απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων).

-Δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας και σύγχρονοι δείκτες ευεξίας, δείκτες αποτελεσματικότητας, όπως η σχετική αποτελεσματικότητα, και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών κ.ά.)

-Δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες μικρο-αξιολόγησης, όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, όπως ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας κ.ά.)

-Σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες (π.χ. εισόδημα, κατοικία, συνθήκες εργασίας)

-Δείκτες πολιτικής υγείας (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων, οργανωτικού πλαισίου κ.ά.).

Πολλοί από τους παραπάνω δείκτες εισροών, διαδικασιών, ενδιάμεσων εκροών και αποτελεσμάτων έχουν ποιοτική διάσταση και θα μπορούσαν να θεωρηθούν δείκτες ποιότητας σύμφωνα με τον ευρύτερο ορισμό της ποιότητας.

Οι δείκτες που αφορούν στο μακρο-οικονομικό επίπεδο παρέχουν δυνατότητα μέτρησης και σύγκρισης σε διεθνές, εθνικό, περιφερειακό ή τομεακό επίπεδο και ενδιαφέρουν συνήθως τα ανώτατα κλιμάκια των υπουργείων υγείας για τη χάραξη της πολιτικής υγείας της χώρας. Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες από ένα μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας. Οι κυριότεροι δείκτες που

χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας του πρωτοβάθμιου τομέα και ανά επίπεδο αξιολόγησης είναι (Π.Ο.Υ., 1981):

Γ) Δείκτες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

-Δείκτες εισροών. Αξιολογούνται με κατάλληλους δείκτες επάρκειας το επιστημονικό προσωπικό, ο διαθέσιμος χώρος αναμονής επισκεπτών, η ύπαρξη των απαραίτητων διαγνωστικών μέσων, ο διαθέσιμος χώρος εξέτασης κ.ά.

-Δείκτες εκροών. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογείται:

α) Η πρόσβαση, η οποία προσδιορίζεται με δείκτες επαφών, όπως είναι ο αριθμός επισκέψεων στην υπηρεσία ή σε επαγγελματίες υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης, το ποσοστό του πληθυσμού που δεν ήρθε σε επαφή με ιατρό στη διάρκεια του χρόνου κ.ά.

β) Το φάσμα και το είδος των υπηρεσιών, με δείκτες συνταγογραφίας, όπως είναι ο αριθμός των ιατρικών συνταγών ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία ή ανά ιατρό, και με δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων, όπως είναι ο αριθμός των εκτελούμενων ιατρικών εξετάσεων ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία. Άλλοι δείκτες αξιολογούν τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

- Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. ικανοποίησης των ασθενών, μη αναγκαίων παραπομπών σε νοσοκομεία, λίστες αναμονής).

- Δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες παραγωγικότητας, τεχνική αποδοτικότητα κ.λπ.).

- Δείκτες αποτελεσματικότητας, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού (π.χ. σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής) ή με ειδικές έρευνες.

Δ) Δείκτες ποιότητας

Ως δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (quality indicators) ορίζεται το εργαλείο μέτρησης, μέσω του οποίου παρακολουθούνται και εκτιμώνται σημαντικές διαστάσεις που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας. Δεν αποτελεί άμεσο μέτρο ποιότητας, αλλά σηματοδοτεί το κέντρο προσοχής σε ειδικά θέματα απόδοσης σε έναν οργανισμό. Η χρησιμότητά τους αυξάνεται με το βαθμό εντατικής ανασκόπησης τους. Πιο συχνόί είναι οι δείκτες αναλογίας.

α. Δείκτες ποιότητας δομής (αναφέρονται στους πόρους που απαιτούνται)

- β. Δείκτες που αφορούν στη διεργασία (αναφέρονται στις ενέργειες και τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών)
- γ. Δείκτες έκβασης (ή γενικότερα αποτελέσματος π.χ. δείκτες ικανοποίησης).

Τέλος, μπορεί να αναφερθεί ότι ανάλογα με τους στόχους που θέτονται, χρησιμοποιούνται και οι αντίστοιχοι δείκτες. Έτσι, για μακροπρόθεσμους, ενδιάμεσους ή επιχειρησιακούς στόχους, χρησιμοποιούνται αντίστοιχα δείκτες αποτελέσματος, συνδεδετικοί ή επιχειρησιακοί δείκτες. Δείκτες αξιολόγησης της λειτουργίας των κέντρων υγείας, με οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία, μπορούν να εξαχθούν και από τους 3 πίνακες αναφορών που αφορούν αυτά στο ESY.net και αποτελούν συγκριτικά στοιχεία ανά μονάδα υγείας

1.2.4 Δείκτες εισροών, εκροών, αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και ποιότητας.

Η δημιουργία δεικτών αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας (οι οποίοι σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία συνιστούν του δείκτες επίδοσης- performance indicators) προϋποθέτει την ύπαρξη μιας στοχοθεσίας, κοινά συμπεφωνημένης από τους αρμοδίους λήψης αποφάσεων. Η μέτρηση των επιδόσεων μεταφράζει αυτούς τους στόχους σε δείκτες κατάλληλους να αποτιμήσουν τις εισροές, τις διαδικασίες, τις εκροές και τα αποτελέσματα μιας λειτουργίας ή υπηρεσίας (Local Government Audit Office, 1998).

Εισροές και εκροές:

Κάθε δημόσιος φορέας χρειάζεται για να λειτουργήσει προσωπικό, ρευστά διαθέσιμα, κτήρια, εξοπλισμό κλπ που θεωρούνται ως εισροές. Οι εισροές του φορέα θα πρέπει μέσα από εσωτερικές διεργασίες να μετασηματιστούν και να παράγουν συγκεκριμένες υπηρεσίες. Οι παραγόμενες υπηρεσίες είναι οι εκροές (outputs) που θα καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών. Οι εκροές είναι υπηρεσίες που παρέχονται στους πολίτες π.χ. ιατρικές επισκέψεις, συνταγογράφηση φαρμάκων, εργαστηριακές εξετάσεις κ.ο.κ. Στο χώρο της υγείας οι εκροές μπορεί να εκφράζονται με ενδιάμεσα προϊόντα-εκροές, αλλά και ως τελικό αποτέλεσμα, που είναι η υγεία των πολιτών (όπως αυτή μπορεί να εκφραστεί με θετικούς δείκτες υγείας σχετιζόμενους με την ποιότητα ζωής). Οι σταθερές εισροές αποδίδονται από την υπάρχουσα ιατρική τεχνολογία, τα κτίρια, τα κρεβάτια και άλλους παραγωγικούς τεχνολογικούς συντελεστές που παραμένουν αμετάβλητοι στην βραχυχρόνια περίοδο.

Στα κέντρα υγείας οι εκροές μετρώνται συνήθως με τον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Μια μονάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ, ενδιαφέρεται πρώτιστα για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας της κοινότητας και για τα συνεπαγόμενα κοινωνικά οφέλη από την άσκηση της πολιτικής αυτής, σε αντίθεση με ένα ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο που ενδιαφέρεται για το ρυθμό αύξησης ή μείωσης των κερδών του, δηλαδή για την οικονομική του αποδοτικότητα αποκλειστικά. Το προσφερόμενο κοινωνικό όφελος είναι δηλαδή, αυτό που προσδιορίζει το είδος της αξιολόγησης και τον τρόπο μέτρησής της σε μεγάλο βαθμό σε μια μονάδα υγείας με δημόσια νομική μορφή. Οι μεταβαλλόμενες εισροές εκφράζονται με τον αριθμό των ωρών απασχόλησης του ιατρικού, του νοσηλευτικού και λοιπού διοικητικού προσωπικού. Ένας επίσης σημαντικός συντελεστής που συμμετέχει ουσιαστικά στην παραγωγική διαδικασία είναι η επιχειρηματικότητα. Ο Sanderson (1992: 101) αποσαφηνίζει την έννοια του τελικού αποτελέσματος υπογραμμίζοντας, ότι αυτή ακριβώς η επίδραση προσδιορίζει την πραγματική προστιθέμενη αξία της δράσης ενός δημόσιου οργανισμού.

Αποδοτικότητα: σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα της μονάδας υγείας να χρησιμοποιεί με βέλτιστο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους (οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους) προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ή οφέλη (Hollingsworth, et al., 1999). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η αποδοτικότητα, που αποτελεί βασικό ζητούμενο των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως η αναλογία του παρατηρηθέντος επιπέδου επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο δυνατόν, σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους (Evans et al, 2001). Η μακρο-οικονομική αναφέρεται στην κατανομή των δαπανών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών), το οποίο θα μεγιστοποιεί τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και την ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις καταβαλλόμενες δαπάνες. Η μικρο-οικονομική αποδοτικότητα (τεχνική αποδοτικότητα) αναφέρεται στη μετατροπή των εισροών σε εκροές με τη βέλτιστη δυνατή πρακτική. Αξιολογεί τη δυνατότητα της υπηρεσίας υγείας να είναι κατά το δυνατόν παραγωγικότερη και να αξιοποιεί με τον ανταποδοτικότερο τρόπο τις διαθέσιμες εισροές, προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η δυσκολία μέτρησης των δημοσίων υπηρεσιών είναι ότι η εργασία ως εισροή δεν αντανακλά την «πραγματική» παρεχόμενη υπηρεσία (εκροή). Οι δείκτες εκροών (output indicators), όπως ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων, αποτελούν μέτρο της εργασίας

που πραγματοποιήθηκε και της αποδοτικότητας αυτής, αλλά δεν προσδιορίζουν με κανένα τρόπο την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας, για παράδειγμα τη μείωση των αρρυθμιστων ασθενών με αρτηριακή υπέρταση. Η μέτρηση της αποδοτικότητας περιλαμβάνει επίσης την έννοια της ποιότητας του τελικού προϊόντος. Μια μείωση του μοναδιαίου κόστους εις βάρος της ποιότητας της υπηρεσίας δεν αποτελεί πραγματική βελτίωση της αποδοτικότητας (Lonti και Woods, 2008:116-17, Dooren et al., 2008: 2, Berman, 1998: 55). Η αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας εκφράζεται από τη σχέση των εκροών προς τις εισροές, όπου οι εκροές αναφέρονται στις ενδιάμεσες ή σπανιότερα στις τελικές εκροές, ενώ οι εισροές στους πόρους που καταναλώνονται.

Παραγωγικότητα: αποτελεί τη σύζευξη (το άθροισμα) των εννοιών της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Για τη μέτρηση της επίδοσης μιας δημόσιας οργάνωσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο το κριτήριο της αποτελεσματικότητας όσο και αυτό της αποδοτικότητας, καθώς οι δύο έννοιες αλληλοσυμπληρώνονται. Μια δημόσια οργάνωση θα πρέπει να είναι τόσο αποτελεσματική όσο και αποδοτική, καθώς δεν αρκεί να είναι αποτελεσματική κατασπαταλώντας τους διαθέσιμους πόρους ή αποδοτική επιτυγχάνοντας αποτελέσματα που αποκλίνουν από τους προδιαγεγραμμένους σκοπούς ή στόχους. Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας βοηθά στον προσδιορισμό του βαθμού απόκλισης μεταξύ των προγραμματισθέντων στόχων και των αποτελεσμάτων. Συμβάλλει επίσης στην καταγραφή του βαθμού προόδου που έχει επιτευχθεί σε σχέση με το στρατηγικό σκοπό και τους επιμέρους επιχειρησιακούς στόχους, οι οποίοι τίθενται από τη δημόσια οργάνωση, κάτι το οποίο δίνει τη δυνατότητα να εντοπίζονται οι δυσκολίες επίτευξης των στόχων αυτών και να γίνονται οι απαραίτητες βελτιωτικές κινήσεις. Η παραγωγικότητα εργασίας (labour productivity) υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε ανθρωπόωρες, δίνοντας δηλαδή έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής.

Οικονομικότητα

Σημαίνει το βαθμό εκπλήρωσης της βασικής οικονομικής αρχής: επίτευξη του άριστου δυνατού αποτελέσματος με τη λιγότερη δυνατή θυσία. Επομένως, για τον προσδιορισμό της οικονομικότητας απαιτούνται ο υπολογισμός αφενός του άριστου δυνατού αποτελέσματος και αφετέρου της λιγότερης δυνατής θυσίας και η σύγκριση με τα αντίστοιχα μεγέθη που πραγματοποιεί η μονάδα υγείας, για να συναχθεί το συμπέρασμα ως προς το βαθμό εκπλήρωσης της οικονομικής αρχής από αυτήν.

Ποιότητα: η έννοια της ποιότητας άλλοτε χρησιμοποιείται ως κριτήριο που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης των πελατών-ασθενών και άλλοτε ως ευρύτερο κριτήριο συνολικής απόδοσης, που περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την επιστημονική αρτιότητα και ασφάλεια των διαδικασιών φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ποιότητα αποτελεί η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. Το κριτήριο της ποιότητας, λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του στην εποχή μας, αποτελεί έναν ξεχωριστό πλέον τομέα των υπηρεσιών υγείας, που μελετάται αυτόνομα από τις υπόλοιπες διαστάσεις της αξιολόγησης.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ε.Σ.Υ

Οι δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν σκοπό την παροχή ενός ευρέος φάσματος υπηρεσιών προαγωγής υγείας, πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας κοινών νοσημάτων, αποκατάστασης και υποστήριξης αλλά και αντιμετώπισης εκτάκτων περιστατικών με την παροχή αρχικής βοήθειας και συχνά και βραχείας νοσηλείας. Το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στην αρχή της παροχής όσο το δυνατόν περισσότερων προληπτικών, θεραπευτικών και προνοιακών υπηρεσιών και δραστηριοτήτων που θα πρέπει να παρέχονται εκτός των νοσοκομείων και άλλων ιδρυματικών δομών. Παρέχουν δηλαδή όλες τις υπηρεσίες της εξωνοσοκομειακής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όλες εκείνες τις ιατρικές παροχές και φροντίδες, οι οποίες δεν απαιτούν νοσηλεία για να παρασχεθούν και αντιμετωπίζουν στην αρχική τους φάση όλα τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά.

2.1 Κέντρα Υγείας-Περιφερειακά Ιατρεία

Με το άρθρο 14 του ιδρυτικού για το ΕΣΥ Νόμου 1397/83, δημιουργείται το νομικό πλαίσιο για τη σύσταση Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων των Νοσοκομείων του νομού και Περιφερειακών Ιατρείων ως αποκεντρωμένων μονάδων των Κέντρων Υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται η έδρα και η περιοχή ευθύνης καθενός από αυτά και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού τους. Η έδρα κάθε Κέντρου Υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα Περιφερειακά Ιατρεία διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο με το οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.

Για να ανιχνεύσουμε τον ιστορικό ρόλο και τη διαχρονική εξέλιξη του θεσμού, σκόπιμο είναι να αναφέρουμε τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, όπως αναφέρονται στο άρθρο 15 του Ν.1397/83:

- α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή
- β) η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο
- γ) η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο
- δ) η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο
- ε) η οδοντιατρική περίθαλψη
- στ) η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
- ζ) η ιατροκοινωνική και η επιδημιολογική έρευνα
- η) η ιατρική της εργασίας
- θ) η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής
- ι) η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- ια) η εκπαίδευση των ιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας
- ιβ) η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- ιγ) η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Επιπρόσθετοι σκοποί των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης είναι: α) Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και β) η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης. (Νόμος 2071/1992, άρθρο 16).

Η Διοίκηση των Κέντρων Υγείας ασκείται από τον Επιστημονικό Διευθυντή και τη Διοικούσα Επιτροπή (Νόμος 4025/2011, άρθρο 26), οι οποίοι, στο πλαίσιο των ισχυόντων κανόνων, έχουν την ευθύνη συντονισμού και ελέγχου της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους και να λειτουργούν αποτελεσματικά. Οι Διοικούσες Επιτροπές μεριμνούν για τη λήψη και εφαρμογή μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του Κέντρου Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του και εισηγούνται την εφαρμογή δράσεων που προάγουν την παροχή υπηρεσιών υγείας στην περιοχή τους. Από τη Γενική Διεύθυνση της Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να τους ανατίθενται, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, ευθύνες για δραστηριότητες που

συνδέονται με την αναβάθμιση της καθημερινής λειτουργίας και εικόνας των μονάδων και του κτιριακού και λοιπού εξοπλισμού αυτών και κατά περίπτωση, ειδικότερα καθήκοντα. Ορίζουν επίσης το πλαίσιο συνεργασίας των υγειονομικών μονάδων με τους Δήμους και με τους Δημόσιους και Κοινωνικούς φορείς της περιοχής.

Ο Επιστημονικός Διευθυντής του Κέντρου Υγείας έχει την ευθύνη να εποπτεύει την καθημερινή λειτουργία του Κέντρου Υγείας, την παρουσία και την εμφάνιση του προσωπικού, τις άδειες αυτού, την παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, τη συμπεριφορά των εργαζομένων κατά την εξυπηρέτηση των πολιτών και τη γενική εμφάνιση και καθαριότητα της υγειονομικής μονάδας. Επιλαμβάνεται άμεσα για την επίλυση προβλημάτων που δημιουργούνται και ασκεί επί του προσωπικού τον ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο κατά τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν.2889/2001. Εποπτεύει την παροχή υπηρεσιών υγείας από το Κέντρο Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, την τήρηση των διαδικασιών που αφορούν τη μεταφορά ασθενών και τις πάσης φύσεως διακομιδές σύμφωνα με τα οριζόμενα στις ισχύουσες διατάξεις και τις οδηγίες της Υγειονομικής Περιφέρειας και του Νοσοκομείου με το οποίο συνδέεται λειτουργικά η υγειονομική μονάδα. Είναι υπεύθυνος για την ορθή εν γένει παρουσία των αγροτικών και επικουρικών ιατρών. Συνεργάζεται με τις Διοικούσες Επιτροπές στο σχεδιασμό της παροχής υπηρεσιών από τα Περιφερειακά Ιατρεία και την εξυπηρέτηση των κατοίκων. Καταρτίζει και υπογράφει τα προγράμματα υπερωριακής απασχόλησης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, σύμφωνα με τις εκάστοτε οδηγίες που τίθενται από τη Γενική Διεύθυνση της Υγειονομικής Περιφέρειας και του Νοσοκομείου με το οποίο συνδέεται το Κέντρο Υγείας και έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση και την τήρηση αυτών. Μεριμνά επίσης για τις έγκαιρες παραγγελίες και προμήθειες πάσης φύσεως αναλώσιμου υλικού και φαρμάκων και εποπτεύει την κατανάλωση αυτών και τους αρμόδιους υπαλλήλους στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Σύμφωνα με το νόμο 2194/1994, άρθρο 5, στα Κέντρα Υγείας συγκροτείται, ύστερα από απόφαση του Υπουργού Υγείας, νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία, της οποίας προϊστάμενοι υπάλληλοι σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

2.2 Ανασκόπηση νομοθεσίας.

Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται ένα πλήθος νομοθετημάτων που αφορούν τη διαδικασία και τα κριτήρια αξιολόγησης των Κέντρων Υγείας, ενώ περιγράφονται και οι φορείς που είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση αυτών. Ειδική αναφορά γίνεται και για την αξιολόγηση του έργου των ιατρών.

Σύμφωνα με το άρθρο 6 του Π.Δ. 95/2000 και το άρθρο 51 του νόμου 3918/2011 στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συστήνεται η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας που συγκροτείται από τέσσερις Διευθύνσεις: Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Ψυχικής Υγείας, Προσωπικού Νομικών Προσώπων. Στη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπάγονται τα τμήματα α) Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων β) Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα και γ) Κατάρτισης Προγραμμάτων. Επιπλέον, συστήνεται η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών, στην οποία υπάγονται εννέα διευθύνσεις, ανάμεσα στις οποίες και η Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας (Π.Δ.21/2006, ΦΕΚ 17 Α΄) με τα τμήματα: α) Ερευνών και μετρήσεων αποδοτικότητας και β) Τεκμηρίωσης, καλύτερων πρακτικών και διαχείρισης παραπόνων.

Στο άρθρο 12 του νόμου 3235/2004 «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», ορίζεται ότι τα κέντρα υγείας πιστοποιούνται με βάση τα εξής κριτήρια: α) ιατρική υποδομή και εξοπλισμός, β) ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός, γ) υποδομή μηχανογράφησης, δ) στελέχωση τόσο όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευσή του, ε) τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών, στ) διαδικασίες πρόσβασης, ζ) ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού, η) διασύνδεση των φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης και θ) ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Στο νόμο 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ορίζεται στο άρθρο 2 ότι σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ. είναι ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής

Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στους οποίους ορίζονται και τα Κέντρα Υγείας.

Στο νόμο 3868/2010 (ΦΕΚ Α' 129) «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», με το άρθρο 10 θεσπίζεται σε κάθε δήμο «Συμβούλιο Διαβούλευσης, Διαφάνειας, και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» με σκοπό την ανάδειξη των θεμάτων περίθαλψης, δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην περιοχή αρμοδιότητας του Δήμου, η παρακολούθηση της λειτουργίας των υπηρεσιών, των δράσεων, των προβλημάτων και η υποβολή προτάσεων για την επίλυσή τους. Σε κάθε περιφέρεια θεσπίζεται «Συμβούλιο Προγραμματισμού Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» με σκοπό την ετήσια ενημέρωση του υγειονομικού χάρτη υγείας και πρόνοιας της Περιφέρειας, την αξιολόγηση, τον απολογισμό και τον προγραμματισμό ανάπτυξης δομών και δράσεων στους τομείς αυτούς. Με το άρθρο 27 ρυθμίζονται οι αρμοδιότητες του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.). Ανάμεσα στις αρμοδιότητές του είναι να γνωμοδοτεί για τη διαμόρφωση της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, να καθορίζει τους σκοπούς, τις προτεραιότητες και τις στρατηγικές παρέμβασης, να προσδιορίζει τους μετρήσιμους στόχους, την εξειδίκευσή τους σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και τους χώρους πραγματοποίησης και αξιολόγησης των παρεμβάσεων. Ακόμα, γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και καθορίζει τα στοιχεία και τους δείκτες που συλλέγονται από το Χάρτη Υγείας, ο οποίος προβλέπεται στο άρθρο 18 του νόμου 3172/2003, σχετικά με την υγεία των πολιτών και την χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα ελέγχει και διασφαλίζει την ποιότητά τους.

Επιπλέον, στο νόμο 4052/2012 (ΦΕΚ Α 41) στο άρθρο 6, παράγραφος 13 ορίζεται ότι οι υποχρεωτικές κατά νόμο ετήσιες αξιολογήσεις των ιατρών ΕΣΥ περιέχουν υποχρεωτικά ποσοτικά στοιχεία κλινικού έργου, όπως νοσηλευθέντες, ημέρες νοσηλείας, μέση διάρκεια νοσηλείας, εξετάσεις, χειρουργικές ή άλλες επεμβάσεις, άμεση διακίνηση λίστας ασθενών, διαγνωστικές πράξεις, συμμετοχή στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τη χρήση γενοσήμων, τον ιατρικό φάκελο, τις κωδικοποιήσεις (διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων), την τεκμηριωμένη εξοικονόμηση πόρων και την ικανοποίηση των ασθενών με έρευνες ποιότητας.

Μεθοδολογική προσέγγιση

3.1 Ποσοτική ανάλυση

Τα απαιτούμενα στάδια για την κατάρτιση των δεικτών αξιολόγησης είναι (Audit Commission, 2009):

1^ο στάδιο: Αναλυτική παρουσίαση των βασικών μεγεθών (Φάση σχεδιασμού δεικτών).

Αρχικά απαιτείται η περιγραφή των βασικών μεγεθών της δημόσιας λειτουργίας. Κάθε λειτουργία αναλύεται στα επιμέρους στοιχεία που τη συνθέτουν, όπως «ανάγκες», «έσοδα», «εκροές», «αποτελέσματα».

2^ο και 3^ο στάδιο: Κατάρτιση και ερμηνεία των δεικτών επίδοσης. (Φάση ανάπτυξης δεικτών)

Σε αυτό το στάδιο δημιουργούνται οι κατάλληλοι δείκτες για τις εξεταζόμενες λειτουργίες ενός κέντρου υγείας και παρουσιάζονται οι τιμές των δεικτών που απεικονίζουν τα μεγέθη της λειτουργίας. Είναι αναγκαίο να γίνει κατανοητό ότι η πληροφορία που αντλείται από τους δείκτες και βασίζεται σε μέτρα ή στατιστικές σπανίως αποτελεί λειτουργική γνώση για την άσκηση πολιτικής. Η αδυναμία αυτή οφείλεται στο ότι οι δείκτες είναι εργαλεία για τη λήψη αποφάσεων, αλλά σε καμία περίπτωση δε συμβάλλουν στη συμφιλίωση των στόχων και των απόψεων όλων των εμπλεκομένων. Δεδομένου ότι τα στοιχεία που συνθέτουν τις δημόσιες λειτουργίες είναι ελαστικά ως προς τις εξωγενείς συνθήκες, η δημιουργία έγκυρων δεικτών και η ερμηνεία τους πρέπει να είναι συνεχής, διεξοδική, έγκαιρη και να συνοδεύεται από διαδικασίες παρακολούθησης των πολιτικών και αξιολόγησης των προγραμμάτων.

4^ο στάδιο: Ιεράρχηση και επιλογή δεικτών (Φάση πιλοτικής εφαρμογής και εφαρμογής)

Ο αριθμός των δεικτών πρέπει να είναι μικρός, ώστε να μη δημιουργείται πληροφοριακή υπερφόρτωση και ταυτόχρονα να είναι ικανός να αποκαλύπτει τις διάφορες πτυχές της επίδοσης (αποδοτικότητα, οικονομικότητα, παραγωγικότητα). Αν τελικά για μια υπηρεσία υγείας δημιουργηθούν πολλοί δείκτες που θεωρούνται εξίσου χρήσιμοι, θα πρέπει στο τέλος να γίνει μια ιεράρχηση και επιλογή των κυριότερων δεικτών επίδοσης, ανάλογα με το σκοπό χρήσης τους. Από τους δείκτες που είναι χρήσιμοι στον προγραμματισμό, την παρακολούθηση και αξιολόγηση της υπηρεσίας, καλό είναι να επιλεγθούν 5 έως 10 κύριοι

δείκτες που είναι χρήσιμοι στην επισήμανση αδύνατων σημείων ή κινδύνων της λειτουργίας της υπηρεσίας ενός δημόσιου οργανισμού υγείας. Οι υπόλοιποι δείκτες θα χαρακτηρισθούν ως δευτερεύοντες. Τέλος, είναι σκόπιμη η συγκέντρωση των δεικτών που είναι αναγκαίοι για την κατάρτιση προδιαγραφών και προτύπων, χρήσιμων για την οργάνωση και λειτουργία της υπηρεσίας.

5^ο στάδιο: Αξιολόγηση των δεικτών επίδοσης (Φάση παρακολούθησης και αναθεώρησης δεικτών). Οι δημόσιοι φορείς πρέπει συνεχώς να ελέγχουν και να αξιολογούν κατά πόσο τα μέτρα, τα δεδομένα και οι δείκτες είναι επαρκείς ή πάρα πολλοί, αν συνεχίζουν να αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τη διοίκηση των εσωτερικών λειτουργιών και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και αν οδηγούν στην επίτευξη των στόχων. Οι δείκτες είναι αναγκαίο να αναπροσαρμόζονται ανάλογα με τις νέες ανάγκες και τους στόχους ή ακόμα και να καταργούνται ορισμένοι από αυτούς, αν πλέον δεν προσφέρουν καμιά αξιολογήσιμη πληροφορία. Η συνεχής και τακτική παρακολούθηση των δεικτών, όπως σχετίζονται με τους στρατηγικούς σκοπούς του δημόσιου οργανισμού είναι προϋπόθεση για την επιτυχία της μέτρησης των επιδόσεων, διότι όχι μόνο συμβάλλει στον καθορισμό των απαραίτητων μεγεθών για μέτρηση, αλλά παρέχει την αναγκαία πληροφόρηση για να εκτιμηθεί η πρόοδος ως προς την επίτευξη των στόχων σε όλα τα επίπεδα του δημόσιου οργανισμού.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, όπως και για κάθε δημόσια λειτουργία, έτσι και σε ένα κέντρο υγείας του ΕΣΥ δεν είναι δυνατό να καταρτισθούν όλοι οι δείκτες που θεωρητικά αποτυπώθηκαν σε προηγούμενη ενότητα. Για κάποιες λειτουργίες ορισμένοι δείκτες ίσως να μην είναι εφικτό να δημιουργηθούν ή να μην έχει νόημα η κατάρτισή τους. Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι σκόπιμη η κατάρτισή τους, διότι το όφελος από τη χρήση του δείκτη δεν αντιστοιχεί στο κόστος συλλογής των στοιχείων που τον συνθέτουν.

Για την ποσοτική ανάλυση συλλέχθηκαν στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης όπως οι ετήσιες επισκέψεις των εξωτερικών ασθενών στα τακτικά, επείγοντα και άλλα ιατρεία του Κέντρου Υγείας, ο αριθμός των συνταγογραφήσεων, οι εργαστηριακές εξετάσεις για βιοπαθολογικές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις (με ραντεβού και επείγουσες) και οι θεωρήσεις, οι προληπτικές εξετάσεις (test Παπανικολάου, test Mantoux, εμβόλια παιδιών 0-15, ενηλίκων, ηλικιωμένων >60, ατομικά δελτία μαθητών), οι νοσηλευτικές εξετάσεις (ενεσοθεραπεία, αλλαγές τραυμάτων), οι οδοντιατρικές εξετάσεις (προληπτική οδοντιατρική, φθορίωση) και η διαχείριση περιστατικών (νοσηλευθέντες στο τμήμα βραχείας, παραπομπές σε νοσοκομεία,

διακομιδές με ΕΚΑΒ, κατ'οίκον επισκέψεις). Τα οικονομικά στοιχεία αφορούν τα έσοδα (επιχορήγηση από ΥΥΚΑ, εξέταστρο, έσοδα εργαστηριακών εξετάσεων), έξοδα (μισθοδοσία, αναλώσιμα φάρμακα, αντιδραστήρια, ακτινολογικό υλικό), λοιπά έξοδα (υγειονομικό υλικό εκτός από φάρμακα), πάγια έξοδα (λειτουργικά έξοδα ΔΕΗ, ΟΤΕ κ.λπ.). Τέλος γίνεται καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού: Ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό, επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό, τεχνικό προσωπικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Δευτερογενής πηγή πληροφόρησης αποτελεί η Ελληνική Στατιστική Αρχή, από τα αρχεία της οποίας συγκεντρώθηκαν τα απαραίτητα δημογραφικά στοιχεία για τον νέο Δήμο Χαλκηδόνα Κουφαλίων και τις κοινότητές του. Η αποτύπωση των δημογραφικών εξελίξεων και τάσεων αποτελεί σημαντική παράμετρο που επηρεάζει και επιδρά στις σύγχρονες τάσεις για την ανάπτυξη της παροχής υπηρεσιών υγείας. Στον πίνακα 3.1 παρουσιάζεται ο πληθυσμός του Δήμου Κουφαλίων και του Δήμου Χαλκηδόνας, τους οποίους εξυπηρετεί το Κέντρο Υγείας σύμφωνα με την απογραφή του 2001 (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2001). Ο πραγματικός πληθυσμός του Δήμου Κουφαλίων ήταν 10.757 και του Δήμου Χαλκηδόνας 10.001 κάτοικοι. Συγκριτικά με την απογραφή του 1991, ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά 9,98%.

Πίνακας 3.1: Πληθυσμός των Δήμων Κουφαλίων και Χαλκηδόνας.

Δ.Δ.	Απογραφή 1991	Απογραφή 2001	Μεταβολή %
ΔΗΜΟΣ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ		10757	
Δ.Δ. Κουφαλίων	7558	8102	
Πρόχωμα	2233	2655	
Οικ. Προχώματος		1294	
Οικ. Ακροποτάμου		698	
Οικ. Καστανά		663	
ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΗΔΟΝΑΣ		10001	
Δ.Δ. Χαλκηδόνας	3144	3749	
Δ.Δ. Αδένδρου*	2201	2283	
Δ.Δ. Βαλτοχωρίου	285	314	
Δ.Δ. Ελεούσης	537	562	
Δ.Δ. Μικρού Μοναστηρίου	2260	2433	
Δ.Δ. Παρθενίου	657	660	
ΣΥΝΟΛΟ	18875	20758	9,98 %

ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2001

Σύμφωνα με την τρέχουσα διοικητική διαίρεση της χώρας που διαμορφώθηκε με το νόμο 3852/2010 (Καλλικράτης) και ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2011, ο Δήμος Χαλκηδόνας, με έδρα τα Κουφάλια, αποτελείται από τη Δημοτική ενότητα Κουφαλίων, τη Δημοτική ενότητα Χαλκηδόνας και τη Δημοτική ενότητα Αγίου Αθανασίου. Ο πληθυσμός του Δήμου Χαλκηδόνας σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2011 ανέρχεται σε 33.560 κατοίκους (προσωρινά αποτελέσματα ΕΛ.ΣΤΑΤ.).



Δήμος Κουφαλίων

Ο Δήμος Κουφαλίων ήταν Δήμος του Νομού Θεσσαλονίκης. Με την εφαρμογή του προγράμματος Καλλικράτης καταργήθηκε και εντάχθηκε στο νέο Δήμο Νέας Χαλκηδόνας. Βρίσκεται 40 χιλιόμετρα βορειοδυτικά της πόλης της Θεσσαλονίκης, κοντά στο ποταμό Αξιό και στα όρια των νομών Θεσσαλονίκης, Πέλλας και Κιλκίς. Αποτελούνταν από τα δημοτικά διαμερίσματα των Κουφαλίων και του Προχώματος.

Ο πληθυσμός ευθύνης του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων αποτελείται από τον πληθυσμό της Δημοτικής ενότητας Κουφαλίων και της Χαλκηδόνας εκτός της κοινότητας του Αδένδρου, δηλαδή σύμφωνα με την απογραφή του 2001 ανέρχεται σε 18.475 κατοίκους (ΕΛ.ΣΤΑΤ 2001). Το μέσο μέγεθος νοικοκυριού τόσο για το Δ. Κουφαλίων όσο και το Δ. Χαλκηδόνας ανέρχεται στα 3 μέλη, ενώ ο δείκτης γήρανσης κυμαίνεται στο 0,18 για τον πρώτο και 0,17 για το δεύτερο. Το ποσοστό αλλοδαπών σύμφωνα με την απογραφή το 2001 ανέρχεται στο 4,4% για το Δήμο Κουφαλίων και 6,2% για το Δήμο Χαλκηδόνας με χώρα προέλευσης και για τους δύο κυρίως την Αλβανία και τη Γεωργία (Επιχειρησιακό πρόγραμμα Δήμου Κουφαλίων 2007-2013, 2008). Στον τομέα της απασχόλησης, ο Δήμος Κουφαλίων παρουσιάζει χαμηλό ποσοστό οικονομικά ενεργών κατοίκων (39,8%) και αυτό οφείλεται τόσο στις αλλαγές στην απασχόληση στον πρωτογενή τομέα όσο και στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού (ένα μεγάλο μέρος του κυμαίνεται άνω των 60 ετών). Το ποσοστό ανεργίας ανέρχεται στο 11,4% σημειώνοντας τεράστια αύξηση τα τελευταία χρόνια. Στο Δήμο

Χαλκηδόνας οικονομικά ενεργοί δηλώνει το 43,9% των κατοίκων, ενώ το ποσοστό ανεργίας ανέρχεται στο 11%. Λόγω της γεωγραφικής θέσης του δήμου Κουφαλίων, εδώ και χρόνια αυτός, λειτουργεί ως ημιαστικό κέντρο που παρέχει στους δημότες του ποικίλες υπηρεσίες και καλύπτει ευρύ φάσμα των αναγκών του. Η ενασχόληση του πληθυσμού με τον πρωτογενή τομέα, γεωργία-κτηνοτροφία, αλλά και τον δευτερογενή και τριτογενή τομέα έχει ως αποτέλεσμα ο Δήμος, όχι απλά να συγκρατεί τον πληθυσμό του, αλλά και να τον αυξάνει. Η γειτνίαση του δήμου με άλλους νομούς, αλλά και η κοντινή του απόσταση από σημαντικά αστικά κέντρα (Θεσσαλονίκη, Γιαννιτσά, Βέροια, Κιλκίς) ενισχύουν τις συχνές επαφές και την ανταλλαγή προϊόντων και υπηρεσιών και καθιστούν το Δήμο πόλο έλξης για ανθρώπους των αστικών κέντρων (Επιχειρησιακό πρόγραμμα Δήμου Κουφαλίων 2007-2013, 2008).

Από τα διαθέσιμα στοιχεία που συλλέχθηκαν υπολογίστηκαν οι παρακάτω ποσοτικοί δείκτες αξιολόγησης του κέντρου υγείας:

Δείκτες εισροών

1. αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους
2. αριθμός νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους
3. αριθμός ιατρών ανά νοσηλευτικό προσωπικό
3. διοικητικό προσωπικό ανά ιατρό
4. διοικητικό προσωπικό ανά νοσηλευτή

Δείκτες εκροών

1. αριθμός συνταγογραφιών ανά 1000 κατοίκους
2. αριθμός μικροβιολογικών εξετάσεων ανά 1000 κατοίκους
3. αριθμός εξετάσεων ακτινολογικού εργαστηρίου ανά 1000 κατοίκους
4. αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ανά 1000 κατοίκους
5. αριθμός επισκέψεων στα ειδικά ιατρεία ανά 1000 κατοίκους
6. ποσοστό περιστατικών που διακομίστηκαν ή παραπέμφθηκαν σε άλλο νοσοκομείο

Δείκτες αποδοτικότητας

1. φαρμακευτική δαπάνη ανά ασθενή
2. δαπάνη υγειονομικού υλικού ανά ασθενή
3. λειτουργικές δαπάνες ανά ασθενή
4. μέσο συνολικό κόστος λειτουργίας του Κέντρου Υγείας/αριθμός ασθενών

Δείκτες παραγωγικότητας

1. αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτικό προσωπικό
2. αριθμός επισκέψεων ανά ιατρικό προσωπικό
3. αριθμός ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά ιατρείο ειδικότητας ανά ημέρα

Δείκτες οικονομικότητας

1. ποσοστό του συνόλου των δαπανών του Κέντρου Υγείας στο σύνολο των δαπανών του νοσοκομείου
2. μερίδιο δαπανών συντήρησης ως προς το σύνολο του ΚΥ
3. μερίδιο λειτουργικών δαπανών ως προς το σύνολο δαπανών του ΚΥ
4. μερίδιο δαπανών προμηθειών ως προς το σύνολο ή δαπάνη φαρμάκων και υγειονομικού υλικού ως προς το σύνολο των δαπανών

3.2 Ποιοτική ανάλυση.

Η ποιοτική ανάλυση βασίζεται στη χρήση ερωτηματολογίου ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών, το οποίο αντλήθηκε από το Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» στο οποίο υπάγεται το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων και αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας (βλέπε Παράρτημα 2). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης ώστε να εξασφαλιστεί ότι θα είναι πλήρως κατανοητό και εύχρηστο, αφού θα μπορεί να επεξηγηθεί σε τυχόν απορίες καθώς λήφθηκαν υπόψη τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων (ηλικιακή σύνθεση άνω των 60 ετών). Βεβαίως, δεν αποφεύγονται άλλα μειονεκτήματα, όπως το γεγονός ότι ο ασθενής που βρίσκεται στις εγκαταστάσεις της υγειονομικής μονάδας έχει την αίσθηση ότι εξαρτάται ακόμη από το προσωπικό της μονάδας και κυρίως από το ιατρικό προσωπικό, πράγμα που μπορεί να τον οδηγήσει σε ψευδώς θετικές κρίσεις για της υπηρεσίες της συγκεκριμένης μονάδας. Υπάρχει επίσης η πίεση του χρόνου, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς βιάζονται να φύγουν μετά από την ολοκλήρωση της εξέτασης τους, γεγονός που μπορεί να τους οδηγήσει σε λανθασμένες απαντήσεις ή άρνηση συμμετοχής στην ερευνά. Με σκοπό να προσδιοριστεί ο απαραίτητος

αριθμός ερωτηματολογίων, λήφθηκε υπόψη ότι ορισμένοι ερευνητές (J. Seibert) αξιολογούν ότι 400 ερωτηματολόγια δίνουν αξιόπιστες απαντήσεις, ενώ άλλοι (C. Cunnigham) πιστεύουν ότι ακόμη και 50-100 προσφέρουν επαρκείς πληροφορίες για τις προσδοκίες των ασθενών (τα ανωτέρω αναφέρονται και σε δημοσίευση του Picker Institute of Europe 2002).

Χρησιμοποιήθηκε ο τύπος του δομημένου ερωτηματολογίου, στο οποίο περιλαμβάνονται γενικές ερωτήσεις για τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του χρήστη (φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης) και το λόγο της επίσκεψης (Τακτικά ή Ιατρεία Εκτάκτων). Στη συνέχεια υπάρχουν 6 ενότητες ερωτήσεων (με αρκετές υποερωτήσεις με συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών διαστάσεων) με κλειστές απαντήσεις, που προσπαθούσαν να αξιολογήσουν διάφορες παραμέτρους που έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και έχουν σχέση με οργανωτικά λειτουργικές παραμέτρους. Τέτοιες παράμετροι είναι η υποδοχή και το περιβάλλον, η ταχύτητα εξυπηρέτησης, οι διαδικασίες κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις, το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και οι διοικητικές-διαχειριστικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας.

Οι 8 ερωτήσεις που προσπαθούν να αξιολογήσουν την υποδοχή-περιβάλλον, αφορούν την τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες), τη συμπεριφορά του προσωπικού που υποδέχτηκε τον ασθενή, την παροχή πληροφοριών (πού ακριβώς να πάει, τι να κάνει κ.λπ.), την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα διάφορα τμήματα, την καθαριότητα των χώρων υποδοχής, την λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής, την ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων για τη διάρκεια της αναμονής των ασθενών, την καθαριότητα των βοηθητικών χώρων (τουαλέτες κ.ά.).

Οι 2 ερωτήσεις που προσπαθούν να αξιολογήσουν την ταχύτητα εξυπηρέτησης απευθύνεται σε ασθενείς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και αφορούν τον χρόνο που μεσολάβησε από το κλείσιμο, μέχρι το ραντεβού και το χρόνο αναμονής σε αυτά.

Οι επόμενες 2 ερωτήσεις αφορούν τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εργαστηριακών εξετάσεων και το χρόνο αναμονής για τα αποτελέσματα αυτών και προσπαθούν να αξιολογήσουν τις διαδικασίες κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Ακολουθούν 7 ερωτήσεις από τις οποίες, οι πρώτες 3 αφορούν την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών), την συμπεριφορά των ιατρών κατά τη διάρκεια

της εξέτασης και την ποιότητα της ενημέρωσης από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της.

Από τις επόμενες 4, οι πρώτες 2 προσπαθούν να αξιολογήσουν τη νοσηλευτική φροντίδα και αφορούν την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών) και τη συμπεριφορά αυτών, ενώ οι 2 τελευταίες προσπαθούν να αξιολογήσουν τις διοικητικές υπηρεσίες και αφορούν τη συμπεριφορά του προσωπικού τους και την ταχύτητα εξυπηρέτησης.

Οι 3 ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης που υπάρχουν στο τέλος αφορούν τη συνολική εμπειρία από την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας με κλίμακα από το 0 έως το 10 και το ενδεχόμενο επιλογής του Κέντρου Υγείας από τον ίδιο τον ασθενή και σύστασής του σε φίλους και στην οικογένεια του, όταν αναζητηθούν υπηρεσίες υγείας από αυτούς, με διαβάθμιση σίγουρα όχι, μάλλον όχι, ούτε ναι/ούτε όχι, μάλλον ναι και μάλλον όχι.

Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων ανά ενότητα ερωτήσεων, κωδικοποιημένες σε 5βάθμια κλίμακα (Likert) (0=πολύ κακές, 1=μάλλον κακές, 3=ούτε καλές/ούτε κακές, 4=μάλλον καλές, 5= πολύ καλές) αθροίστηκαν σε κάθε μία από τις αναφερθείσες ενότητες (υποδομή-περιβάλλον, ταχύτητα εξυπηρέτησης, εργαστηριακές εξετάσεις, εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα, εντυπώσεις από η νοσηλευτική φροντίδα, διοικητικές υπηρεσίες). Αξίζει να σημειωθεί ότι δε δόθηκαν απαντήσεις για κανένα στοιχείο του ερωτηματολογίου στην κλίμακα «πολύ κακές» και «μάλλον κακές». Τα αθροίσματα σε κάθε ένα από τους τρεις υπόλοιπους βαθμούς σε κάθε ενότητα έδωσε έξι δείκτες ικανοποίησης (δείκτης ικανοποίησης από την υποδοχή-περιβάλλον, δείκτης ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης κ.λπ.), οι οποίοι στη συνέχεια αναλογίστηκαν στην 100βάθμια κλίμακα, οπότε ο βαθμός ικανοποίησης του επισκέπτη μετρήθηκε από 20 (πολύ μικρή) έως 100 (πολύ).

Για την ποιοτική ανάλυση, η διενέργεια των συνεντεύξεων με τη χρήση του ερωτηματολογίου (το οποίο ήταν ανώνυμο και εμπιστευτικό) πραγματοποιήθηκε το μήνα Αύγουστο του 2012 σε τυχαίο δείγμα ασθενών, οι οποίοι ήθελαν να συμμετάσχουν και επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας, τόσο κατά την πρωινή του λειτουργία όσο και κατά τις ώρες εφημέρευσης, ώστε να διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Συμπληρώθηκαν συνολικά 93 ερωτηματολόγια. Η διάρκεια της συνέντευξης ήταν γύρω στα

8-10 λεπτά. Από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν οι παρακάτω ποιοτικοί δείκτες αξιολόγησης του κέντρου υγείας:

Δείκτες ποιότητας

1. ικανοποίηση ασθενών από υποδοχή-περιβάλλον
2. ικανοποίηση ασθενών από ταχύτητα εξυπηρέτησης
3. ικανοποίηση ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις
4. ικανοποίηση ασθενών από τις ιατρικές φροντίδες
5. ικανοποίηση ασθενών για τις νοσηλευτικές φροντίδες
6. ικανοποίηση ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες

Αποτελέσματα

4.1 Εισαγωγή

Η εργασία εξετάζει το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων, που αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου» της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, για το χρονικό διάστημα 2006-2011. Για την αναζήτηση των στοιχείων οργάνωσης και λειτουργίας του κέντρου υγείας χρησιμοποιήθηκαν οι πληροφορίες που αντλούνται από την υφιστάμενη νομοθεσία καθώς και πληροφορίες από τις οικονομικές και διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου.

4.2. Ποσοτική ανάλυση του Κέντρου Υγείας

4.2.1. Γεωγραφική χωροθέτηση

Το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων ανήκει οργανικά στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου» και παρέχει υπηρεσίες υγείας σε δύο Δημοτικές Ενότητες (Κουφαλίων και Χαλκηδόνας) και στις Δημοτικές Κοινότητες Αθύρων (1.693 κάτοικοι), Δυτικού (477 κάτοικοι) και Ραχώνας (685 κάτοικοι) της Δημοτικής Ενότητας Πέλλας, του Δήμου Πέλλας, ανεβάζοντας έτσι το συνολικό πληθυσμό ευθύνης στους 21.330 κατοίκους (απογραφή 2001). Αποκεντρωμένες μονάδες του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων αποτελούν τα Περιφερειακά Ιατρεία τα οποία έχουν τις έδρες τους στη Δημοτική Ενότητα Χαλκηδόνας (Περιφερειακό Ιατρείο 24/ωρης ετοιμότητας), και στις δημοτικές κοινότητες Αθύρων και Προχώματος.

Το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων με ημερομηνία σύστασης 22/4/1986 και ημερομηνία λειτουργίας 11/9/1986, καταλαμβάνοντας έκταση 900 m² περίπου, παρέχει δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες και βασικό εργαστηριακό έλεγχο σε όλους τους κατοίκους, ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό τους φορέα καθώς και στους ανασφάλιστους.

4.2.2. Στελέχωση του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων

Το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων έχει ως σκοπό την παροχή ΠΦΥ σε όλους τους μόνιμους και προσωρινούς κατοίκους στη βορειοδυτική περιοχή της Περιφερειακής Ενότητας της Θεσσαλονίκης. Αυτή περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, την άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής, την επιδημιολογική έρευνα, την αγωγή υγείας, καθώς επίσης και την ενημέρωση και εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Το κέντρο υγείας με τα Περιφερειακά του Ιατρεία αποτελούν ενιαία διεύθυνση και απαρτίζεται από τα εξής ιατρεία: γενικής ιατρικής, παιδιατρικό, οδοντιατρικό, μικροβιολογικό που λειτουργούν σε τακτά χρονικά διαστήματα, στο πλαίσιο προγράμματος. Επιπλέον, περιοδικά λειτουργούν το μαιευτικό-γυναικολογικό, οφθαλμολογικό, χειρουργικό, ωτορινολαρυγγολογικό, καρδιολογικό, ορθοπεδικό, ψυχιατρικό, ακτινοδιαγνωστικό με ιατρούς των αντίστοιχων ειδικοτήτων του νοσοκομείου, στο πλαίσιο προγράμματος επισκέψεων που καταρτίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

Στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων λειτουργούν:

- 3 Ιατρεία Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας
- 1 Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών
- 2 Ιατρεία Παιδιατρικά
- 2 Ιατρεία Οδοντιατρικά
- Ακτινολογικό εργαστήριο
- Μικροβιολογικό εργαστήριο

Για τις ανάγκες του κέντρου υγείας έχουν συσταθεί οι παρακάτω θέσεις προσωπικού (Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.3433, ΦΕΚ Β 279/1997):

Ιατρικό προσωπικό

- 10 θέσεις γενικής ιατρικής ή παθολογίας
- 1 θέση ψυχιατρικής και 1 θέση παιδοψυχιατρικής (συστάθηκαν με την Κ.Υ.Α.Υ3α/Γ.Π. οικ.119165, ΦΕΚ Β 2128/2009)
- 4 θέσεις οδοντιατρικής
- 3 θέσεις παιδιατρικής
- 1 θέση βιοπαθολογίας

-1 θέση ιατρού χωρίς ειδικότητα (καταργήθηκε με την Κ.Υ.Α.Υ3α/Γ.Π. οικ.119165, ΦΕΚ Β 2128/2009)

Τα ιατρεία πλαισιώνονται εκτός από ιατρούς και από τις εξής κατηγορίες προσωπικού:

•νοσηλευτικό προσωπικό

-7 θέσεις νοσηλευτικής

- 2 θέσεις μαιών-μαιευτών

•παραϊατρικό προσωπικό

-1 θέση ιατρικών εργαστηρίων

-2 θέσεις ραδιολογίας-ακτινολογίας (Κ.Υ.Α. Υ4α/10924, ΦΕΚ Β 1020/1997)

-2 θέσεις φυσιοθεραπείας

Γραφείο κοινωνικής φροντίδας:

•προσωπικό κοινωνικής μέριμνας

-4 θέσεις επισκεπτών-επισκεπτριών υγείας (6 θέσεις μέχρι το 2009 από τις οποίες οι 2 καταργήθηκαν με την Κ.Υ.Α.Υ3α/Γ.Π. οικ.119165, ΦΕΚ Β 2128/2009)

-2 θέσεις κοινωνικής εργασίας

-1 θέση ψυχολόγου (συστάθηκε με την Κ.Υ.Α.Υ3α/Γ.Π. οικ.119165, ΦΕΚ Β 2128/2009)

•προσωπικό διατροφικής μέριμνας

-1 θέση Διαιτολογίας

Γραφείο γραμματείας

-3 θέσεις διοικητικού-λογιστικού

-1 θέση τεχνικού

•προσωπικό διοικητικής μέριμνας

-2 θέσεις επιμελητών

-3 θέσεις πληρωμάτων ασθενοφόρων

-3 θέσεις προσωπικού καθαριότητας

Η κατανομή των οργανικών θέσεων για το ιατρικό και το λοιπό προσωπικό, για την χρονική περίοδο 2006-2011 παρουσιάζεται στον πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1: Οργανικές θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού, 2006-2011

Κατηγορία προσωπικού	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Σύνολο Ιατρικό προσωπικό	19	19	19	19	20	20
Γεν. Ιατρικής/ Παθολογίας	10	10	10	10	10	10
Παιδιατρικής	3	3	3	3	3	3
Οδοντιατρικής	4	4	4	4	4	4
Βιοπαθολογίας	1	1	1	1	1	1
Ιατρός χωρίς ειδικότητα	1	1	1	1	-	-
Ψυχιατρικής	-	-	-	-	1	1
Παιδοψυχολογίας	-	-	-	-	1	1
Νοσηλευτικό	9	9	9	9	9	9
Διοικητικό-διοικητικής μέριμνας	11	11	11	11	11	11
Παραϊατρικό	5	5	5	5	5	5
Τεχνικό	1	1	1	1	1	1
Κοινωνικής και διατροφικής μέριμνας	9	9	9	9	8	8
Σύνολο Ιατρικού και λοιπού προσωπικού	54	54	54	54	54	54

Ο αριθμός των οργανικών θέσεων του ιατρικού προσωπικού παραμένει σταθερός από το 2006 έως το 2009 τόσο συνολικά όσο και στην επιμέρους κατανομή των ιατρών ανά ειδικότητα. Το 2010 καταργείται μια θέση ιατρού χωρίς ειδικότητα και προστίθενται δύο θέσεις ιατρών ειδικοτήτων (ψυχιατρικής και παιδοψυχιατρικής). Σχετικά με το λοιπό προσωπικό, ενώ παρατηρείται ο ίδιος σταθερός αριθμός οργανικών θέσεων από το 2006 έως το 2009, το 2010, μειώνονται κατά μία (κοινωνικής και διατροφικής μέριμνας) αντίθετα από ότι συμβαίνει με τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού που αυξήθηκαν κατά μία το ίδιο διάστημα.

4.2.3 Νοσηλευτική κίνηση

Στη νοσηλευτική κίνηση συμπεριλαμβάνονται οι επισκέψεις στα ιατρεία και τα ειδικά ιατρεία του Κέντρου Υγείας, αλλά και στα Περιφερειακά Ιατρεία του, ο αριθμός των

συνταγογραφήσεων, η χρήση του μικροβιολογικού κι ακτινολογικού εργαστηρίου, οι εξετάσεις πρόληψης σημαντικών ασθενειών, όπως ο καρκίνος καθώς και ο εμβολιασμός των κατοίκων της περιοχής.

Αριθμός επισκέψεων στα τακτικά/ επείγοντα ιατρεία και κατ'οίκον επισκέψεις

Στον πίνακα 4.2 καταγράφεται ο αριθμός ατόμων που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων για την περίοδο 2006-2011. Κατά τη διάρκεια λειτουργίας του Κέντρου Υγείας από το 2006 έως το 2011 λειτούργησαν διάφορα ειδικά ιατρεία με ιατρούς ειδικοτήτων με επισκέψεις από το Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου». Τα ειδικά ιατρεία λειτουργούν με ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας μια φορά την εβδομάδα.

Πίνακας 4.2: Αριθμός επισκέψεων στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων και κατ'οίκον επισκέψεις, 2006-2011.

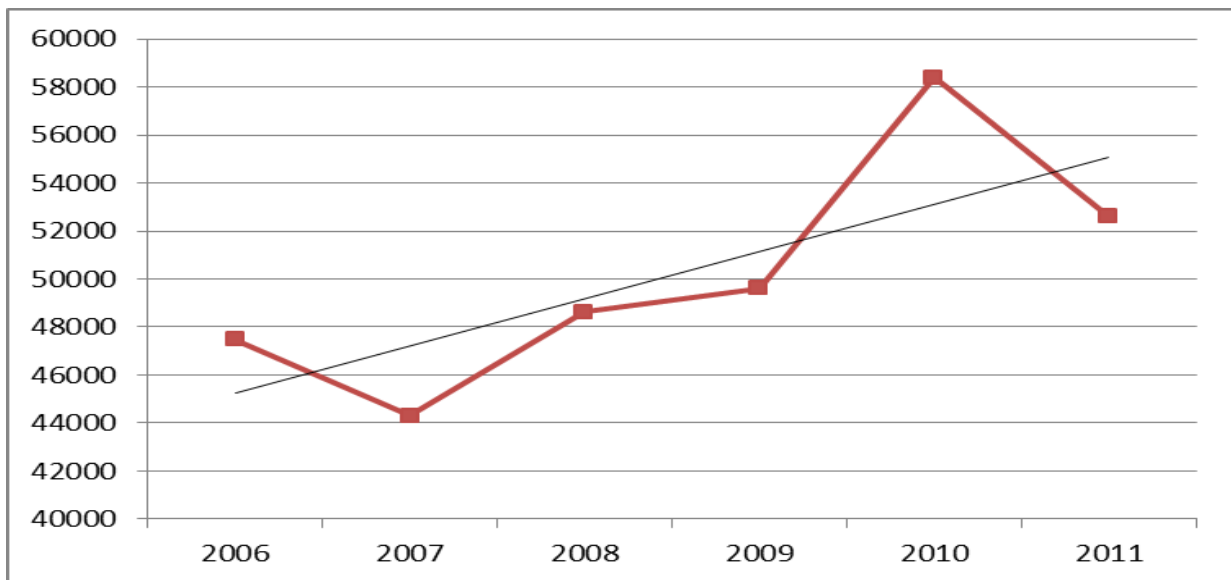
	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	T	E	T	E	T	E	T	E	T	E	T	E
Γεν. Ιατρ./ Παθ/γίας	12909	21019	13569	18990	15141	20944	13539	22724	21270	25738	17533	26384
Παιδ/κά	10848	1319	9838	695	10686	1817	10821	2534	9466	1905	7228	1459
Οδον/κά	1195	190	1032	184	37	5	-	-	-	-	-	-
Σύνολο	24952	22528	24439	19869	25864	22766	24360	25258	30736	27643	24761	27841
<u>Σύνολο</u>	47480		44308		48630		49618		58379		52602	
<u>τακτικών και</u>												
<u>εκτάκτων</u>												
Κατ'οίκον επισκέψεις	108		55		19		6		19		-	

Μαιευτικό- γυναικολογικό	1113	1047	932	985	1307	1278
Οφθαλμολογικό	818	553	669	453	-	-
Χειρουργικό	304	345	270	271	202	190
Ωτορινολαρυγγολογικό	773	571	649	630	654	433
Καρδιολογικό	344	322	253	308	259	199
Ψυχιατρικό	445	399	608	568	701	960
Ορθοπαιδικό	1104	970	717	846	793	-
<u>Σύνολο Ιατρεία ειδ/των</u>	4901	4207	4098	4061	3916	3060
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	52489	48570	52747	53685	62314	55662

Οι επισκέψεις των ασθενών κατηγοριοποιούνται στα ιατρεία Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας, Παιδιατρικό, Οδοντιατρικό και μπορεί να διακρίνονται σε τακτικά ή έκτακτα περιστατικά καθώς και των ειδικών ιατρείων, όπως μαιευτικό-γυναικολογικό, οφθαλμολογικό, χειρουργικό, ωτορινολαρυγγολογικό, καρδιολογικό, ψυχιατρικό και ορθοπαιδικό. Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν οι κατ'οίκον επισκέψεις. Ο αριθμός των επισκέψεων ανήλθε στους 55.662 το 2011 και διαχρονικά παρουσιάζει αυξητική τάση, με μόνη εξαίρεση το 2007 και το 2011 όπου παρατηρείται μείωση κατά 7,47% και 10,67% αντίστοιχα. Η τάση αυτή παρατηρείται και στα επιμέρους τακτικά ή ειδικά ιατρεία. Ο αριθμός των κατ'οίκον επισκέψεων παρουσιάζει συνεχή φθίνουσα πορεία από τα έτη 2006 και μετά, ώστε για το 2011 να μην υπάρχει καμιά καταγραφή.

Οι επισκέψεις στα ιατρεία Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας, στα Παιδιατρικά και στα Οδοντιατρικά ανήλθαν στους 52.602 ασθενείς για το 2011, με το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέψεων (83,49%) να καταγράφεται στα ιατρεία Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας. Ο αριθμός των έκτακτων περιστατικών είναι αισθητά υψηλότερος, προσεγγίζοντας τις 26.384 επισκέψεις ή το 94,76% του συνόλου των επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία. Η κατανομή των επισκέψεων στα παιδιατρικά ιατρεία είναι αντίστροφη, με το μεγαλύτερο μέρος να καταλαμβάνουν τα τακτικά ιατρεία (7.228 επισκέψεις το 2011 έναντι 1.499), ενώ το 2009 καταγράφεται ο υψηλότερος αριθμός τακτικών και έκτακτων επισκέψεων. Τα παραπάνω αποτυπώνονται στο γράφημα 4.1.

Γράφημα 4.1: Εξέλιξη του αριθμού των επισκέψεων στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων, 2006-2011



Στα ιατρεία ειδικοτήτων παρατηρείται σταδιακή μείωση από το 2006 έως το 2011, με το 2011 να καταγράφονται 3.060 ασθενείς. Το μεγαλύτερο μερίδιο επισκέψεων καταλαμβάνει το μαιευτικό/γυναικολογικό ιατρείο με 1.278 επισκέψεις. Ακολουθούν το ψυχιατρικό με 960, το ωτορινολαρυγγολογικό με 433, το καρδιολογικό με 199 και το χειρουργικό με 190. Το οφθαλμολογικό και το ορθοπαιδικό δεν καταγράφουν επισκέψεις το 2011 λόγω ανάκλησης του προγράμματος επισκέψεων ιατρών των αντίστοιχων ειδικοτήτων από το Νοσοκομείο στο Κέντρο Υγείας.

Οι εξωτερικοί ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Περιφερειακά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 4.3.

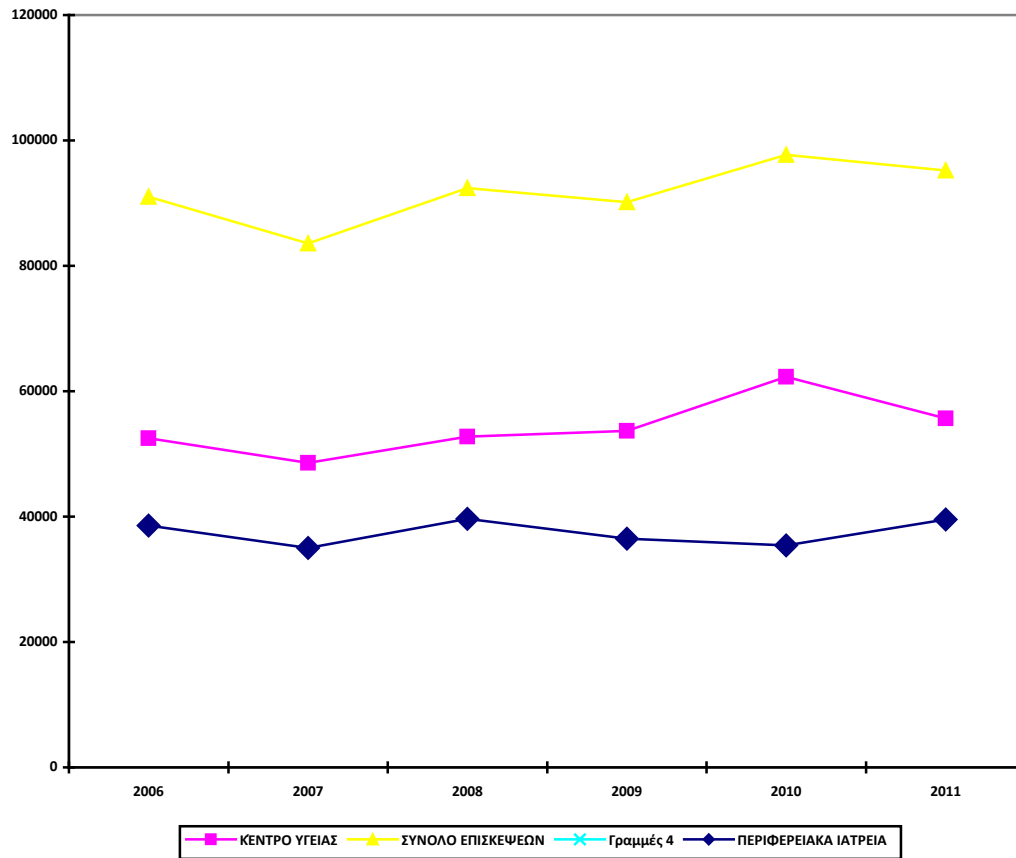
Πίνακας 4.3: Αριθμός επισκέψεων στα Περιφερειακά Ιατρεία, 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Χαλκηδόνας</u>	15576	12436	15545	14266	14156	16828
<u>Αθύρων</u>	15584	14741	16302	14801	13036	12675
<u>Προχώματος</u>	7389	7806	7797	7411	8191	10056
ΣΥΝΟΛΟ	38549	34983	39644	36478	35383	39559

Αναφορικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία Χαλκηδόνας, Αθύρων και Προχώματος, ο αριθμός των επισκέψεων παρουσιάζει αυξομειωτική τάση για την περίοδο 2006-2011, με τις υψηλότερες τιμές να καταγράφονται το 2006, 2008 και 2011 και τις χαμηλότερες το 2007 και 2009. Το 2011 ο αριθμός των επισκέψεων ανήλθε στις 39.559 με το μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά το ιατρείο της Χαλκηδόνας και των Αθύρων.

Επομένως οι συνολικοί ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Ιατρεία του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων και τα Περιφερειακά του Ιατρεία, διαμορφώθηκε στους 91.038 για το έτος 2006, 83.553 για το 2007, 92.391 για το 2008, 90.163 για το 2009 και 97.697 και 95.221 για τα έτη 2010 και 2011 αντίστοιχα.

Γράφημα 4.2: Συγκριτική απεικόνιση της μεταβολής αριθμού επισκέψεων Κέντρου Υγείας, Περιφερειακών Ιατρείων 2006-2011.



Μέχρι το 2008 η ετήσια μεταβολή του αριθμού των επισκέψεων στο Κέντρο Υγείας και στα Περιφερειακά του Ιατρεία είναι παράλληλη. Από το 2008 και μετά, ενώ για το Κ.Υ. παρατηρείται αύξηση του αριθμού των επισκέψεων μέχρι το 2010 και στη συνέχεια μείωση, για Περιφερειακά Ιατρεία παρατηρείται μείωση αυτών μέχρι το 2010 και στη συνέχεια αύξηση. Η συνολική μεταβολή των επισκέψεων ακολουθεί όπως είναι λογική αυτή των επισκέψεων των ιατρείων του Κ.Υ.

Αριθμός συνταγογραφήσεων

Ο αριθμός των συνταγογραφήσεων που διενεργήθηκαν στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων και τα Περιφερειακά του Ιατρεία για την περίοδο 2006-2011 παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.

Πίνακας 4.4: Ετήσιος αριθμός συνταγογραφήσεων, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Κέντρο Υγείας						
<u>Γεν.</u>	7595	7967	9231	8312	12859	14487
<u>Ιατρ./Παθ.</u>						
<u>Παιδιατρικά</u>	4258	3443	3740	3787	738	-
Περιφερειακά Ιατρεία						
<u>Χαλκηδόνα</u>	10129	8083	10104	9273	7965	11965
<u>Άθυρα</u>	10161	9581	10601	9620	7725	9725
<u>Πρόχωμα</u>	4803	5074	5068	4817	4719	7697
ΣΥΝΟΛΟ	36946	34148	38744	35809	34006	43874

Αναφορικά με το Κέντρο Υγείας, συνταγογραφήσεις διενεργήθηκαν στα Ιατρεία Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας και στα Παιδιατρικά, χωρίς να έχει καταγραφεί αριθμός συνταγογραφήσεων στα Ιατρεία ειδικοτήτων. Ο αριθμός των συνταγογραφήσεων καταγράφει διακυμάνσεις, το 2011 παρουσιάζει τις υψηλότερες τιμές (43.874 συνταγογραφήσεις), με το μεγαλύτερο μερίδιο να αφορά τα ιατρεία Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ίδιο έτος δεν καταγράφονται συνταγογραφήσεις στα Παιδιατρικά ιατρεία, λόγω μη τήρησης χωριστού, από τις υπόλοιπες ιατρικές πράξεις, μητρώου καταγραφής τους, ενώ το 2010 μόνο 738 περιπτώσεις.

Επισκέψεις στο Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό εργαστήριο

Το Μικροβιολογικό εργαστήριο αποτελεί βασικό υποστηρικτικό κορμό του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων και είναι εξοπλισμένο με αιματολογικό αναλυτή, βιοχημικό αναλυτή, επωαστικό κλίβανο, δύο φυγοκέντρους, μικροσκόπιο και προθρομβινόμετρο. Το φάσμα των εκτελούμενων εξετάσεων ανέρχεται σε 33 (αιματολογικές, βιοχημικές, ορολογικές, μικροβιολογικές) αντιμετωπίζοντας ένα μεγάλο αριθμό ζητούμενων εξετάσεων.

Οι βιοχημικές εξετάσεις που διενεργούνται καθώς και ο αντίστοιχος αριθμός πραγματοποιηθέντων εξετάσεων κατά τα έτη 2006 έως 2011 παρατίθενται στον Πίνακα 4.5.

Στον Πίνακα δεν περιλαμβάνονται η φερίτινη, η CRP και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη καθώς το μικροβιολογικό εργαστήριο δεν διενεργούσε τις συγκεκριμένες εξετάσεις το

παραπάνω χρονικό διάστημα. Επίσης, ο πραγματικός αριθμός των γενικών εξετάσεων ούρων είναι μεγαλύτερος από αυτόν που καταγράφεται στα αρχεία του εργαστηρίου, καθώς εκτελείται στο ιατρείο των επειγόντων περιστατικών από τους ιατρούς με τη χρήση των ειδικών ταινιών (strips) και έτσι δεν περιλαμβάνεται συχνά στο είδος των ζητούμενων εξετάσεων από το εργαστήριο και ειδικά κατά την εφημερία. Το μικροβιολογικό εργαστήριο επιπλέον δεν εφημερεύει καθημερινά.

Πίνακας 4.5: Αριθμός εξετάσεων Μικροβιολογικού εργαστηρίου, 2006-2011.

Είδος εξετάσεων	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Γενική αίματος</u>	8972	6867	6789	9806	8578	5512
<u>Σύνολο βιοχημικών</u>	70339	65270	63173	70629	63467	40321
<u>εξετάσεων</u>						
Σάκχαρο	7932	5696	7193	8543	7611	4163
Ουρία	2998	1067	4922	5809	5767	1416
Κρεατινίνη	4678	5604	4663	5876	5564	2786
Ουρικό οξύ	6777	7619	7145	7429	5567	3477
SGOT	5672	4421	3345	5099	5671	3752
SGPT	5671	4467	3478	5978	5455	3703
Χοληστερόλη	8978	8711	7329	7876	4986	3552
Τριγλυκερίδια	8877	8690	7222	7892	4991	3512
HDL/LDL(X2)	2233	2785	1837	2503	4101	1666
γ-GT	4078	3876	4567	2997	4006	2688
Αλκαλική	2034	1123	1789	679	2453	787
φωσφατάση						
LDH	1004	1255	921	878	901	676
Αμυλάση	676	879	456	662	298	378
CPK	2956	2789	2298	2103	2972	1878
Ολ. Χολερυθρίνη	496	374	445	309	367	344
Άμεση/έμμεση	467	345	370	343	318	303
Χολερυθρίνη						
Λευκώματα	356	245	209	208	211	292
Λευκωματίνη/	304	231	195	204	164	240
Σφαιρίνες						

Σίδηρος	1867	1249	1894	615	703	1458
Φερριτίνη	-	-	-	856	678	626
Ασβέστιο	545	678	599	777	398	726
Φώσφορος	244	208	198	188	156	68
Μαγνήσιο	202	173	261	302	129	164
<u>Σύνολο λοιπών</u>	3071	3127	2988	3954	5389	4396
<u>εξετάσεων</u>						
Χρόνος προθρομβίνης (PT)/INR	571	876	643	276	198	512
CRP	-	-	-	657	701	622
ΤΚΕ	276	397	432	458	287	388
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)	-	-	-	328	972	623
Γενική ούρων	1976	1678	1702	2046	2987	1979
Καλλιέργεια ούρων	248	176	211	189	244	272
ΣΥΝΟΛΟ	83382	75264	72950	84389	77434	50229

Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων παρουσιάζει διακυμάνσεις διαχρονικά με τα υψηλότερα μεγέθη να παρατηρούνται τα έτη 2006 και 2009, ενώ το μικρότερο το 2011, προσεγγίζοντας τις 50.229 εξετάσεις. Η ελάττωση αυτή οφείλεται στην ένταξη των κλάδων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (ΟΓΑ, ΙΚΑ) στον ΕΟΠΥΥ και τη δυνατότητα των ασφαλισμένων να πραγματοποιούν εξετάσεις σε οποιοδήποτε εργαστήριο επιλέξουν (ιδιωτικό ή δημόσιο), ακόμη και επιπλέον από αυτές που πραγματοποιούνται στο εργαστήριο του Κ.Υ. Ανά είδος εξέτασης, η γενική αίματος καταλαμβάνει την πρώτη θέση, ενώ ακολουθεί η εξέταση σακχάρου. Από τις βιοχημικές, το μεγαλύτερο μερίδιο καταλαμβάνουν οι εξετάσεις χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων. Από τις υπόλοιπες εξετάσεις, ο μεγαλύτερος αριθμός αντιστοιχεί σε εξετάσεις γενικής ούρων. Οι βιοχημικές εξετάσεις καταγράφουν το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των εργαστηριακών εξετάσεων.

Πίνακας 4.6: Ποσοστιαία αναλογία μικροβιολογικών εξετάσεων, 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Βιοχημικές</u> <u>εξετάσεις</u>	84,36	86,72	86,60	83,69	81,96	80,27
<u>Αιματολογικές</u> <u>εξετάσεις</u>	10,76	9,12	9,30	11,62	11,08	10,97
<u>Λοιπές</u> <u>εξετάσεις</u>	4,88	4,16	4,10	4,69	6,96	8,76

Κατά τη διάρκεια της υπό μελέτη περιόδου πραγματοποιήθηκαν από 50229 εξετάσεις (2011) έως 84389 (2009) από τις οποίες ποσοστό που κυμαίνεται από 80,27% (2011) έως 86,72% (2007) αφορούσε βιοχημικό έλεγχο, 9,12% (2007) έως 11,62% (2009) αφορούσε απλό αιματολογικό έλεγχο και 4,10% (2008) έως 8,76%(2011) περιλάμβανε απλές γενικές και καλλιέργειες σύρων, χρόνο προθρομβίνης κλπ. (βλέπε Πίνακα 4.6).

Το ακτινολογικό εργαστήριο είναι εξοπλισμένο με ακτινολογικό μηχάνημα και διενεργεί απλές ακτινογραφίες. Στο ακτινολογικό εργαστήριο διενεργούνται ακτινογραφίες θώρακος, κοιλίας, νεφρών-ουρητήρων-κύστεως (NOK), οστών, κρανίου και γνωματεύονται από ακτινολόγο ιατρό που επισκέπτεται το Κέντρο Υγείας δύο φορές την εβδομάδα. Στον Πίνακα 4.7 παρουσιάζεται ο αριθμός των ακτινολογικών εξετάσεων για τα έτη 2006-2011.

Πίνακας 4.7: Αριθμός ακτινολογικών εξετάσεων, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Αριθμός ακτινολογικών εξετάσεων	6.458	6.252	6.587	5.697	5.072	4.160

Παρατηρείται σημαντική μείωση στον αριθμό των ακτινογραφιών μετά το 2009, η οποία μπορεί να οφείλεται στην ελάττωση των επισκέψεων στα ειδικά ιατρεία καρδιολογίας, χειρουργικής και ορθοπαιδικής, των οποίων τα περιστατικά χρήζουν συχνά ακτινολογικού ελέγχου. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονισθεί ότι ο πραγματικός αριθμός ακτινολογικών εξετάσεων είναι υποτιμημένος επειδή δεν εφημερεύει το ακτινολογικό εργαστήριο.

Ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων και έκαναν χρήση του Μικροβιολογικού και Ακτινολογικού εργαστηρίου κατά τα έτη 2006 έως 2011 παρουσιάζεται στον πίνακα 4.8.

Πίνακας 4.8: Χρήση Μικροβιολογικού και Ακτινολογικού εργαστηρίου, 2006-2011.

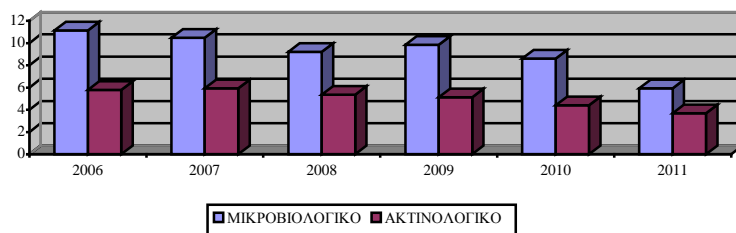
Εξωτερικοί ασθενείς	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Μικροβιολογικό εργαστήριο</u>	10122	8750	8498	8884	8416	5638
<u>Ακτινολογικό εργαστήριο</u>	5269	5188	4951	4622	4286	3498

Ο αριθμός των ασθενών που έκαναν χρήση του μικροβιολογικού και ακτινολογικού εργαστηρίου φθίνει σταδιακά. Έτσι ενώ το 2006 χρησιμοποιήθηκαν από 10.129 και 5.269 ασθενείς αντίστοιχα, το 2011 μειώθηκαν στους 5.638 και 3.498, αντίστοιχα. Παρόλα αυτά η αναλογία αριθμού εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων ανά ασθενή παραμένει αμετάβλητη και ισούται με 9 εργαστηριακές και 1 ακτινολογική εξέταση, αντίστοιχα.

Συγκρίνοντας τα παραπάνω στοιχεία (πίνακας 4.8) με τα στοιχεία των πινάκων 4.2-4.3, εξάγεται το συμπέρασμα ότι 1 στους 8,98 περίπου (10.122/90.930) από αυτούς που προσήλθαν στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας (γενικής ιατρικής/παθολογίας, παιδιατρικά, ιατρεία ειδικοτήτων) και στα Περιφερειακά Ιατρεία του, είτε για προγραμματισμένη εξέταση είτε ως έκτακτα περιστατικά, έκαναν χρήση των υπηρεσιών του Μικροβιολογικού εργαστηρίου, κατά το έτος 2006 έστω και για μια απλή γενική αίματος (ποσοστό 11,13%). Οι αντίστοιχες αναλογίες για τα υπόλοιπα έτη είναι, 1 στους 9,54 (ποσοστό 10,48%) για το 2007, 1 στους 10,87 (ποσοστό 9,20%) για το 2008, 1 στους 10,15 (ποσοστό 9,85%) για το 2009, 1 στους 11,61 (ποσοστό 8,61%) για το 2010 και 1 στους 16,89 (ποσοστό 5,92%) για το 2011. Κατά αντίστοιχο τρόπο, τα συμπεράσματα που προκύπτουν για το ακτινολογικό εργαστήριο είναι 1 στους 17,26 (ποσοστό 5,79 %) για το 2006, 1 στους 16,09 (ποσοστό 5,92%) για το 2007, 1 στους 18,66 (ποσοστό 5,36%) για το έτος 2008, 1 στους 19,51 (ποσοστό 5,13%) για το έτος 2009, 1 στους 22,79 (ποσοστό 4,39 %) για το 2010 και 1 στους 27,22 (ποσοστό 3,67%) για το 2011. Η σχετικά χαμηλή χρησιμοποίηση βιοϊατρικής τεχνολογίας δεν είναι εφικτό να αιτιολογηθεί αν οφείλεται στην ορθή λειτουργία του Κ.Υ. ως

μονάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας ή στην έλλειψη προσφοράς η οποία ωθεί τη ζήτηση σε συμπληρωματικές υπηρεσίες, η οποία μπορεί να ευθύνεται και για την σταδιακή μείωση της χρήσης του. Στο γράφημα 4.3 απεικονίζεται το ποσοστό των ασθενών που έκαναν χρήση των εργαστηρίων στην υπό εξέταση περίοδο.

Γράφημα 4.3: Συγκριτική απεικόνιση του ποσοστού των ασθενών που έκαναν χρήση του Μικροβιολογικού και Ακτινολογικού εργαστηρίου, 2006-2011.



Αριθμός εμβολιασμών και προληπτικών εξετάσεων

Σύμφωνα με το άρθρο 6, της ΚΥΑ με αριθμό ΕΜΠ5/2012, του νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στις υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις που απαιτούνται και αποσκοπούν στην πρόληψη εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων και οι οποίες παρέχονται στους δικαιούχους ασφαλισμένους ΕΟΠΥΥ από τις Υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνονται οι εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων, οι εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου, καθώς και οι προληπτικές εξετάσεις διάγνωσης του καρκίνου και καρδιοπαθειών.

Πιο συγκεκριμένα οι εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων, σύμφωνα με το εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού περιλαμβάνουν:

- ηπατίτιδας Β (Hep B)
- διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη (DTaP)
- πολιομυελίτιδας (IPV)
- αιμόφιλου τύπου Β (Hib)
- μηνιγγιτιδόκοκκου C (MCC)
- πνευμονιοκόκκου (PVC)
- ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR)

- ανεμευλογιάς (Var)
- Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)
- ηπατίτιδας A (Hep A)
- φυματίωσης (BCG)
- γρίπης (INFL)

Ο πίνακας 4.9 παρουσιάζει τον αριθμό εμβολιασμών που διενεργήθηκαν στο Κέντρο Υγείας κατά την περίοδο 2006-2011.

Πίνακας 4.9: Αριθμός διενεργηθέντων εμβολιασμών, 2006-2011

Είδος εμβολιασμού	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Hep B</u>	476	427	411	443	379	262
<u>DTaP</u>	708	687	704	831	695	448
<u>IPV</u>	643	677	704	831	639	431
<u>Hib</u>	546	503	507	541	510	314
<u>MCC</u>	461	565	957	430	441	287
<u>PVC</u>	231	319	610	526	492	406
<u>MMR</u>	375	294	326	321	378	268
<u>Var</u>	335	434	677	428	290	252
<u>HPV</u>			2			35
<u>Hep A</u>	9	7	701	1263	820	335
<u>BCG</u>	298	32				651
<u>INFL</u>	9	17	3	247(H1N1)	81(H1N1)	228
<u>Ενηλίκων Td</u>	217	146	110	268	317	333
<u>Λοιπά</u>	23	32				326
ΣΥΝΟΛΟ	4331	4140	5712	6129	5042	4576

Στον παραπάνω πίνακα καταγράφονται επίσης ο εμβολιασμός ενηλίκων με το διπλό εμβόλιο διφθερίτιδας και τετάνου τύπου ενηλίκου (Td), ενώ στα λοιπά καταγράφονται εμβολιασμοί όπως ο DT (διφθερίτιδας-τετάνου για παιδιά κάτω των 7 ετών) και το Tetravac (DTaP-IPV) και Pentavac (DTaP-IPV-Hib). Δεν περιλαμβάνονται όμως στον εμβολιασμό κατά της γρίπης (INFL), ο ετήσιος εμβολιασμός των υγιών ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών και των ατόμων

που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου ανεξαρτήτως ηλικίας, καθώς δεν τηρείται ειδικό αρχείο για αυτούς στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων.

Ο αριθμός των εμβολιασμών παρουσιάζει αυξομειωτική τάση την υπό εξέταση περίοδο, με τις υψηλότερες τιμές να καταγράφονται το 2009 (6.129 εμβολιασμοί), ενώ το 2011 προσεγγίζει τους 4.576. Το μεγαλύτερο μερίδιο αφορά σε εμβολιασμούς DTaP, IPV, PVC, HepA, BCG.

Στις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες με σκοπό τη γέννηση υγιών παιδιών περιλαμβάνονται:

- αιματολογικές εξετάσεις (γεν. αίματος, φερριτίνης και εγκλείστων) για τη διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογειακής αναιμίας
- ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, εφόσον προκύψουν ενδείξεις από τις παραπάνω εξετάσεις
- εξέταση DNA του εμβρύου, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι και οι δύο γονείς έχουν γενετική επιβάρυνση για μεσογειακή αναιμία και κάλυψη της μεθόδου λήψης του υλικού
- προσδιορισμός αντισωμάτων ερυθράς
- έλεγχος καρτυπού του εμβρύου σε γυναίκες άνω των 35 ετών

Από τις παραπάνω εξετάσεις στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων διενεργούνται μόνο η γενική αίματος και η φερριτίνη.

Οι προληπτικές εξετάσεις για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού - μαστογραφία γίνονται με την ακόλουθη συχνότητα: κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας από 40 έως 50 ετών και κάθε χρόνο σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών ή σε γυναίκες άνω των 35 ετών, εφόσον οι τελευταίες ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τεστ PAP γίνεται κάθε χρόνο σε όλες τις γυναίκες από την έναρξη της σεξουαλικά ενεργούς ζωής.

Για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, τεστ PSA πραγματοποιείται κάθε δύο χρόνια σε άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών και κάθε χρόνο σε άνδρες ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ για την πρόληψη των καρδιοπαθειών, εξετάσεις χοληστερόλης ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας καθώς και τριγλυκεριδίων με σκοπό τη διάγνωση δυσλιπιδαιμιών, κάθε πέντε χρόνια σε άνδρες και γυναίκες από 15 έως 30 ετών και κάθε τρία χρόνια σε άνδρες και γυναίκες άνω των 30 ετών. Για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου, πραγματοποιείται μικροσκοπική εξέταση αντίχνησης

αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε 2 χρόνια σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 έως 70 ετών και κολονοσκόπηση κάθε πέντε έτη σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω ή κάθε έτος σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω εφόσον ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Από τις παραπάνω προληπτικές εξετάσεις στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων διενεργούνται αυτές των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των καρδιοπαθειών, ενώ για τις υπόλοιπες γίνεται παραπομπή των ασφαλισμένων στα αντίστοιχα τμήματα του νοσοκομείου, χωρίς όμως να γίνεται ειδική καταγραφή τους. Οι εξετάσεις για την πρόληψη των καρδιοπαθειών διενεργούνται στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων, χωρίς όμως να γίνεται παρακολούθηση της συχνότητας διενέργειάς τους με βάση την ηλικία. Στις λοιπές εξετάσεις έχουν καταχωρηθεί οι εξετάσεις Mantoux, ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος και η παρακολούθηση γυναικών και παραπομπή τους για εξέταση για οστεοπόρωση.

Πίνακας 4.10: Αριθμός προληπτικών εξετάσεων του Κέντρου Υγείας, 2006-2011

ΕΤΟΣ	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Παραπομπή</u>	286	191	181	172	250	245
<u>για</u>						
<u>μαστογραφία</u>						
<u>Test PAP</u>	294	256	267	233	253	284
<u>Λοιπές</u>	241	168	202	112	142	971
<u>προληπτικές</u>						
<u>εξετάσεις</u>						
<u>Σύνολο</u>	821	615	650	517	645	1500

Σχετικά με τον αριθμό των προληπτικών εξετάσεων, παρατηρείται σημαντική διακύμανση που οφείλεται στις λοιπές εξετάσεις τόσο σε Mantoux όσο και στην παρακολούθηση γυναικών και παραπομπή τους για εξέταση για οστεοπόρωση.

Αριθμός διακομιδών και παραπομπών

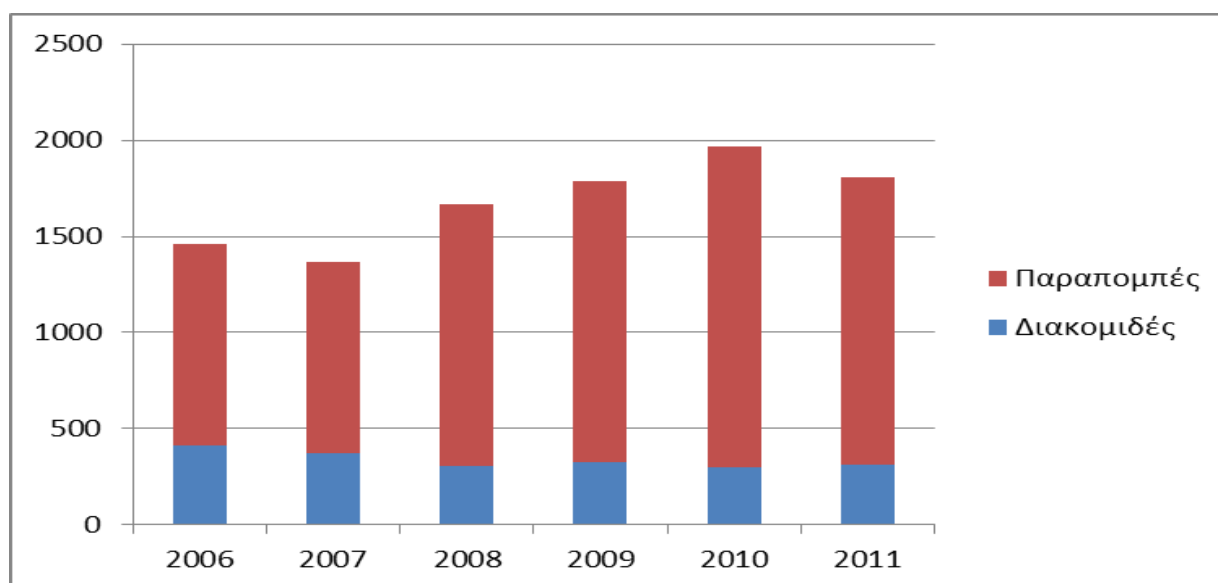
Το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων διαθέτει ασθενοφόρο όχημα για τη μεταφορά ασθενών. Ο πίνακας 4.11 αποτυπώνει τις πραγματοποιηθείσες διακομιδές και παραπομπές προς τα νοσοκομεία.

Πίνακας 4.11: Αριθμός διακομιδών και παραπομπών, 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Διακομιδές</u>	412	371	304	325	302	314
<u>Παραπομπές</u>	1051	998	1365	1459	1667	1491
Σύνολο	1463	1369	1669	1784	1969	1805

Ο αριθμός των διακομιδών κυμαίνεται από 412 το 2006 σε 314 το 2011, με την υψηλότερη τιμή να καταγράφεται το 2006. Το 2006 οι διακομιδές αφορούσαν το 28,61% του συνόλου των περιστατικών που χρειάστηκε να αντιμετωπιστούν σε νοσηλευτική μονάδα εκτός του Κέντρου Υγείας. Το ίδιο ποσοστό για το 2007 ήταν 27,1% και για το 2008 18,21%. Το ποσοστό παραμένει σταθερό στο 18,21% το 2009 και στη συνέχεια μειώνεται πάλι στο 15,34% το 2010 για να αυξηθεί ελαφρώς στο 17,40% το 2011. Ο αριθμός των παραπομπών κυμάνθηκε από 1.463 ασθενείς το 2006 σε 1.805 το 2011, ενώ η υψηλότερη τιμή καταγράφεται το 2010 (1.969 παραπομπές).

Γράφημα 4.4: Συγκριτική απεικόνιση διακομιδών και παραπομπών, 2006-2011.



4.2.4 Οικονομικά στοιχεία

Πόροι των Κέντρων Υγείας κυρίως είναι: (α) Η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων. (β) Τα έσοδα από την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας. (γ) Τα έσοδα που προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία για εξετάσεις ασφαλισμένων τους. (δ) Τα έσοδα από εξετάσεις που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό ταμείο ή παρέχονται σε αλλοδαπούς σύμφωνα με τις διεθνείς συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας. (ε) Τα έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα. (στ) Οι τόκοι από καταθέσεις σε τράπεζες ή άλλους πιστωτικούς οργανισμούς. (ζ) Τα έσοδα από εκμετάλλευση χώρων και εγκαταστάσεων για μη ιατρικές υπηρεσίες σε επισκέπτες και στο προσωπικό (π.χ. κυλικεία). (η) Τα έσοδα από την εκποίηση παλαιών και άχρηστων κινητών πραγμάτων. (θ) Έσοδα από κληρονομίες, κληροδοσίες, δωρεές και επιχορηγήσεις από τρίτους, όπως οι πρόσοδοι από αυτές. (ι) Έσοδα από αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας τους και (κ) Έσοδα που προέρχονται από κάθε άλλη νόμιμη αιτία. (Νόμος 2519/1997, άρθρο 28). Η προσέγγιση στην ενότητα αυτή θα γίνει αναφορικά με τα στοιχεία των περιπτώσεων (γ) και (δ) καθώς δεν υπάρχει καταγραφή για τις υπόλοιπες περιπτώσεις ειδικά για το Κ.Υ. Κουφαλιών

Στην υπ. αριθμ. απόφαση Υ3α/Γ.Π. οικ. 88618, «Καθορισμός αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες», (ΦΕΚ 1223/ Β/2002) οριζόταν ότι όλοι οι προσερχόμενοι στα κέντρα υγείας καταβάλλουν ως αμοιβή εξέταστρον το ποσό των 3 ευρώ με το οποίο βαρύνεται ο ασφαλιστικός τους φορέας στην περίπτωση που οι ασθενείς είναι ασφαλισμένοι. Επίσης, ορίζεται επιπλέον η καταβολή προβλεπόμενων ποσών από την στήλη Α του εκάστοτε ισχύοντος διατάγματος (Π.Δ/ΤΑ 157/1991, 163/1988, 81/1988, 138/1990, 427/1991, 38/1993, 65/1996 και 114/2000), από τους προσερχόμενους ασθενείς για εργαστηριακές εξετάσεις, μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, ειδικές θεραπείες και λοιπές ιατρικές πράξεις που διενεργούνταν από τα Κέντρα Υγείας (βλέπε παράρτημα 1).

Της καταβολής του παραπάνω εξέταστρου εξαιρούνται οι δικαιούχοι δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης βάσει ειδικών διατάξεων και υπουργικών αποφάσεων, οι κάτοχοι του βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας, οι πολιτικοί πρόσφυγες, οι κάτω των 18 ετών και άνω των 70 ετών εφόσον είναι ανασφάλιστοι, οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ και τα άτομα με αναπηρίες, όπως άτομα που έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω το οποίο έχει

πιστοποιηθεί από τις εκάστοτε αρμόδιες Επιτροπές για την εκτίμηση της αναπηρίας, άτομα που πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναιμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς, σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και προσκομίζουν ιατρική βεβαίωση ότι παρακολουθούνται από ειδική μονάδα Νοσηλευτικού Ιδρύματος λόγω της παθήσεως τους και τυφλοί εγγεγραμμένοι στα μητρώα τυφλών (σύμφωνα με το Ν. 958/79 ΦΕΚ 191/τ. Α').

Εκτός των εξαιρέσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω στα σχετικά με την περίοδο 2006-2010, σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ. 18421, ΦΕΚ 257 Β /2011, στα πλαίσια συνεργασίας των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ με τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και τις Υγειονομικές Υπηρεσίες των Ενόπλων Δυνάμεων, το στρατιωτικό προσωπικό που προσφεύγει στις υπηρεσίες του ΕΣΥ, δεν καταβάλλει το προβλεπόμενο εξέταστρο, εφόσον προσέρχεται σε Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της περιφέρειας (εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης) και στην περίπτωση που στις εν λόγω δομές έχουν τοποθετηθεί ή προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στρατιωτικοί ιατροί, αλλά και οπλίτες ιατροί.

Σύμφωνα με την αριθ. Υ4α/οικ.165114/ 31 (ΦΕΚ 2080 /Β/2010), η παράγραφος 1 της αριθ. Υ3Α/ΓΠ οικ.88618/2002 κοινής υπουργικής απόφασης αντικαταστάθηκε ως ακολούθως: «Οι προσερχόμενοι στα Κέντρα Υγείας για εξέταση καταβάλλουν από 1.1.2011, 5 ευρώ ως αμοιβή εξετάστρων, εξαιρουμένων όσων προσέρχονται μόνο για περιοδική σταθερή συνταγογράφηση εξαιτίας χρόνιου νοσήματος».

Με βάση τα παραπάνω συνεπάγεται ότι, για την απαίτηση από τους ασφαλιστικούς φορείς των ποσών που αντιστοιχούν στις εργαστηριακές εξετάσεις που διενεργήθηκαν και στα εξέταστρα που οφείλουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων που υποχρεούνται της καταβολής αυτών (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, κλπ), είναι αναγκαία η τήρηση στοιχείων για τους προσερχόμενους ανά ασθενή και ασφαλιστικό φορέα. Επιπλέον, είναι αναγκαία η τήρηση στο Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό εργαστήριο, αρχείου με αναφορά στο είδος και την ποσότητα των εξετάσεων ανά ασφαλισμένο. Τέτοιο αρχείο δεν τηρείται στο Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό εργαστήριο του Κέντρου Υγείας, με αποτέλεσμα τη μη δυνατότητα συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με απαιτήσεις από τα ασφαλιστικά ταμεία κατά την περίοδο 2006-2010. Τέλος, σχετικά με τις απαιτήσεις από τους ασφαλιστικούς φορείς των ποσών που αντιστοιχούν στα εξέταστρα, μπορεί να γίνει μόνο εκτίμηση του μεγέθους της απαίτησης, αν δηλαδή τα 3 ευρώ, που αντιστοιχούν στην αμοιβή του εξεταστρου ως το 2010,

πολλαπλασιαστούν με τον αριθμό των προσερχομένων που ανήκουν στους ασφαλιστικούς φορείς που δεν εξαιρούνται της καταβολής του εξέταστρου. (πίνακας 4.12).

Πίνακας 4.12: Αριθμός προσερχομένων στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων που καταβάλουν εξέταστρο μέσω του ασφαλιστικού τους φορέα, 2006-2011.

	2006□	2007□	2008□	2009□	2010□	2011□□□□ □
<u>ΙΚΑ</u>	19094	17534	19234	19892	22834	14197
<u>ΟΠΑΔ</u>	5604	5290	5632	5526	6580	2227
<u>ΛΟΙΠΑ</u>	2619	2425	2636	2654	3135	1670
ΣΥΝΟΛΟ	27317	25249	27502	28072	32529	18094

□ καταβολή εξεταστρου 3 ευρώ, □ □ καταβολή εξεταστρου 5 ευρώ

Από τον Πίνακα 4.12 παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ασφαλισμένων που καταβάλουν εξέταστρο προέρχεται από το ΙΚΑ, οι οποίοι και εμφανίζουν σημαντική μείωση το 2011, προσεγγίζοντας επίπεδα πολύ χαμηλότερα και από το 2006. Ακολουθούν οι ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία. Χαρακτηριστική είναι η σημαντική μείωση στον αριθμό των ασθενών που υποχρεούνταν σε καταβολή εξέταστρου μεταξύ του 2010 και 2011, με αντίστοιχο αντίκτυπο στο ύψος των εσόδων του Κέντρου Υγείας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει μια ιδιαιτερότητα στον υπολογισμό των συνολικών εσόδων κατά τα έτη 2006-2010 σε σχέση με αυτά του 2011. Αυτή έγκειται στο ότι κατά το έτος 2011 υπολογίζεται το ταμειακό διαθέσιμο του Κέντρου Υγείας, καθώς υπολογίζεται μόνο η είσπραξη των εξεταστρων των 5 ευρώ και τα έσοδα από εργαστηριακές εξετάσεις από ανασφάλιστους. Τα πραγματικά έσοδα του Κέντρου Υγείας για να υπολογιστούν θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι απαιτήσεις από τα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. ΙΚΑ, ΟΑΕΕ κ.λπ.) μετά την κοστολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων σύμφωνα με τα Προεδρικά Διατάγματα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Αντίθετα για τα έτη 2006-2010, μπορεί να γίνει μόνο εμμέσως η εκτίμηση των απαιτήσεων από τους ασφαλιστικούς φορείς και μόνο για το εξέταστρο. Τα έσοδα του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων κατά το έτος 2011 ήταν 52.569,61 ευρώ από το εξέταστρο και 16.335,79 ευρώ από εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ ο αριθμός των

εξετασθέντων που προσήλθαν για εξέταση και υποχρεούνταν σε καταβολή εξέταστρου μέσω του ασφαλιστικού τους φορέα (ασφαλισμένοι ΙΚΑ, Ο.Π.Α.Δ. κ.λπ.) ήταν 18.094 άτομα.

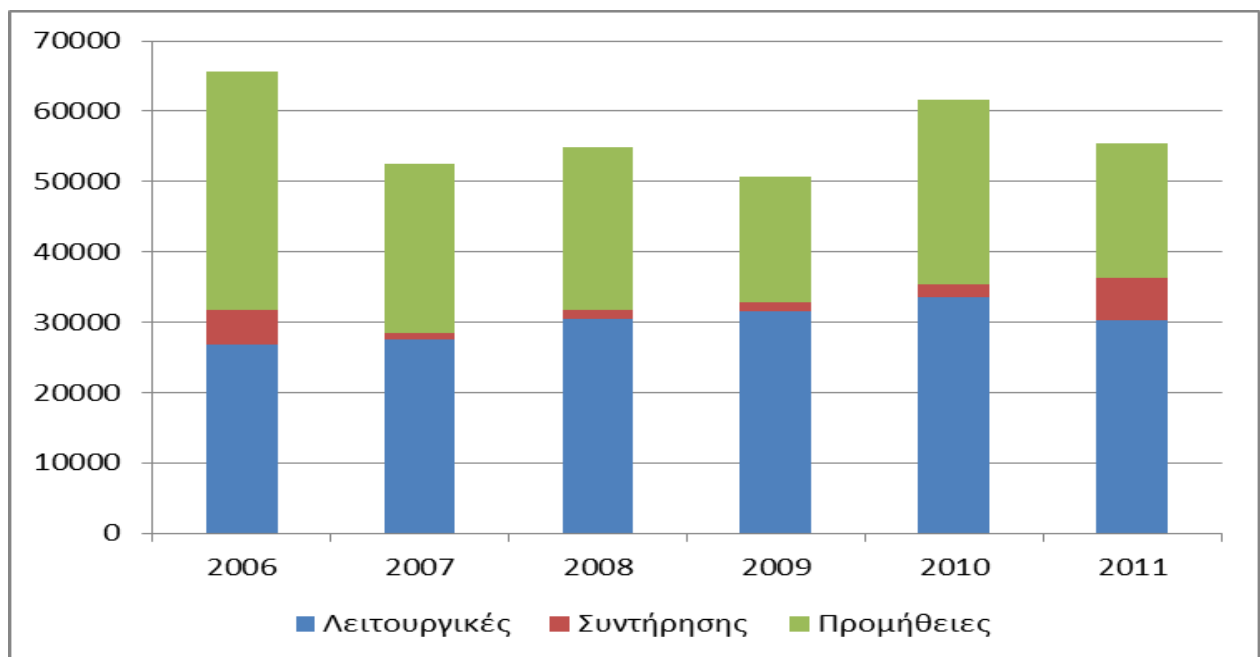
Στο άρθρο 14 του νόμου 1397/1983 αναφέρεται ότι οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις, για το σκοπό αυτόν, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς. Οι δαπάνες αυτές περιλαμβάνουν λειτουργικές δαπάνες, δαπάνες συντήρησης και προμηθειών, αλλά και αναλώσιμα υλικά, υγειονομικό και μη, το οποίο προμηθεύεται από το Νοσοκομείο και κοστολογείται αναλόγως της χορηγούμενης ποσότητας (βλέπε Πίνακα 4.13). Στις προαναφερόμενες δαπάνες δεν συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες μισθοδοσίας, οδοιπορικών και κάθε είδους αποζημίωσης του προσωπικού (υπερωριακή εργασία, αμοιβή για εργασία κατά τις εξαιρέσιμες ημέρες και νυχτερινές ώρες), οι οποίες καταβάλλονται από τον προϋπολογισμό της Κεντρικής Κυβέρνησης. Επίσης, στις παραπάνω δαπάνες δεν έχουν περιληφθεί έξοδα όπως: (α) ετήσια παροχή υπηρεσιών μυοκτονίας – απεντόμωσης & οφιοαπόθησης στους χώρους του Κέντρου Υγείας, (β) ετήσια παροχή υπηρεσιών συντήρησης των κεντρικών κλιματιστικών μονάδων του Κέντρου Υγείας, (γ) συντήρηση – αναγόμωση πυροσβεστήρων του Κέντρου Υγείας, (δ) ετήσιας διαχείρισης επικίνδυνων ιατρικών αποβλήτων (E.I.A) αμιγώς μολυσματικού χαρακτήρα, (ε) παροχή υπηρεσιών συντήρησης παγίων και λοιπών εγκαταστάσεων του Κέντρου Υγείας, (στ) Συντήρηση ακτινολογικών εμφανιστηρίων, οι οποίες καλύπτονται με δαπάνη σε βάρος των πιστώσεων του προϋπολογισμού του νοσοκομείου (Νόμος 1579/1985, άρθρο 21).

Πίνακας 4.13: Συγκεντρωτικές δαπάνες Κέντρου Υγείας Κουφαλίων, 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Λειτουργικές</u>	26743,98	27602,65	30539,14	31600,94	33506,77	30356,25
<u>Συντήρησης</u>	4994,49	857,81	1273,38	1261,40	1790,39	5936,12
<u>Προμήθειες</u>	33818,41	24045,73	23078,21	17767,70	26284,70	19124,89
<u>Σύνολο</u>	65556,88	52506,79	54890,73	50630,04	61581,86	55417,26
Ποσοστό επί των δαπανών						
<u>Λειτουργικές</u>	40,80%	52,57%	55,63%	62,42%	54,41%	54,78%
<u>Συντήρησης</u>	7,61%	1,63%	2,32%	2,48%	2,91%	10,71%
<u>Προμήθειες</u>	51,59%	45,80%	42,05%	35,1%	42,68%	34,51%

Το σύνολο των λειτουργικών, προμηθειών και δαπανών συντήρησης κυμάνθηκε από 65.557 ευρώ το 2006 στα 55.417 ευρώ το 2011, παρουσιάζοντας διαχρονικά διακυμάνσεις με τις υψηλότερες τιμές να παρατηρούνται το 2006 και το 2010. Το 2011, οι δαπάνες είναι μειωμένες κατά 10% κυρίως λόγω της πολιτικής συγκράτησης του κόστους εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης και των δεσμεύσεων του Μνημονίου. Οι δαπάνες συντήρησης καλύπτουν μικρό μερίδιο (μέχρι 10% επί του συνόλου των δαπανών) συγκριτικά με τις λειτουργικές και τις προμήθειες. Ενώ το 2006, η αναλογία μεταξύ των λειτουργικών εξόδων και των προμηθειών ήταν 40,80% και 51,59% αντίστοιχα, μετά το 2007 και έως το 2011 η εικόνα αντιστρέφεται με τα λειτουργικά έξοδα να αντιστοιχούν στο 54,78% του συνόλου των δαπανών και τις προμήθειες στο 34,51%.

Γράφημα 4.5: Συγκριτική απεικόνιση λειτουργικών δαπανών, συντήρησης και προμηθειών, 2006-2011.



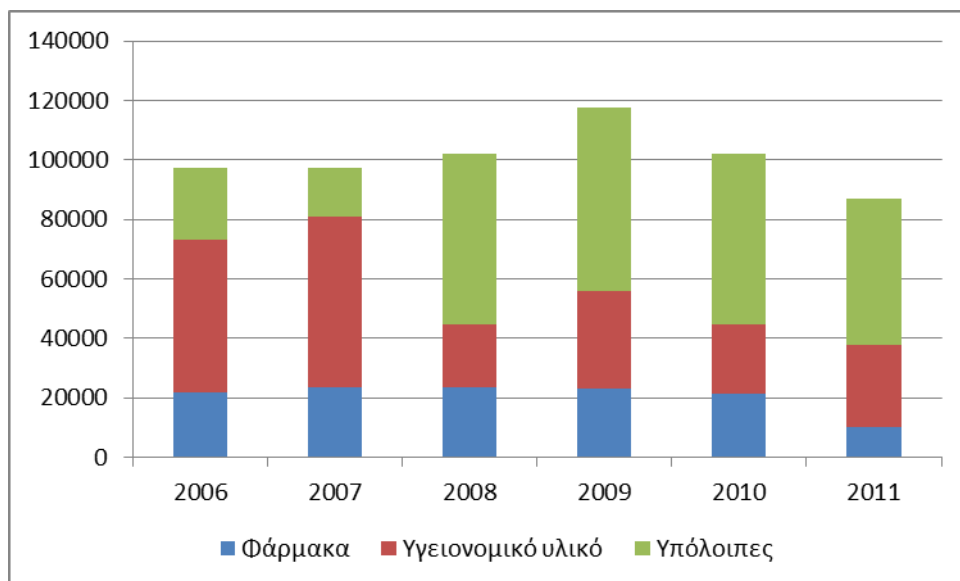
Πίνακας 4.14: Κατανομή δαπανών αναλώσιμου υλικού.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Υλικά</u>	13646,39	6919,94	3965,90	4342,29	5179,88	4168,12
<u>καθαριότητας</u>						
<u>Τρόφιμα</u>	8001,44	8073,05	8380,16	8733,37	8547,87	8864,73
<u>Ιματισμός</u>	3,57	-	13,52	-	-	29,04
<u>Φάρμακα</u>	21820,46	23584,69	23607,54	23105,64	21267,64	10329,09
<u>Επιδεσμικό υλικό</u>	-	-	5329,69	4337,05	5842,49	4975,90
<u>Υγειονομικό υλικό</u>	51476,56	57226,89	20982,22	32924,64	23348,50	27379,54
<u>Αντιδραστήρια</u>	-	-	37789,00	42258,90	36286,98	30527,07
<u>Άλλα αναλώσιμα</u>	2412,80	1468,34	1924,59	2056,23	1676,96	931,66
Σύνολο	97361,22	97272,91	101992,62	117758,12	102150,32	87205,15

Οι δαπάνες αναλώσιμου υλικού παρουσιάζουν αυξητική τάση από το 2006 έως και το 2009, ενώ το 2010 και το 2011 μειώνονται για να προσεγγίσουν τα 87.205,15 ευρώ (βλέπε Πίνακα 4.14). Η μείωση των δύο τελευταίων ετών οφείλεται στην αλλαγή τιμολόγησης των αναλώσιμων υλικών, στην διεξαγωγή των προμηθειών κεντρικά και κυρίως στην άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής. Παρατηρούμε ότι οι δαπάνες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού μειώθηκαν κατά το ήμισυ λόγω της άσκησης τιμολογιακής πολιτικής, ενώ τα υλικά καθαριότητας κατά το 1/3 λόγω κεντρικών προμηθειών και σύναψης ειδικών συμβάσεων.

Η ποσοστιαία κατανομή των δαπανών των τριών βασικών κατηγοριών (φάρμακα-επιδεσμικό και υγειονομικό υλικό-αντιδραστήρια) διαπιστώνεται ότι είναι: για το 2006 22,41% στα φάρμακα και 52,87% στο υγειονομικό υλικό. Το 2007 τα φάρμακα καταλαμβάνουν το 24,25% και το υγειονομικό υλικό το 58,83% των δαπανών αυτής της κατηγορίας. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το 2008 είναι 23,15% και 20,57%. Το ποσοστό των δαπανών για αντιδραστήρια το ίδιο έτος είναι 37,05%. Το 2009 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 19,62% για φάρμακα, 27,96% για υγειονομικό υλικό και 35,89% για αντιδραστήρια. Το 2010 και 2011 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 20,82%, 22,86%, 35,52% και 11,84%, 31,40% και 35%.

Γράφημα 4.6: Συγκριτική απεικόνιση δαπανών για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και λοιπά, 2006-2011.



Από τους πίνακες 4.13 και 4.14 προκύπτουν οι συνολικές δαπάνες του Κέντρου Υγείας όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 4.15. Στον ίδιο πίνακα παρουσιάζονται οι συνολικές δαπάνες του Νοσοκομείου τα αντίστοιχα έτη.

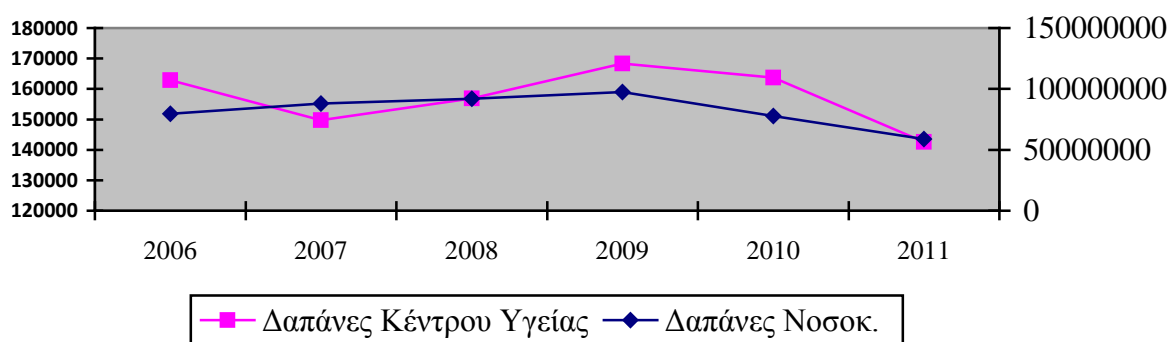
Πίνακας 4.15: Συνολικές δαπάνες Κέντρου Υγείας και Νοσοκομείου, 2006-2011 (σε εκατ. Ευρώ).

Συνολικές δαπάνες	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Κέντρο Υγείας</u>	0,163	0,150	0,157	0,168	0,164	0,143
<u>Νοσοκομείο</u>	79,543	87,913	92,025	97,336	77,823	58,943
Ετήσιες μεταβολές δαπανών						
<u>Κέντρο Υγείας</u>		-8,06%	+4,53%	+6,83	-2,77%	+12,89%
<u>Νοσοκομείο</u>		+9,52%	+4,47%	+9,68%	-20,05%	-24,26%

Τα παραπάνω στοιχεία αποτυπώνονται στο γράφημα 4.7 στο οποίο φαίνεται ότι ενώ οι δαπάνες του Κέντρου Υγείας μειώνονται το 2007, στη συνέχεια αυξάνονται έως και το 2009, ακολουθώντας στη συνέχεια νέα πτώση. Οι δαπάνες του Νοσοκομείου αυξάνονται συνεχώς έως το 2009, οπότε και παρουσιάζουν στη συνέχεια πτωτική πορεία. Η μείωση από το 2010

και μετά οφείλεται στην εφαρμογή μέτρων πολιτικής συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης και των προμηθευτών, λόγω της γενικότερης οικονομικής κρίσης που βιώνει η χώρα μας.

Γράφημα 4.7: Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών του Κέντρου Υγείας ως προς το επιβλέπων Νοσοκομείο.



4. 3 Ανάλυση ποσοτικών δεικτών

4.3.1 Δείκτες εισροών

Στην ενότητα αυτή αναλύονται οι δείκτες εισροών για το χρονικό διάστημα 2006-2011. Πιο συγκεκριμένα θα συζητηθούν ο αριθμός των ιατρών και των νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους (Πίνακας 4.16), ο αριθμός των ιατρών ανά νοσηλευτή, αριθμός διοικητικού προσωπικού ανά ιατρό και ανά νοσηλευτή (Πίνακας 4.17). Για τον υπολογισμό των παραπάνω μεγεθών, λαμβάνεται υπόψη ο πληθυσμός της περιοχής ευθύνης του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων (21.330 κάτοικοι) και οι οργανικές θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού του Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.16 : Δείκτες ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Αριθμός</u> <u>ιατρών</u>	0,89	0,89	0,89	0,89	0,94	0,94
<u>Αριθμός</u>	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42

Ο αριθμός των ιατρών και των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους δε μεταβάλλεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της υπό εξέτασης περιόδου προσεγγίζοντας το 0,9 και το 0,4, αντίστοιχα.

Πίνακας 4.17: Δείκτες αναλογίας προσωπικού, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Αριθμός</u>	2,11	2,11	2,11	2,11	2,22	2,22
<u>ιατρών/νοσηλευτή</u>						
<u>Αριθμός διοικητικού</u>	0,58	0,58	0,58	0,58	0,55	0,55
<u>προσωπικού/ιατρό</u>						
<u>Αριθμός διοικητικού</u>	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22
<u>προσωπικού/νοσηλευτή</u>						

Από τον πίνακα 4.17 παρατηρούμε ότι αντιστοιχούν 2 ιατροί ανά νοσηλευτή. Η αναλογία αυτή είναι αναμενόμενη εφόσον οι υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας στηρίζονται στις επισκέψεις ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία και όχι στην ημερήσια νοσηλεία. Σε ότι αφορά το διοικητικό προσωπικό αντιστοιχεί ένας διοικητικός υπάλληλος ανά 2 ιατρούς και έναν νοσηλευτή. Οι δείκτες παραμένουν σταθεροί διαχρονικά.

Συμπερασματικά οι δείκτες εισροών παραμένουν αμετάβλητοι διαχρονικά, αντικατοπτρίζοντας τις μη σημαντικές μεταβολές στις οργανικές θέσεις του προσωπικού των κέντρων υγείας της χώρας μας.

4.3.2 Δείκτες εκροών

Οι δείκτες εκροών που αναλύονται στην συγκεκριμένη ενότητα αναφέρονται στον αριθμό συνταγογραφιών, των μικροβιολογικών εξετάσεων, των εξετάσεων ακτινολογικού εργαστηρίου, των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, των επισκέψεων στα ειδικά ιατρεία ανά 1000 κατοίκους και το ποσοστό περιστατικών που διακομίστηκαν ή παραπέμφθηκαν σε νοσοκομείο.

Πίνακας 4.18: Δείκτες νοσηλευτικής κίνησης ανά 1000 κατοίκους, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Επισκέψεις στα</u> <u>εξωτερικά</u> <u>ιατρεία</u>	4263	3914,58	4330,61	4226,77	4579,37	4464,18
<u>Επισκέψεις στα</u> <u>ειδικά ιατρεία</u>	229,77	197,23	192,12	190,39	183,59	143,46
<u>Συνταγογράφηση</u>	1732,11	1600,94	1816,41	1678,81	1594,28	2056,92
<u>Μικροβιολογικές</u> <u>εξετάσεις</u>	3909,14	3528,55	3420,07	3956,35	3630,29	2354,85
<u>Ακτινολογικές</u> <u>εξετάσεις</u>	302,77	293,11	308,81	267,09	237,79	195,03

Σε ότι αφορά τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία παρατηρούμε ότι η αναλογία των ασθενών ανά 1000 κατοίκους αυξάνεται διαχρονικά προσεγγίζοντας τους 4464 ασθενείς. Πιο αναλυτικά, ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία μειώθηκε κατά 8,17% μεταξύ των ετών 2006 και 2007, αυξήθηκε κατά 9,61% το 2008, μειώθηκε κατά 2,40% το 2009, αυξήθηκε κατά 7,70% το 2010 και τέλος το 2011 παρουσιάζει μείωση κατά 2,52%.

Αντίθετα, οι επισκέψεις στα ειδικά ιατρεία μειώνονται και το 2011 ανήλθαν στους 143 ασθενείς ανά 1000 κατοίκους. Αναλυτικά, οι επισκέψεις μειώθηκαν κατά 14,16%, 2,59%, 0,90%, 3,57% και 21,86% , αντίστοιχα.

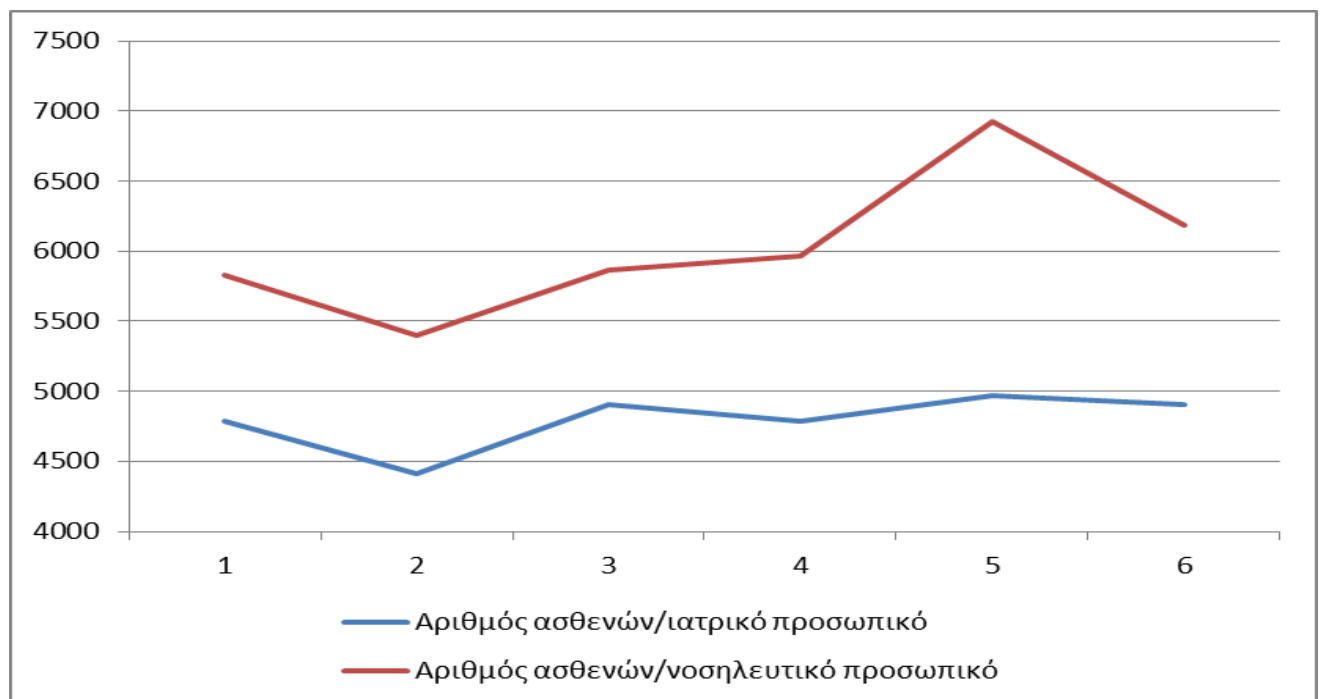
Ο αριθμός των συνταγογραφιών ανά 1000 κατοίκους παρουσιάζει σημαντική αύξηση κατά την περίοδο 2006-2011. Πιο συγκεκριμένα, το 2007 παρατηρείται μείωση κατά 7,57%, ενώ αυξάνεται κατά 11,86% το επόμενο έτος, το 2009 μειώνεται κατά 7,58% , το 2010 κατά 5,04% ενώ το 2011 αυξήθηκε σημαντικά κατά 22,49%.

Ο αριθμός των μικροβιολογικών και των ακτινολογικών εξετάσεων εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις στην υπό εξέταση περίοδο. Πιο αναλυτικά, μεταβάλλεται μεταξύ των ετών 2006 και 2007 κατά -9,74% και κατά +3,07% το 2008 σε σχέση με το 2007. Στη συνέχεια παρατηρείται αύξηση το 2009 σε σχέση με το προηγούμενο έτος κατά 13,55%. Ακολουθεί

πτώση κατά 8,24% το 2010 συγκριτικά με το 2009 και περαιτέρω μείωση το 2011 κατά 35,13%. Παράλληλα, ο αριθμός των ακτινολογικών εξετάσεων παρουσιάζει πτώση το 2007 κατά 3,19%. Το 2008 ο αριθμός τους παρουσιάζει αύξηση της τάξης του 5,09% και στη συνέχεια παρατηρείται κάθε έτος μείωση με ποσοστά 13,51% το 2009, 10,97% το 2010 και 17,98% το 2011.

Το ποσοστό των διακομιδών και των παραπομπών διαμορφώνεται σε 1,61% το 2006, 1,64% το 2007, 1,81% το 2008, 1,98% το 2009, 2,02% το 2010 και 1,90% το 2011. Έτσι, αρχικά παρατηρείται μια μεταβολή της τάξης +1,83% από το 2006 στο 2007 και +9,39% από το 2007 στο 2008. Από το 2008 στο 2009 παρατηρείται επιπλέον αύξηση 9,39%. Στη συνέχεια από το 2009 στο 2010 παρατηρείται μικρότερη αύξηση συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη της τάξης του 1,98% για να σημειώσει πτώση κατά 6,32% το 2011 σε σχέση με το 2010.

Γράφημα 4.8: Συγκριτική απεικόνιση αριθμού ασθενών ανά ιατρικό προσωπικό και αριθμού ασθενών ανά νοσηλευτικό προσωπικό, 2006-2011.



Συμπερασματικά, οι δείκτες εκροών αυξάνονται, όσον αφορά τους δείκτες που σχετίζονται με την προσέλευση ασθενών στα Κέντρα Υγείας, ενώ μειώνονται οι δείκτες εκροών που σχετίζονται με εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και τη χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας. Τα παραπάνω μπορούν να ερμηνευτούν ως αποτέλεσμα της στροφής των ασθενών σε δημόσιες

μονάδες υγείας, αλλά με την ταυτόχρονη περικοπή παροχών από την πλευρά της πολιτείας λόγω της οικονομικής κρίσης.

4.3.3. Δείκτες αποδοτικότητας

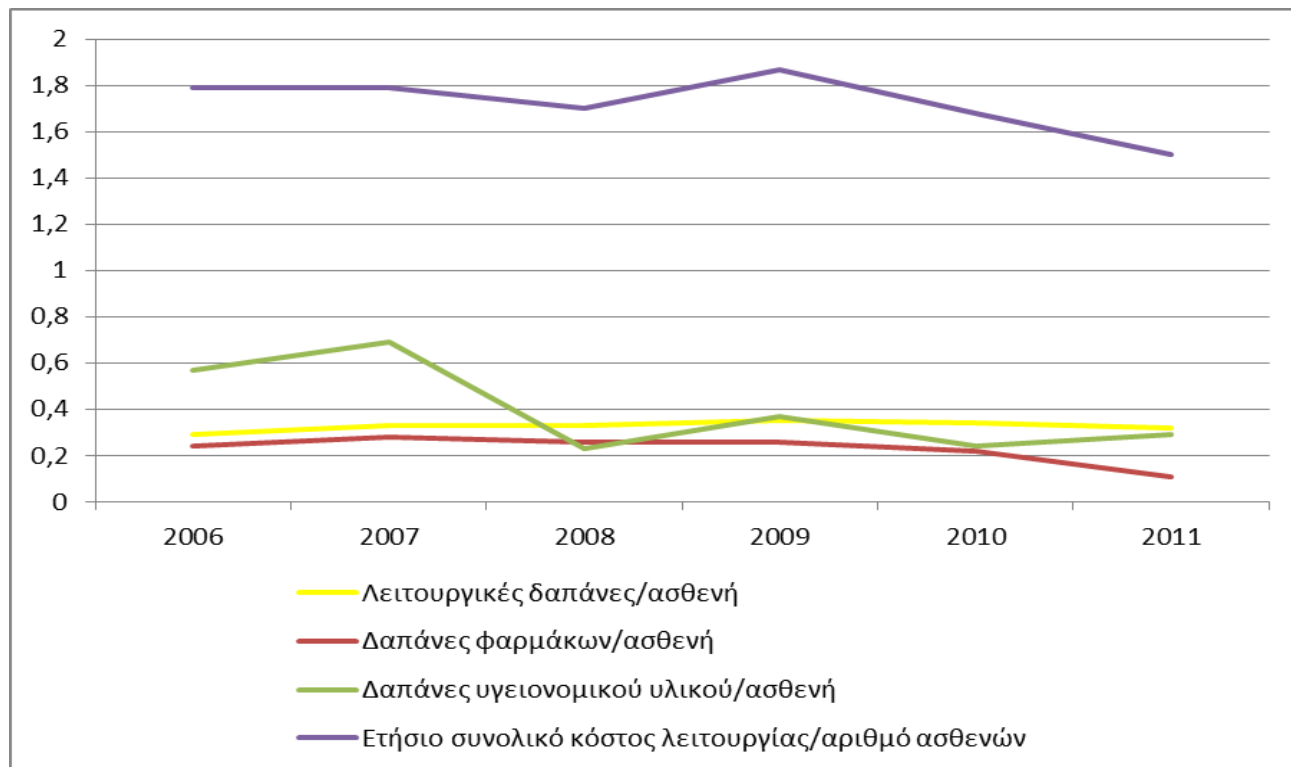
Στην υποενότητα που αφορά τους δείκτες αποδοτικότητας θα αναλυθούν οι δαπάνες φαρμάκων ανά ασθενή, οι δαπάνες υγειονομικού υλικού ανά ασθενή, οι λειτουργικές δαπάνες ανά ασθενή και το ετήσιο συνολικό κόστος λειτουργίας του κέντρου υγείας ανά αριθμό ασθενών.

Πίνακας 4.19: Δείκτες αποδοτικότητας, 2006-2011

	2006	2007	2008	M.O. 2006- 2008	2009	2010	2011	M.O. 2009- 2011
<u>Λειτουργικές δαπάνες/ασθενή</u>	0,29	0,33	0,33	0,32	0,35	0,34	0,32	0,34
<u>Δαπάνες φαρμάκων/ασθενή</u>	0,24	0,28	0,26	0,26	0,26	0,22	0,11	0,20
<u>Δαπάνες υγειονομικού υλικού/ασθενή</u>	0,57	0,69	0,23	0,45	0,37	0,24	0,29	0,30
<u>Ετήσιο συνολικό κόστος λειτουργίας/αριθμό ασθενών</u>	1,79	1,79	1,70	1,76	1,87	1,68	1,50	1,68

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι ο δείκτης φαρμακευτικής δαπάνης και υγειονομικού υλικού ανά ασθενή μειώθηκε κατά 50% το 2011 συγκριτικά με το 2006 που οφείλεται στην αλλαγή τιμολόγησης των αναλώσιμων υλικών, στην διεξαγωγή των προμηθειών κεντρικά και στην άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής. Οι λειτουργικές δαπάνες ανά ασθενή παραμένουν σταθερές διαχρονικά, επηρεάζοντας το δείκτης συνολικού κόστους λειτουργίας, ώστε να εμφανίζει μικρή μείωση.

Γράφημα 4.9: Συγκριτική απεικόνιση των δεικτών αποδοτικότητας, 2006-2011.



4.3.4. Δείκτες παραγωγικότητας

Στην υποενότητα αυτή αναλύονται ο αριθμός ασθενών ανά ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και ο αριθμός ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά ιατρείο ειδικότητας ανά ημέρα. Για τον υπολογισμό του δείκτη αριθμός ασθενών ανά ιατρικό προσωπικό, δεν λαμβάνεται υπόψη ο αριθμός επισκέψεων στα ειδικά ιατρεία, καθώς οι ιατροί των Ειδικών Ιατρείων (εκτός της ψυχιατρικής για τα έτη 2010-2011) δεν καταγράφονται στις οργανικές θέσεις του Κέντρου Υγείας. Επίσης, ο αριθμός των ιατρών που λαμβάνεται υπόψη για τον υπολογισμό του δείκτη είναι μειωμένος κατά έναν σε σχέση με αυτόν που αναγράφεται στον πίνακα 4.1, καθώς για τον υπολογισμό του δείκτη δε λαμβάνεται υπόψη ο βιοπαθολόγος που αποτελεί εργαστηριακή ειδικότητα. Για τον ίδιο δείκτη λαμβάνεται πάντως υπόψη ο αριθμός επισκέψεων στα Περιφερειακά Ιατρεία. Για τον υπολογισμό του αριθμού ασθενών ανά νοσηλευτικό προσωπικό, λαμβάνεται υπόψη το

σύνολο των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων του Κέντρου Υγείας (βλέπε Πίνακα 4.2). Ο αριθμός των επισκέψεων στα Περιφερειακά Ιατρεία δε λαμβάνεται υπόψη στο σημείο αυτό, καθώς αυτά δεν στελεχώνονται από νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 4.20: Δείκτες παραγωγικότητας ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, 2006-2011.

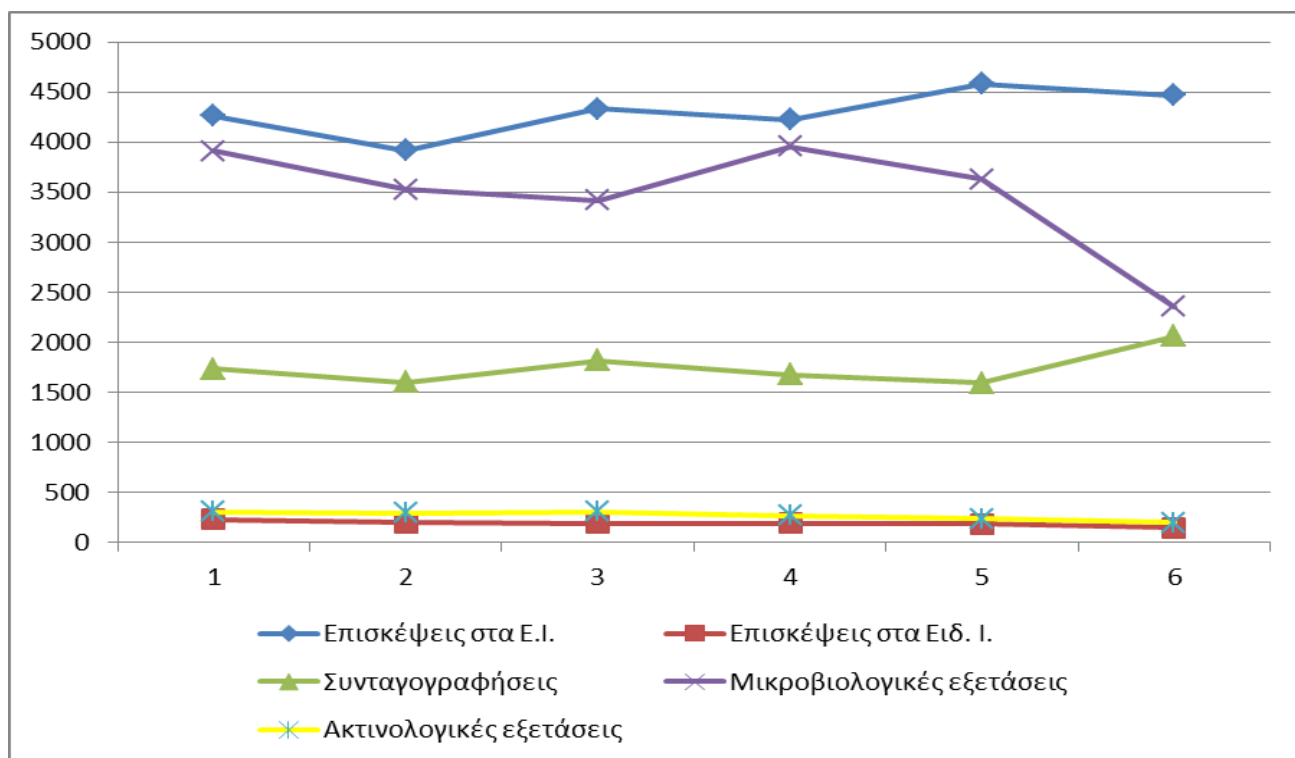
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Αριθμός ασθενών/ιατρικό προσωπικό</u>	4785,4	4408,1	4905,2	4783,4	4972,7	4901,1
<u>Αριθμός ασθενών/νοσηλευτικό προσωπικό</u>	5832,1	5396,7	5860,8	5965	6923,8	6184,7

Ο αριθμός των ασθενών ανά ιατρικό προσωπικό παρουσιάζει αύξηση κατά τη χρονική περίοδο 2006-2011 με σημαντικές διακυμάνσεις. Μειώσεις παρατηρούνται το 2007 (7,88%) και το 2009 (2,48%), ενώ το 2008 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση (10,13%).

Παράλληλα, αύξηση παρουσιάζει και ο αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτικό προσωπικό κατά την ίδια χρονική περίοδο με εναλλαγές της τιμής του και τη μεγαλύτερη αύξηση το 2010 κατά 13,85%.

Για τον υπολογισμό του αριθμού των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά Ειδικό Ιατρείο ανά ημέρα λαμβάνεται υπόψη ότι τα συγκεκριμένα ιατρεία λειτουργούν μια φορά την εβδομάδα, οπότε κατά μέσο όρο 54 ημέρες το χρόνο.

Γράφημα 4.10: Συγκριτική απεικόνιση των δεικτών παραγωγικότητας, 2006-2011.



Πίνακας 4.21: Αριθμός ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά Ειδικό Ιατρείο ανά ημέρα, 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<u>Μαιευτικό/Γυναικολογικό</u>	20,61	19,39	17,26	18,24	24,20	23,67
<u>Οφθαλμολογικό</u>	15,15	10,24	12,39	8,39	-	-
<u>Χειρουργικό</u>	5,63	6,39	5,0	5,02	3,74	3,52
<u>Ωτορινολαρυγγολογικό</u>	14,31	10,57	12,02	11,67	12,11	8,02
<u>Καρδιολογικό</u>	6,37	5,96	4,69	5,70	4,80	3,69
<u>Ψυχιατρικό</u>	8,24	7,39	11,26	10,52	12,98	17,78
<u>Ορθοπαιδικό</u>	20,44	17,96	13,28	15,67	14,69	-
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	12,96	11,12	10,84	10,74	10,36	8,10

Το Χειρουργικό και το Καρδιολογικό είναι ιατρεία στα οποία ο αριθμός των ασθενών είναι μικρότερος από 10 ασθενείς ανά ημέρα διαχρονικά. Ιατρεία στα οποία ο αριθμός αυτός ξεπερνάει τους 10 ασθενείς, αν και όχι σε όλα τα έτη της περιόδου μελέτης είναι το Οφθαλμολογικό, το Ωτορινολαρυγγολογικό και το Ψυχιατρικό, ενώ το Μαιευτικό/Γυναικολογικό και το Ορθοπεδικό προσεγγίζουν τους 20 ασθενείς με το πρώτο μάλιστα να ξεπερνάει τον αριθμό αυτό τα έτη 2010 (24,20) και 2011 (23,67).

Η αύξηση των δεικτών παραγωγικότητας που αναφέρονται στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναδεικνύουν την αύξηση της προσέλευσης ασθενών στα Κέντρα Υγείας, ενώ η μείωση των δεικτών παραγωγικότητας που αναφέρονται στα ειδικά ιατρεία οφείλεται στην ελλιπή στελέχωση αυτών με ιατρούς αντίστοιχης ειδικότητας στα πλαίσια της αναστολής των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα, επομένως και στον τομέα της υγείας.

4.3.5. Δείκτες οικονομικότητας

Στους δείκτες οικονομικότητας αναλύονται κάθε μία από τις κατηγορίες δαπανών (συντήρησης, λειτουργικές, προμήθειες, φάρμακα, υγειονομικό υλικό) ως προς το σύνολο των δαπανών του Κέντρου Υγείας.

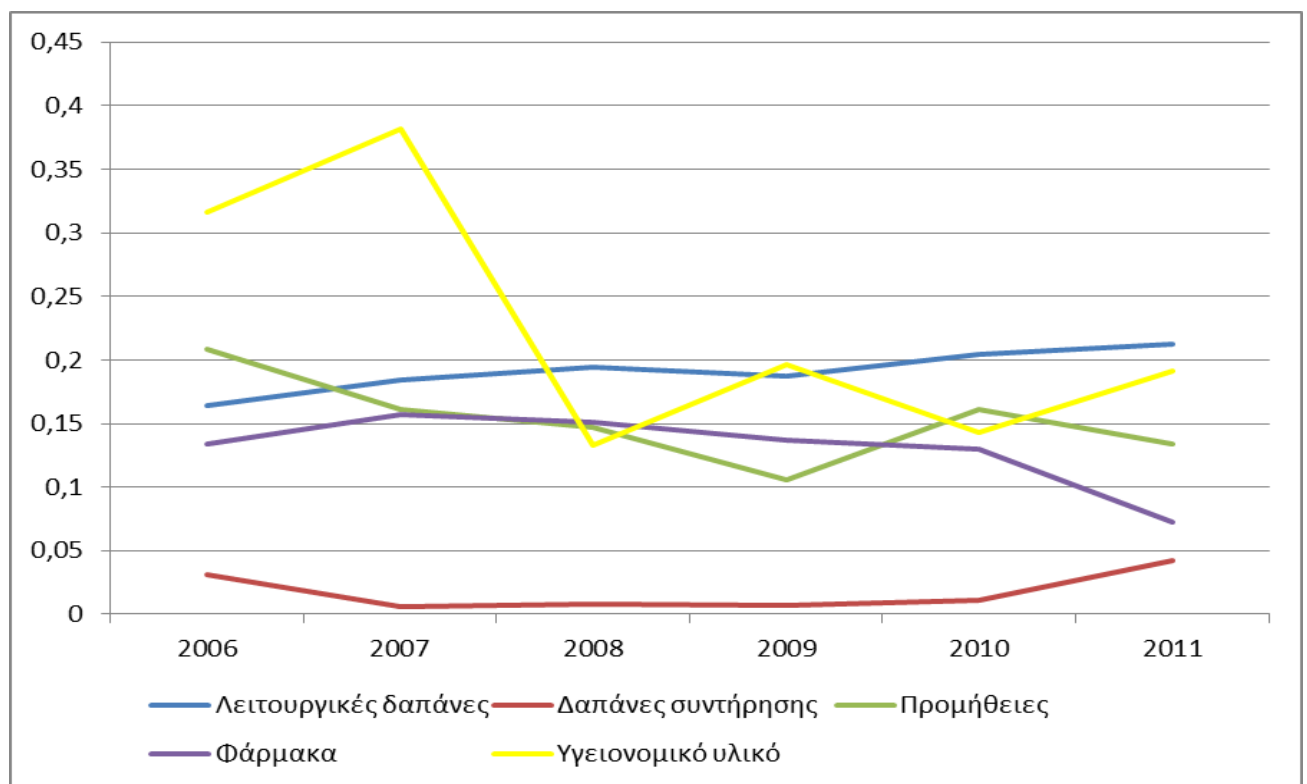
Πίνακας 4.22: Δείκτες οικονομικότητας, 2006-2011.

	2006	2007	2008	M.O. 2006- 2008	2009	2010	2011	M.O. 2009- 2011
<u>Λειτουργικές δαπάνες</u>	0,164	0,184	0,194	0,181	0,187	0,204	0,212	0,201
<u>Δαπάνες συντήρησης</u>	0,031	0,006	0,008	0,015	0,007	0,011	0,042	0,02
<u>Προμήθειες</u>	0,208	0,161	0,147	0,172	0,106	0,161	0,134	0,134
<u>Φάρμακα</u>	0,134	0,157	0,151	0,147	0,137	0,130	0,072	0,113
<u>Υγειονομικό υλικό</u>	0,316	0,382	0,133	0,277	0,196	0,143	0,191	0,178

Οι λειτουργικές δαπάνες ως προς το σύνολο των δαπανών του Κέντρου Υγείας παρουσιάζουν αύξηση κατά την περίοδο 2006-2011. Εξαιρέση αποτελεί ο παραπάνω δείκτης κατά το έτος 2009 οπότε και παρουσιάζει μείωση (0,187). Οι υπόλοιπες δαπάνες παρουσιάζουν κατά το αντίστοιχο χρονικό διάστημα μείωση. Εξαιρέσεις που οι δείκτες αυτοί παρουσιάζουν αύξηση είναι για τα φάρμακα και για το υγειονομικό υλικό το έτος 2007 (0,157 και 0,382 αντίστοιχα), για τις προμήθειες το 2010 (0,161) και για τις δαπάνες συντήρησης το 2011 (0,042).

Οι δείκτες οικονομικότητας παρουσιάζουν μείωση διαχρονικά, με εξαίρεση τον αντίστοιχο δείκτη των λειτουργικών δαπανών, αποδεικνύοντας την εξοικονόμηση πόρων από τομείς όπως η συντήρηση, οι προμήθειες, τα φάρμακα και το υγειονομικό υλικό, σε αντίθεση με πόρους που διατίθενται για λειτουργικές δαπάνες.

Γράφημα 4.11: Συγκριτική απεικόνιση των δεικτών οικονομικότητας, 2006-2011.



4.4 Ποιοτική ανάλυση

Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 93 επισκέπτες-ασθενείς, ήτοι κατά 59,14% γυναίκες και 40,86% άνδρες. Οι περισσότεροι-ες έχουν τελειώσει δημοτικό ή γυμνάσιο (60,2%), ακόμη λιγότεροι-ες (36,6%) λύκειο, ενώ το 3,2% έχει αποκτήσει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η κατανομή των ηλικιών γίνεται ως εξής: στην ηλικία των 15-30 απάντησε το 17,20% του δείγματος, ενώ στις ηλικίες 31-45, 46-65 και πάνω από 65 απάντησε το 15,05%, 12,90% και 54,84% αντίστοιχα. Σχετικά με τον τόπο προσέλευσης, το 45,2% προσήλθε στα Τακτικά Ιατρεία (42 ασθενείς) και το 54,8% στο Ιατρείο Εκτάκτων (51 ασθενείς) (πίνακας 4.23).

Πίνακας 4.23: Περιγραφική ανάλυση του δείγματος.

	ΟΜΑΔΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ	15-30	7	9	16
	31-45	9	5	14
	46-65	3	9	12
	65+	36	15	51
	ΣΥΝΟΛΟ	55	38	93
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Υποχρεωτική εκπαίδευση	37	19	56
	Λύκειο	16	18	34
	Τριτοβάθμια	2	1	3
ΤΟΠΟΣ	Τακτικά	26	16	42
ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	Επείγοντα	29	22	51

Πίνακας 4.24: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς την υποδοχή-περιβάλλον (%).

	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<u>Τηλεφωνική εξυπηρέτηση</u>	12,90	83,87	3,23
<u>Συμπεριφορά προσωπικού</u>	11,83	88,17	0
<u>Παροχή πληροφοριών</u>	11,83	5,05	73,12
<u>Ύπαρξη πινακίδων σήμανσης</u>	0	5,38	94,63

<u>Καθαριότητα χώρων</u>	2,15	19,35	78,5
<u>Λειτουργικότητα</u>	0	12,91	87,09
<u>Διαθέσιμα καθίσματα κατά την αναμονή</u>	0	8,60	91,40
<u>Καθαριότητα βοηθητικών χώρων</u>	5,38	9,68	84,94

Στον πίνακα 4.24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε ποσοστιαίες μονάδες των ερωτηματολογίων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την υποδοχή και το περιβάλλον του κέντρου υγείας. Οι επισκέπτες φαίνεται να είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα διάφορα τμήματα, από την ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων κατά τη διάρκεια της αναμονής τους, από τη λειτουργικότητα του χώρου, από την καθαριότητα των βοηθητικών και κυρίων χώρων και από την παροχή πληροφοριών. Ενώ είναι μάλλον ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού και την τηλεφωνική εξυπηρέτηση.

Πίνακας 4.25: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης (%).

	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<u>Χρόνος αναμονής μέχρι την ημέρα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία</u>	64,29	33,33	2,38
<u>Χρόνος αναμονής για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία</u>	4,76	57,14	38,10

Στον πίνακα 4.25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε ποσοστιαίες μονάδες των ερωτηματολογίων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την ταχύτητα εξυπηρέτησης. Οι επισκέπτες φαίνεται να είναι μάλλον ικανοποιημένοι από τον χρόνο

αναμονής μέχρι την ημέρα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου Υγείας, αλλά και από τον χρόνο αναμονής για εξέταση σε αυτά.

Πίνακας 4.26: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς τις εργαστηριακές εξετάσεις (%).

	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<u>Συμπεριφορά προσωπικού</u>	12,90	5,38	81,71
<u>Χρόνος αναμονής αποτελεσμάτων</u>	3,23	88,17	8,60

Ως προς τα αποτελέσματα σε ποσοστιαίες μονάδες των ερωτηματολογίων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις εργαστηριακές εξετάσεις, οι ασθενείς εμφανίζονται πολύ ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εργαστηριακών εξετάσεων και μάλλον ικανοποιημένοι από τον χρόνο αναμονής για τα αποτελέσματα αυτών (βλέπε Πίνακα 4.26).

Πίνακας 4.27: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς την ιατρική φροντίδα (%).

	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<u>Εμπειρία και ικανότητα ιατρών</u>	2,16	91,4	6,46
<u>Συμπεριφορά ιατρών</u>	3,23	81,72	15,06
<u>Επάρκεια εξηγήσεων-οδηγιών για την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία</u>	2,16	83,87	12,90

Αναφορικά με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς είναι μάλλον ικανοποιημένοι από την εμπειρία και την ικανότητα των ιατρών, την συμπεριφορά τους καθώς και την επάρκεια εξηγήσεων και οδηγιών για την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία τους (βλέπε Πίνακα 4.27).

Πίνακας 4.28: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα (%).

	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<u>Εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών</u>	2,15	74,19	23,66
<u>Συμπεριφορά νοσηλευτών</u>	1,08	73,11	25,81

Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς είναι μάλλον ικανοποιημένοι από την εμπειρία και την ικανότητα των νοσηλευτών και τη συμπεριφορά τους (βλέπε Πίνακα 4.28).

Πίνακας 4.29: Αποτελέσματα ικανοποίησης ασθενών ως προς τις διοικητικές υπηρεσίες (%).

	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
<u>Συμπεριφορά</u>	3,23	91,39	5,38
<u>Ταχύτητα εξυπηρέτησης</u>	0	96,78	3,23

Τέλος, από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες, διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς είναι μάλλον ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά και την ταχύτητα εξυπηρέτησης του διοικητικού προσωπικού (βλέπε Πίνακα 4.29).

Συγκρίνοντας μεταξύ τους τα μεγαλύτερα ποσοστά εντυπώσεων των 19 ερωτήσεων των 6 ενοτήτων αξιολόγησης, παρατηρείται ότι οι 11 αφορούν μάλλον καλές εντυπώσεις, 7

αφορούν πολύ καλές εντυπώσεις και 1 ούτε καλές ούτε κακές εντυπώσεις. Παράλληλα, δεν υπάρχουν επισκέψεις με αρνητικές απαντήσεις. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι συνήθως όταν η συνέντευξη γίνεται από το ίδιο το προσωπικό του Κέντρου Υγείας οι επισκέπτες αποφεύγουν να δώσουν αρνητικές απαντήσεις.

Η συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας από το Τμήμα του Κέντρου Υγείας που επισκέφτηκαν οι ασθενείς, βαθμολογείται με 8 σε ποσοστό 39,78%, με 9 σε ποσοστό 22,58%, με 7 σε ποσοστό 19,35%, με 6 σε ποσοστό 15,05% και με 10 σε ποσοστό 3,1%. Σχετικά με το ενδεχόμενο επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας στο μέλλον, το 51,6% διάκειται μάλλον θετικά και το 48,4% θετικά, ενώ στο ενδεχόμενο σύστασής του σε οικείου το 38,71% δηλώνει βεβαιότητα και μεγάλη βεβαιότητα το 61,28%.

Πίνακας 4.30: Αποτελέσματα συνολικής αξιολόγησης του Κέντρου Υγείας (%).

	Μάλλον ναι	Σίγουρα ναι
<u>Ενδεχόμενη επίσκεψη στο Κ.Υ. στο μέλλον</u>	51,61	48,39
<u>Ενδεχόμενη σύσταση του Κ.Υ. σε οικείους</u>	38,71	61,28

Στον πίνακα 4.30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε ποσοστιαίες μονάδες των ερωτηματολογίων σχετικά με τη συνολική αξιολόγηση του Κέντρου Υγείας. Οι επισκέπτες φαίνεται να εμφανίζονται μάλλον θετικοί σε ενδεχόμενη επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας στο μέλλον σε ποσοστό 51,61% και σίγουρα θετικοί σε ενδεχόμενη σύστασή του σε οικείους σε ποσοστό 61,28%. Η ύπαρξη επισκέψεων με θετικές απαντήσεις με σχετική και μεγάλη βεβαιότητα θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι η ικανοποίηση αυξάνει όταν ο χρήστης διαμένει στην ύπαιθρο, στοιχείο που ίσως αποδίδεται στη δυνατότητα της πρόσβασης στην υπηρεσία υγείας που είναι εγκατεστημένη στον τόπο διαμονής του.

Υπολογίζοντας το μέσο όρο των ποσοστών των εντυπώσεων ανά κλίμακα στις 6 ενότητες αξιολόγησης, προκύπτουν οι ποιοτικοί δείκτες αξιολόγησης.

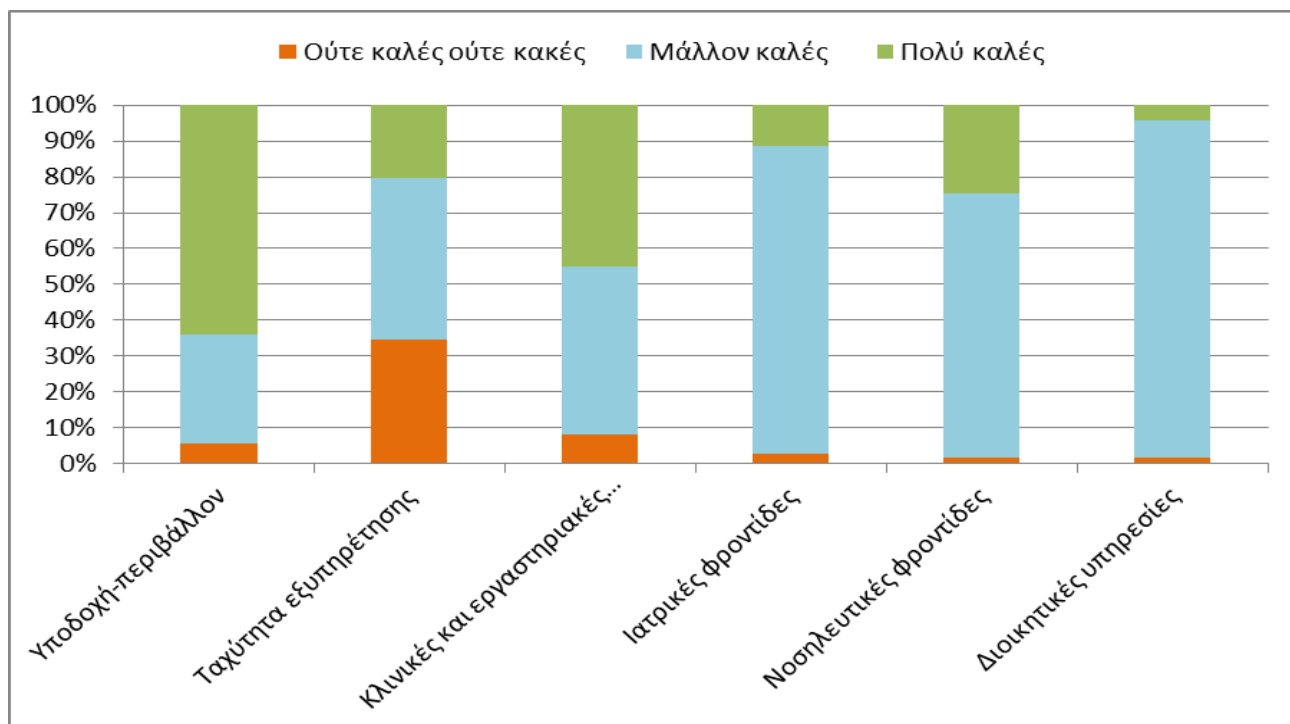
Πίνακας 4.31: Ποιοτικοί δείκτες αξιολόγησης.

Τομέας ικανοποίησης ασθενών	Ούτε καλές ούτε	Μάλλον	Πολύ
-----------------------------	-----------------	--------	------

	κακές	καλές	καλές
Υποδοχή-περιβάλλον	5,51	30,37	64,11
Ταχύτητα εξυπηρέτησης	34,53	45,24	20,23
Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	8,06	46,78	45,16
Ιατρικές φροντίδες	2,52	85,66	11,47
Νοσηλευτικές φροντίδες	1,61	73,65	24,74
Διοικητικές υπηρεσίες	1,61	94,09	4,30

Από τα στοιχεία του πίνακα 4.31 διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς αξιολογούν με μάλλον καλές εντυπώσεις τις ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες σε ποσοστό πάνω από 50% (85,66% και 73,65% αντίστοιχα). Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι υπάρχει αυξημένη τάση για θετικές αξιολογήσεις στο ιατρικό έργο λόγω της αδυναμίας των ασθενών να το κατανοήσουν πλήρως. Στον τομέα της ταχύτητας εξυπηρέτησης οι μάλλον καλές εντυπώσεις διαπιστώνεται ότι είναι σε ποσοστό κάτω του 50%, ενώ στον τομέα της υποδοχής-περιβάλλοντος ποσοστό πάνω από 50% κατέχουν οι πολύ καλές εντυπώσεις (64,11%). Τέλος, οι εντυπώσεις των ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις που αξιολογούνται ως μάλλον καλές, διαπιστώνεται ότι είναι κάτω από 50% με μικρή διάφορα από τις πολύ καλές εντυπώσεις, ενώ οι σχετικές με τις διοικητικές υπηρεσίες εντυπώσεις αξιολογούνται ως μάλλον καλές σε ποσοστό 94,09%.

Γράφημα 4.12: Συγκριτική απεικόνιση της ποσοστιαίας αναλογίας των εντυπώσεων ανά τομέα μέτρησης της ικανοποίησης.



Κεφάλαιο Πέμπτο

Συμπεράσματα

Στη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διατριβή επιχειρείται ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών, ως προς την ικανοποίηση των χρηστών, μεταβλητών για το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων κατά την περίοδο 2006-2011. Η αποτίμηση των εισροών σε δείκτες βασίστηκε στην οργανωτική δομή, τη διοικητική διάρθρωση και στελέχωση του Κ.Υ. και υπολογίστηκε ο αριθμός του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η αναλογία μεταξύ τους και η αναλογία κάθε μιας από τις κατηγορίες αυτές με το διοικητικό προσωπικό. Με σκοπό τη μέτρηση των εκροών του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων κατεγράφη η νοσηλευτική κίνηση κατά τα έτη 2006-2011. Ως εκ τούτου κατά την παρουσίαση των δραστηριοτήτων της παραπάνω περιόδου λήφθηκαν υπόψη οι επισκέψεις στα εξωτερικά και ειδικά ιατρεία, οι μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις και οι συνταγογραφήσεις. Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη διέκρινε τους δείκτες εκροών του Κέντρου Υγείας σε επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις και συνταγογραφήσεις. Τα στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης χρησιμοποιήθηκαν και για την κατάρτιση των δεικτών παραγωγικότητας. Οι δείκτες που υπολογίστηκαν ήταν ο αριθμός ασθενών ανά ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και ο αριθμός των ασθενών στα εξωτερικά

ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά ειδικό ιατρείο ανά ημέρα. Για την εκτίμηση της οικονομικότητας του Κ.Υ. χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία για τις λειτουργικές δαπάνες, τις δαπάνες συντήρησης, τις προμήθειες, τις δαπάνες για φάρμακα και υγειονομικό υλικό και έγινε η κατάρτιση δεικτών, από τη σχέση καθενός από αυτές με τις συνολικές δαπάνες λειτουργίας του Κ.Υ. Τέλος, για την εκτίμηση της αποδοτικότητας υπολογίστηκαν οι λειτουργικές δαπάνες, οι δαπάνες για φάρμακα και υγειονομικό υλικό ανά ασθενή, ενώ ένας τέταρτος δείκτης αποτέλεσε το ετήσιο συνολικό κόστος λειτουργίας ανά αριθμό ασθενών ανά έτος.

Η εμπειρική ανάλυση έδειξε ότι οι δείκτες ιατρών και νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους δεν μεταβάλλονται σημαντικά, ενώ σταθεροί διαχρονικά παραμένουν και οι δείκτες αναλογίας προσωπικού. Σχετικά με τους δείκτες εκροών παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ της χρονικής περιόδου 2006-2008 και της περιόδου 2009-2011 η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ανά 1000 κατοίκους, παρουσιάζει συνεχή αύξηση και ειδικά τη δεύτερη περίοδο, ενώ ο αριθμός των επισκέψεων στα ειδικά ιατρεία ανά 1000 κατοίκους παρουσιάζει συνεχόμενη ετήσια μείωση καθόλη τη διάρκεια της υπό μελέτη περιόδου. Εντυπωσιακοί είναι οι συσχετισμοί των δύο αυτών περιόδων για τους υπόλοιπους δείκτες. Ο αριθμός των συνταγογραφήσεων και ακτινολογικών εξετάσεων ανά 1000 κατοίκους παρουσιάζει και αυτός συνεχή αύξηση και ειδικά τη δεύτερη περίοδο, ενώ ο αριθμός των μικροβιολογικών εξετάσεων ανά 1000 κατοίκους μειώνεται συνεχώς. Οι δείκτες παραγωγικότητας εμφανίζουν αύξηση με εξαίρεση τους δείκτες που αποτυπώνουν το μέσο όρο του αριθμού των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που τυγχάνουν ιατρικής περίθαλψης ανά ειδικό ιατρείο που ελαττώνονται. Σχετικά με την οικονομικότητα του Κ.Υ. Κουφαλίων ο μέσος όρος των λειτουργικών δαπανών και των δαπανών συντήρησης αυξήθηκαν, ενώ μειώθηκε ο μέσος όρος δαπανών για προμήθειες, φάρμακα και υγειονομικό υλικό. Αναφορικά με την αποδοτικότητα ο μέσος όρος του ετήσιου συνολικού κόστους λειτουργίας του Κ.Υ. ανά αριθμό ασθενών μειώθηκε, με τις λειτουργικές δαπάνες (μέσος όρος) ανά ασθενή να αυξάνονται και τις δαπάνες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού (μέσος όρος) ανά ασθενή να μειώνονται.

Αναφορικά με τα συμπεράσματα από την κατάρτιση των δεικτών μπορεί να ειπωθεί ότι ενώ οι οργανικές θέσεις του Κέντρου Υγείας δεν παρουσιάζουν μεταβολές, η προσέλευση των ασθενών αυξάνεται με περιορισμό των εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών και της χρήσης

της βιοιατρικής τεχνολογίας. Παράλληλα παρατηρείται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και της δαπάνης υγειονομικού υλικού, η οποία δεν κατορθώνει όμως να επηρεάσει το συνολικό κόστος λειτουργίας του Κέντρου Υγείας, λόγω της σταθερότητας των λειτουργικών δαπανών, ενώ η εξοικονόμηση πόρων παραβλέπει αυτές. Η ένταση εργασίας του προσωπικού αυξάνεται, γεγονός που οφείλεται όχι μόνο στην αύξηση της προσέλευσης των ασθενών, αλλά και πιθανών λόγω της προσπάθειας να αντισταθμιστεί η έλλειψη που παρατηρείται σε ειδικούς ιατρούς.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μεταπτυχιακή διατριβή αποδείχθηκε χρήσιμο εργαλείο στην αποτίμηση ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Κέντρου Υγείας. Πριν την εξαγωγή συμπερασμάτων από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, χρήσιμη είναι η επισήμανση ορισμένων περιορισμών της έρευνας. Ο βασικότερος περιορισμός έγκειται στο γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στους χρήστες των Κέντρων Υγείας. Έτσι δεν μπορούμε να έχουμε μια συνολική εικόνα της άποψης του γενικού πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των κέντρων υγείας. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολο να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ένα μέρος του πληθυσμού δεν επιλέγει το Κέντρο Υγείας για παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, ένα ποσοστό που κυμαινόταν από 30-50% είχε προσέλθει μόνο για συνταγογραφία και κατά συνέπεια οι ερωτήσεις σχετικά με το ιατρικό προσωπικό είχαν θετικές απαντήσεις από τους ερωτηθέντες, διότι δεν είχαν ιδιαίτερες απαιτήσεις από το προσωπικό.

Αναφορικά με τις επιμέρους πτυχές της φροντίδας, η ικανοποίηση των επισκεπτών του Κέντρου Υγείας παρουσιάζεται σχετικά υψηλότερη στο έργο των διαφόρων υπηρεσιών (ιατρικές-νοσηλευτικές-διοικητικές) και ελαφρώς μικρότερη στην υποδομή και παραϊατρικές υπηρεσίες, όπου ίσως το θέμα της βελτίωσης των υπηρεσιών πρέπει να αντιμετωπιστεί καλύτερα. Καταγράφονται λοιπόν πολύ σημαντικά ποσοστά εμπιστοσύνης στο έργο των ιατρών και του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας. Οι αδυναμίες και τα προβλήματα που αποτυπώνονται στο βαθμό ικανοποίησης αφορούν σε διαχειριστικές λειτουργικές που σχετίζονται με τη φύση των υπηρεσιών (χρόνος αναμονής και οργάνωση των υπηρεσιών) και όχι στα συνηθισμένα προβλήματα που αφορούν υπηρεσίες ξενοδοχειακής υποδομής. Ο χρόνος αναμονής μέχρι την ημέρα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία και ο χρόνος αναμονής για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία φαίνεται ότι αποτελεί πηγή δυσαρέσκειας για τους επίδοξους επισκέπτες του Κέντρου Υγείας, πράγμα που σημαίνει ότι απαιτείται καλύτερη οργάνωση του προγράμματος επισκέψεων και αναζήτηση

κατάλληλων λύσεων. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, καταλήγουμε ότι υπάρχει ικανοποίηση από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας από τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν, που κυμαίνονται στα επίπεδα του αρκετά ικανοποιητικού.

Κατά τη διαδικασία κατάρτισης των δεικτών αξιολόγησης διαπιστώθηκαν μειονεκτήματα στην ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων. Εκτός από τρεις από τις υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις (εμβολιασμοί, μαστογραφία, test-pap) σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δε γίνεται καταγραφή για τις υπόλοιπες τέσσερις ομάδες εξετάσεων:

-προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες

-τεστ PSA

-εξετάσεις χοληστερόλης ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας καθώς και τριγλυκεριδίων

-μικροσκοπική εξέταση ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα και κολονοσκόπηση

Ειδική καταγραφή ωστόσο υπάρχει για τον προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο, τις Mantoux και την παρακολούθηση γυναικών και παραπομπή για εξέταση για οστεοπόρωση.

Η μη καταγραφή στοιχείων για τα έσοδα του Κέντρου Υγείας για την περίοδο 2006-2010, καθιστά τη μελέτη της οικονομικότητας προβληματική ως προς το σκέλος αυτό.

Αναδεικνύεται έτσι ότι το πρόβλημα είναι στην καταγραφή των εσόδων και όχι στην αποτίμηση των δαπανών, όπως θα περίμενε κανείς.

Με σκοπό την πληρέστερη, κατά το δυνατό, παρουσίαση και τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διατριβής, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι παρακάτω μεθοδολογικοί περιορισμοί: θεωρήθηκε ως αρχική υπόθεση στη διαδικασία εκπόνησης της μελέτης η μη γενίκευση και σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα ανάλογων μελετών. Η υιοθέτηση αυτής της υπόθεσης βασίζεται στην μη ύπαρξη ενιαίων δεικτών μέτρησης, των διαστάσεων τις οποίες ανέλυσε η μελέτη, των Κ.Υ. της χώρας, παρά το γεγονός ότι μεμονωμένες μελέτες διαθέτουν αντίστοιχα αποτελέσματα. Θεωρήθηκαν ως δεδομένα η αδυναμία μέτρησης της οικονομικής αποδοτικότητας καθώς και της κλινικής αποτελεσματικότητας καθώς και στην χώρα δεν υπάρχουν κοινές κατευθύνσεις

κλινικής ή προληπτικής αντιμετώπισης των χρηστών ούτε συγκριτικές τιμές πραγματικού κόστους. Ως εκ τούτου αναλογίες κλινικών παρεμβάσεων ανά ασθενή που παρατίθενται, σαφέστατα μπορεί να μην είναι αποδεκτές ή κλινικά αποτελεσματικές, υποδεικνύουν όμως την απουσία πλασματικής ή υπερβάλλουσας προσφοράς υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Θωρείται βέβαιο ότι μια μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας η οποία θα ήταν υπόλογη άμεσα σε ελεγκτικούς, κλινικούς και οικονομικούς μηχανισμούς και δεν θα εξαρτώταν οικονομικά και διαχειριστικά από το νοσοκομείο, θα ήταν σε θέση να προβαίνει στην κάλυψη των αναγκών της και στην ενιαία και συνεχή καταγραφή των δεδομένων της με σκοπό την αξιολόγησή της και τη σύγκρισή της με τις αντίστοιχες μονάδες.

Προτάσεις σε επίπεδο πολιτικών υγείας σχετικά με την αλλαγή της υφιστάμενης κατάστασης αποτελεί η οικονομική απεξάρτηση των Κ.Υ. από τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Η δημιουργία προϋπολογισμών στα Κ.Υ. θα αποτελούσε ένα θετικό βήμα για την αποτελεσματική διαχείρισή τους, με στόχευση τη διασφάλιση του ελέγχου και της συνέχειας των χρηματοοικονομικών ροών και την πλήρη αξιοποίηση της υφιστάμενης υποδομής, αξιολόγηση των υπηρεσιών των Κ.Υ. μέσα από την οποία θα επιτυγχάνονταν η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και η αποδοτικότητα της μονάδας. Η ανάπτυξη ενός πληροφορικού συστήματος κατάλληλου για ΠΦΥ και Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας. Επιπλέον η ευρύτερη χρησιμοποίηση πληροφοριακών συστημάτων θα καταστήσει ευκολότερη τη λεπτομερή καταγραφή των οικονομικών στοιχείων των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης βελτιώνοντας τη καταγραφή τόσο των εσόδων όσο και των δαπανών. Τέλος η παροχή δυνατότητας στα εργαστήρια των Κ.Υ. να εκτελούν επιπλέον εξετάσεις στα πλαίσια της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού ευθύνης τους με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, θα αποκόψει την αναζήτηση των ασθενών για εργαστηριακές εξετάσεις από άλλες υπηρεσίες.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα μπορεί να αποτελέσουν ο εμπλουτισμός της αξιολόγησης μιας μονάδας πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ, εκτός από τους παραπάνω δείκτες, και με δείκτες αποτελεσματικότητας, καταρτίζοντας δείκτες υγείας ή ακόμα και με δείκτες αξιολόγησης του προσωπικού του Κέντρου Υγείας. Επιπλέον, μελέτη μπορεί να αποτελέσει η κατάρτιση αντίστοιχων δεικτών και για τα υπόλοιπα Κέντρα Υγείας του ίδιου νοσοκομείου και η μεταξύ τους σύγκριση (π.χ. των τριών Κέντρων Υγείας του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου») ή η σύγκριση ενός Κέντρου Υγείας μη αστικής περιοχής και ενός αστικής του ίδιου νοσοκομείου ή Κέντρων Υγείας με ίδια χαρακτηριστικά (π.χ. μέγεθος πληθυσμού ευθύνης,

αριθμός προσωπικού), αλλά που υπάγονται σε διαφορετικά νοσοκομεία ή Υγειονομικές Περιφέρειες. Στις προτάσεις που μπορούν να γίνουν σε επίπεδο Κέντρου Υγείας, αξίζει να αναφερθεί η ανάγκη διενέργειας επιδημιολογικών μελετών στην περιοχή ευθύνης του με σκοπό τον έλεγχο χρόνιων νοσημάτων. Επισημαίνεται, ότι στην περιοχή εργάζονται και κατοικούν αρκετοί νόμιμοι ή μη μετανάστες καθιστώντας αναγκαία τη διενέργεια μελετών με σκοπό τον έλεγχο λοιμωδών νοσημάτων. Ειδικότερα, πρέπει να αναφερθεί η ανάγκη υλοποίησης προγραμμάτων υγιεινής τα οποία μπορούν να επικεντρώνονται σε θέματα ύδρευσης, αποχέτευσης και περιβαλλοντικής υγιεινής. Ακόμη η βελτίωση της παραγωγικότητας του Κέντρου Υγείας μπορεί να εστιαστεί στην υλοποίηση προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και προστασίας της μητρότητας, τη φροντίδα τοκετού και την προγεννητική φροντίδα, την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα αγωγής υγείας και των αντίστοιχων παραγόντων κινδύνου με διαλέξεις γιατρών στα σχολεία της περιοχής σχετικά με το κάπνισμα, τη διατροφή και την κατανάλωση αλκοόλ. Με πρωτοβουλία του Κέντρου Υγείας μπορούν να γίνουν και παρεμβάσεις σχετικά με την πρόληψη και ενημέρωση των γυναικών για την πρόιμη αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΕΤΑΑ (1999), Κατάρτιση δεικτών παρακολούθησης και αξιολόγησης των λειτουργιών των ΟΤΑ Αθήνα: Ε.Ε.Τ.Α.Α.

Επιχειρησιακό πρόγραμμα Δήμου Κουφαλίων 2007-2013, 2008 (<http://www.dimos-chalkidonos.gr>).

Π.Ο.Υ. ,Αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας – Κατευθυντήριες αρχές, Geneva 1981, Επιστημονική επιμέλεια Γεωργούση Ε., ΥΥΠΚΑ –Υγειονομική σχολή Αθηνών.

Σούλης Σ., (1991), Δημογραφία και Υγεία, Αθήνα, εκδ.ΤΕΙ-Αθηνών, σελ.2.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ammons, D. (1995), "Overcoming the inadequacies of performance measurement in local government: The case of libraries and leisure services", *Public Administration Review*, January/February, Vol. 55, pp. 37-47.

Ammons, D. (1996), *Municipal benchmarks, Assessing local performance and establishing community standards*. USA: SAGE.

Anders A, Staffan N. (1992), Εισαγωγή στη σύγχρονη Επιδημιολογία, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

Audit Commission (2009), *Final score, The impact of the Comprehensive Performance Assessment of local government 2002-08*. London: Audit Commission (<http://www.audit-commission.gov.uk>).

Berman, E. (1998), *Productivity in public and non-profit organizations*. London: SAGE.

Bertok J., Hall, J., Kraan, D., Malinska, J., Manning, N., Matthews, E. (2006), Issues in outcome measurement for „government at a glance“, OECD GOV Technical Paper 3. OECD Publishing.

Cochrane Al. (1972), Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Donadebian A. (1988), The quality of care. How it can be assessed? JAMA 260(12):1743-8.

Dooren, W., Lonti, Z., Sterck, M., Bouckaert, G. (2008), *Institutional drivers of efficiency in the public sector*. OECD: Paris.

European Commission (2004), *Evaluating EU activities, a practical guide for the Commission Services*.

Evans, D., A. Tandon, C. J. L. Murray, and J. Lauer (2001), «*Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis*». *British Medical Journal*, vol 323: pp 307-310.

Henderson-Stewart, D. (1990), «Performance measurement and review in local government» in Cave, M. & Kogan, M. & Smith R. (eds.), *Output and performance measurement in government, The state of the art*. London: Jessica Kingsley.

Hollingsworth B, Dawson P, Maniadakis N. (1999), Efficiency measurement of health care: A review of non-parametric methods and applications. *Health Care Management Science*, vol2: pp 161–172.

Industry Commission (1996), *Performance measures for councils, Improving local government performance indicators*, Research report. Melbourne: Australian Government Publishing Service.

Kanter, R. & Summers, D. (1994), «Doing well while doing good: dilemmas of performance measurement in nonprofit organizations and the need for a multiple-constituency approach», in McKeivitt, D. & Lawton, A. (eds.), *Public sector management, theory, critique and practice*. London: SAGE.

Local Government Audit Office (1998), *Performance indicators 1996/97*. London: LGAO.

Long Af, Harrison S. (1985), *Health services performance: Effectiveness and efficiency*. Croon Helm, USA.

Manning, N., Kraan, D.J., Malinska, J. (2006), *How and why should government activity be measured in «government at a glance»*, OECD GOV Technical Paper 1 (<http://www.oecd.org/puma>). Paris: OECD.

Ministry of foreign affairs of Denmark (2006), *Evaluation Guidelines*, Danida, November.

Nash, M. (1983), *Managing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2003), *Country factsheets*, GOV/PUMA (2003)13. Paris: OECD.

Picker Institute Europe (1993), *Through the patient's eyes*, San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004), *Public Management Reform: A comparative analysis*. Oxford University Press, 2nd Ed, Oxford, UK.

Sanderson, I. (1992), «Quality, strategic planning, and performance review», in Sanderson, I. (eds.), *Management of quality in local government*. United Kingdom: Longman.

Smith, P. (1995), «Outcome-related performance indicators and organizational control in the public sector», in Holloway, J. & Lewis, J. & Mallory, G. (eds.), *Performance measurement and evaluation*. London: SAGE-Open University.

Stewart, J. & Ranson, S. (1994), «Management in the public domain» in McKevitt, D. & Lawton, A. (eds.), *Public sector management, theory, critique and practice*. London: SAGE.

Swiss, J.E. (1991), *Public management systems, Monitoring and managing government performance*. USA: Prentice-Hall Inc.

Vollman, T. (1991), “Cutting the Gordian knot of misguided performance measurement”, *Industrial Management and Data Systems*, no. 91, pp. 24-26.

Wholey, J. & Hatry, H. (1992), “ The case for performance monitoring”, *Public Administration Review*, vol. 52, no. 6, November/December, pp.604-610.

NΟΜΟΘΕΣΙΑ

Νόμος 1397 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΦΕΚ Α143, 7 Οκτωβρίου 1983, σελ. 2235-2237.

Νόμος 1579 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α 217, 23 Δεκεμβρίου 1985, σελ. 4191-4192.

Νόμος 2071 « Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», ΦΕΚ Α 123, 15 Ιουλίου 1992, σελ. 2354.

Νόμος 2194 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 34 Α, 16 Μαρτίου 1994, σελ.447.

Νόμος 2519 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ165 Α, 21 Αυγούστου 1997, σελ.6447.

Νόμος 2889 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 37 Α, 2 Μαρτίου 2001, σελ. 1098-1099.

Νόμος 3172 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 197 Α, 6 Αυγούστου 2003, σελ 3825, 3834.

Νόμος 3235 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ΦΕΚ Α΄ 53, 18 Φεβρουαρίου 2004, σελ.1088.

Νόμος 3329 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ Α 81, 4 Απριλίου 2005, σελ. 884.

Νόμος 3868 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», ΦΕΚ Α 129, 3 Αυγούστου 2010, σελ. 2904, 2915.

Νόμος 3918 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α 31, 2 Μαρτίου 2011, σελ. 1235-1236.

Νόμος 4025 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α 228, 2 Νοεμβρίου 2011, σελ. 6735-6736.

Νόμος 4052 «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδας, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδας

και άλλες επείγουσες διατάξεις για τα μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α 41, 1 Μαρτίου 2012, σελ. 1118-1120.

Β.Δ. 150 «Περί αναδιαρθρώσεως των Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών της χώρας», ΦΕΚ 43 Α, 28 Φεβρουαρίου 1968, σελ. 274-277.

Π.Δ. 95 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας», ΦΕΚ Α76, 10 Μαρτίου 2000, σελ. 1476, 1482-1483.

Π.Δ 21 «Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και Τμήματος Προσβασιμότητας Ατόμων με Αναπηρίες στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», ΦΕΚ Α17, 7 Φεβρουαρίου 2006, σελ. 206-206^α.

Απόφαση 23620 «Διαπίστωση αυτοδίκαιης κατάργησης κενών οργανικών θέσεων πολιτικού προσωπικού με σχέση εργασίας δημοσίου δικαίου του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων αρμοδιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου, κατ' εφαρμογή της παρ.1^α του άρθρου 33 του Ν.4024/2011», ΦΕΚ Β 2922, 22 Δεκεμβρίου 2011, σελ. 42701.

Κ.Υ.Α. Α3α/οικ. 6562 «Σύσταση Κέντρου Υγείας Κουφαλίων Ν. Θεσσαλονίκης», ΦΕΚ Β 224, 22 Απριλίου 1986, σελ. 2313-2314.

Κ.Υ.Α. Α3α/οικ.12563 «Συμπλήρωση και τροποποίηση της Α3α/οικ.6562/7.4.86 κοινής απόφασης Σύσταση Κέντρου Υγείας Κουφαλίων Ν. Θεσσαλονίκης», ΦΕΚ Β 689, 20 Σεπτεμβρίου 1988, σελ. 6471-6473.

Κ.Υ.Α. 6368 «Σύσταση θέσεων προσωπικού των Κέντρων Υγείας και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας της χώρας», ΦΕΚ Β 508, 30 Ιουνίου 1994, σελ. 4550.

Κ.Υ.Α. Υ4α/4889 «Συμπλήρωση και τροποποίηση της κοινής Υπουργικής απόφασης Σύσταση θέσεων προσωπικού των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.), και των Κέντρων Ψυχικής

Υγείας (Κ.Ψ.Υ) της χώρας ΦΕΚ 508/Β/30.6.94», ΦΕΚ Β 673, 31 Ιουλίου 1995, σελ. 8108.

Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.3433 «Τροποποίηση και διόρθωση της Υ4α/4889/95/ΦΕΚ 673/τ.Β/95 κοινής υπουργικής απόφασης Συμπλήρωση και τροποποίηση της Υ4α/8368/τ.Β/94 κοινής υπουργικής απόφασης Σύσταση θέσεων προσωπικού των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) της χώρας (ΦΕΚ 508/τ.Β/30.6.94)», ΦΕΚ Β 279, 8 Απριλίου 1997, σελ. 3205.

Κ.Υ.Α. Υ4α/10924 «Μετατροπή θέσεων προσωπικού στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων του Περ. Γεν. Νος. Θεσ/νίκης ΑΧΕΠΑ», ΦΕΚ Β 1020, 20 Νοεμβρίου 1997, σελ. 13021-13022.

Κ.Υ.Α Υ3α/Γ.Π. οικ.88618 «Καθορισμός αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες», ΦΕΚ Β1223, 20 Σεπτεμβρίου 2002, σελ. 16641.

Κ.Υ.Α.Υ3α/Γ.Π. οικ.119165 «Κατάργηση και σύσταση θέσεων προσωπικού σε Κέντρα Υγείας της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας», ΦΕΚ Β 2128, 1 Οκτωβρίου 2009, σελ. 26478-26479.

Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.165114 «Καθορισμός αμοιβής εξέταστων των προσερχόμενων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στα Κέντρα Υγείας», ΦΕΚ Β 2080, 31 Δεκεμβρίου 2010, σελ. 36313.

Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ. 18421 «Πλαίσιο συνεργασίας των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ με τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και τις Υγειονομικές Υπηρεσίες των Ενόπλων Δυνάμεων», ΦΕΚ Β 257, 16 Φεβρουαρίου 2011, σελ. 4080-4081.

Κ.Υ.Α. ΕΜΠ5 «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β'3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012

(ΦΕΚ 1233/Β΄/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει, ΦΕΚ Β 3054, 18 Νοεμβρίου 2012, σελ. 46360.

Υ.Α. Υ4α/οικ.5961 «Υπαγωγή των Κέντρων Υγείας και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας σε Νοσοκομεία της χώρας και Περιφερειακών Ιατρείων στα Κέντρα Υγείας», ΦΕΚ Β 470, 22 Ιουνίου 1994, σελ. 4157.

Υ.Α. Υ3α/Γ.Π.οικ.1173 «Αναδιάταξη Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων τους στα όρια της χωροταξικής αρμοδιότητας του Α και Β ΠΕ.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας», ΦΕΚ Β 23, 16 Ιανουαρίου 2002, σελ. 214.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Κόστος σε ευρώ μικροβιολογικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων σύμφωνα με τα Προεδρικά Διατάγματα 157/1991, 163/1988, 81/1988, 138/1990, 427/1991, 38/1993, 65/1996 και 114/2000 καθώς και αυτών που έχουν κοστολογηθεί από το ΚΕΣΥ και έχουν γίνει αποδεκτές από το Υπουργείο Υγείας.

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ		ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
Γενική αίματος	2,88	Σπονδυλικής στήλης	
Βιοχημικές εξετάσεις		Αυχενικής μοίρας	4,05 (εκάστη λήψη)
Σάκχαρο	2,26	Θωρακικής μοίρας	4,05 (εκάστη λήψη)
Ουρία	2,26	Οσφυϊκής μοίρας	4,05 (εκάστη λήψη)
Κρεατινίνη	4,05	Κάτω άκρων	
Ουρικό οξύ	2,88	Μηριαίου	4,05 (εκάστη λήψη)
SGOT	4,49	Γόνατος (F/P)	6,31
SGPT	4,49	Γονάτων άμφω συγκριτική (F/P)	8,57
Χοληστερίνη	5,22	Επιγονατίδας κατ'εφαπτομένη	4,87
Τριγλυκερίδια	4,49	Κνήμης (F/P)	4,05
HDL/LDL	4,75 (εκάστη)	Ποδοκνημικής (F/P)	3,26
Αθηρωματικός δείκτης	5,87	Άκρου ποδός (F/P)	2,88
γ-GT	5,02	Άκρων ποδών άμφω συγκριτική	1,76
Αλκαλική	5,02	Πτέρνας	2,44 (εκάστη)

φωσφατάση			λήψη)
LDH	4,75	Λεκάνης	
Αμυλάση	2,26	Λεκάνης-Ισχίων	4,05
CPK	9,51	Ιερολαγονίων	4,05
Χολερυθρίνη	2,88	Κοιλιάς	
Λευκώματα	5,22	Κοιλιάς	4,05
Σίδηρος	3,43	N.O.K	4,05
Φερριτίνη	8,57	Άνω άκρων	
Ασβέστιο	4,05	Ωμου	2,44 (εκάστη λήψη)
Φώσφορος	5,22	Βραχιονίου	4,05 (εκάστη λήψη)
Μαγνήσιο	4,05	Αγκώνος F	2,44
Λοιπές εξετάσεις		Αντιβραχίου (F/P)	3,26
Χρόνος προθρομβίνης (PT/INR)	4,05	Πηγεοκαρπικής (ΜΙΑ ΛΗΨΗ)	1,64
CRP	2,26	Άκρας χειρός (F/P)	2,88
TKE	1,76	Άκρων χειρών άμφω συγκριτική	1,76
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)	7,16	Σκαφοειδούς	2,88
Εξετάσεις ούρων		Κρανίου	
Γενική ούρων	1,76	Κρανίου	2,44 (εκάστη λήψη)
Καλλιέργεια ούρων	5,22	Κόλπων προσώπου	2,44
		Θώρακος	
		Θώρακος	4,05 (εκάστη λήψη)
		Τηλεκαρδίας	4,05
		Θωρακικού τοιχώματος	4,05

2. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας, σημειώνοντας με √ στα τετραγωνάκια του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει, θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο ασθενούς: Άνδρας Γυναίκα Ηλικία ετών

Επίπεδο εκπαίδευσης: Μέχρι 3^η Γυμνασίου Τελείωσα το Λύκειο

Φοιτητής ή απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ

Τόπος προσέλευσης: Επείγοντα (στην εφημερία) Τακτικά Εξωτ. Ιατρεία

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

ΥΠΟΔΟΧΗ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Κακές	Μάλλον	Ούτε	Μάλλον	Πολύ
κακές	καλές	καλές	καλές	καλές
		ούτε		
		κακές		

Τηλεφωνική εξυπηρέτηση

(ραντεβού, πληροφορίες)

Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε

αν δεν σας υποδέχθηκε κανείς,

σημειώστε εδώ

Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς
να πάτε, τι να κάνετε κ.λπ.)

Υπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν
την κίνηση στα διάφορα Τμήματα

Καθαριότητα των χώρων υποδοχής

Λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής

Υπαρξη ελεύθερων καθισμάτων
για τη διάρκεια της αναμονής σας

Καθαριότητα βοηθητικών χώρων
(τουαλέτες κ.ά.)

**ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ
(ΤΕΠ)**

Χρόνος που μεσολάβησε από το κλείσιμο,
μέχρι το ραντεβού σας
στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Χρόνος αναμονής

στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
μέχρι την εξέταση από το γιατρό

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Συμπεριφορά του προσωπικού

κατά τη διάρκεια
των εργαστηριακών εξετάσεων

Χρόνος αναμονής για τα αποτελέσματα

των εργαστηριακών εξετάσεων

ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ποιότητα ιατρικής φροντίδας

(εμπειρία και ικανότητα ιατρών)

Συμπεριφορά των ιατρών

(ευγένεια, σεβασμός, υποστήριξη)
κατά τη διάρκεια της εξέτασης

Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση

από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία
της ασθένειας και τη θεραπεία της

ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

(εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών)

Συμπεριφορά νοσηλευτών

(ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού

(ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)

Ταχύτητα εξυπηρέτησης

από το διοικητικό προσωπικό

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Σε κλίμακα από το 0 ως το 10 (**όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο**), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το Τμήμα του Νοσοκομείου το οποίο επισκεφτήκατε (Τμήμα Επειγόντων ή Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σίγουρα Μάλλον Ούτε ναι Μάλλον Σίγουρα
όχι όχι -ούτε ναι ναι
όχι

Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά
στο Κέντρο Υγείας μας

Θα συστήνατε το Κέντρο Υγείας μας
στους φίλους και στη οικογένειά σας

3. Άδεια χρήσης αρχείου νοσηλευτικής κίνησης και οικονομικών στοιχείων.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
3^η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Γ.Ν.Θ. Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
Πληροφορίες : Β. Παπαχριστοδούλου

Εξοχή, 570 10 Θεσσαλονίκη
☎ 2313307116

Εξοχή 19/7/2012
Αριθμ.Πρωτ: 12475

ΠΡΟΣ : Τσάπα Αριστεΐδη
Επιμελητή Β΄ Παθολόγος
Κ.Υ. Κουφαλίων

ΘΕΜΑ: « Στοιχεία Νοσηλευτικής Κίνησης , διάθεσης υλικών και εξόδων του Κ.Υ. Κουφαλίων στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Εργασίας»

Σε απάντηση στο από 3/7/2012 αίτημα σας, σας παραδίδουμε τα ζητούμενα στοιχεία που αφορούν στοιχεία Νοσηλευτικής Κίνησης , διάθεσης υλικών και εξόδων του Κ.Υ. Κουφαλίων στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Εργασίας .

Η ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ



4. Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου εξωτερικών ασθενών του Υπουργείου Υγείας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3^η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Γ.Ν.Θ. "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ
ΤΗΛ 2391 / 330 300, 330 332
ΦΑΞ 23910 /54 444


ΚΟΥΦΑΛΙΑ 21 Αυγούστου 2012

ΠΡΟΣ
Τσάπα Αριστείδη
Ιατρό Παθολόγο

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. : 588

Σε απάντηση της από 20.8.2012 αίτησής σας, για χρήση του ερωτηματολογίου του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας των ασθενών που προσέρχονται στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων, σας γνωρίζουμε ότι εγκρίνεται το αίτημά σας.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



ΒΑΡΔΑΛΗ ΕΛΕΝΗ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Δ/ΝΤΡΙΑ ΕΣΥ

