



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Καταγραφή και αξιολόγηση απόψεων του προσωπικού
για το μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας
στην Ελλάδα»**

Ιωάννα Καλλία

Επιβλέπων καθηγητής
Γεώργιος Νικολόπουλος

Μάιος, 2016

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**«Καταγραφή και αξιολόγηση απόψεων του προσωπικού για το
μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα»**

Ιωάννα Καλλία

Επιβλέπων Καθηγητής
Γεώργιος Νικολόπουλος

Μάιος, 2016

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	i
--------------------	----------

Περίληψη	ii
-----------------	-----------

Summary	iv
----------------	-----------

Κεφάλαιο Πρώτο	Σελίδες
-----------------------	----------------

A.1. Εισαγωγή	7
----------------------	----------

A.2. Αναγκαιότητα μελέτης	8
----------------------------------	----------

Κεφάλαιο Δεύτερο	Σελίδες
-------------------------	----------------

B.1. Εισαγωγή – Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	
---	--

B.1.1. Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας (ΨΥ)	9
---	----------

B.1.2. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	11
--	-----------

B.2. Ιστορική αναδρομή	
-------------------------------	--

B.2.1. Το πλαίσιο και η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα	13
---	-----------

B.2.2. Εισαγωγή του συστήματος κοστολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας	16
--	-----------

B.2.3. Ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος κοστολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας	19
--	-----------

B.3. Διεθνές Περιβάλλον	
B.3.1. Πολιτική για την Ψυχική Υγεία	21
B.3.2. Η ψυχική υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)	23
B.3.3. Κοινωνική Απόδοση Επενδύσεων - Standard for Social Return on Investment (SROI analysis)	25

Κεφάλαιο Τρίτο

Σελίδες

Γ.1. Μέθοδος και Δείγμα	
Γ.1.1. Μεθοδολογία Έρευνας	26
Γ.1.2. Δειγματοληψία	27
Γ.1.3. Περιγραφή των φορέων του δείγματος	28
Γ.1.4. Περιγραφή εργαλείου	33
Γ.2. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	35
Γ.3. Στατιστική Ανάλυση	36
Γ.4. Θέματα Ηθικής και δεοντολογίας	37

Κεφάλαιο Τέταρτο

Σελίδες

Δ.1. Αποτελέσματα	
Δ.1.1. Εισαγωγή	38
Δ.1.2. Δημογραφικά	39
Δ.1.3. Απαντήσεις ερωτήσεων από ενότητες Α - Δ	42
Δ.1.4. Ποιοτική Ανάλυση	58

E.1. Συζήτηση	
E.1.1. Εφαρμογή του νέου μοντέλου χρηματοδότησης/ κοστολόγησης ΜΨΥ και ο τρόπος προσαρμογής σε αυτό	61
E.1.2. Η επιρροή του μοντέλου κοστολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο λειτουργικό, στόχων και φιλοσοφίας των φορέων	63
E.1.3. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΜΨΥ και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο διάστημα εφαρμογής του συστήματος κοστολόγησης	66
E.1.4. Περιθώρια βελτίωσης της λειτουργίας των φορέων και τρόποι επαρκούς αποτύπωσης του συνολικού έργου, ποσοτικού και ποιοτικού, των ΜΨΥ	69
E.2. Περιορισμοί της μελέτης	73
E.3. Συμπεράσματα	74
Βιβλιογραφία	77

Παράρτημα	
• Εργαλείο Μέτρησης	79
• Άλλα συνοδά έγγραφα	84

Ευρετήριο Πινάκων και Διαγραμμάτων

Σελίδες

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ανά φορέα.	40
Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία ανά φορέα (συνέχεια).	42
Πίνακας 3. Αποτελέσματα ερωτήσεων Α ενότητας.	44
Πίνακας 4. Αποτελέσματα ερωτημάτων Β ενότητας.	47
Πίνακας 5. Αποτελέσματα ερωτημάτων Β ενότητας (συνέχεια).	48
Πίνακας 6. Αποτελέσματα ανά φορέα ενότητα Γ.	52
Πίνακας 7. Αποτελέσματα ενότητα Γ (συνέχεια).	53
Πίνακας 8. Αποτελέσματα ανά μονάδα ενότητα Γ.	54
Πίνακας 9. Αποτελέσματα ανά μονάδα ενότητα Γ (συνέχεια).	55
Πίνακας 10. Αποτελέσματα ανά φορέα ενότητα Δ.	57

Σχήμα 1. ΜΨΥ Δείγματος.	38
Σχήμα 2. Γνώση εφαρμογής του συστήματος κοστολόγησης.	42
Σχήμα 3. Ερώτημα σχετικά με το αν αξιολογείται το παραγόμενο ποιοτικό έργο.	50
Σχήμα 4. Πώς επηρεάζει η μη κοστολόγηση το έργο των ΜΨΥ.	50

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γεώργιο Νικολόπουλο, για την αμέριστη βοήθεια, καθοδήγηση και συμπαράστασή του, καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Κυρίως τον ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που έδειξε στην προσπάθειά μου, από την αρχή έως το τέλος.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους υπευθύνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, καθώς χωρίς τη βοήθειά τους δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Κλείνοντας, ευχαριστώ ειλικρινά όλα τα μέλη της οικογένειάς μου για την υπομονή και τη στήριξη που μου παρείχαν, αλλά και τη διαχρονική συμπαράσταση και στήριξη των επιλογών μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Βασικό άξονα παρέμβασης για τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας στη Γ' φάση του Ψυχαργός αποτελεί η εξασφάλιση της βιωσιμότητας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) μέσω σταθερής χρηματοδότησης και εφαρμογής ενός μοντέλου κοστολόγησης υπηρεσιών. Τον Μάιο του 2013 εισάγεται πληροφοριακό σύστημα παρακολούθησης των ΜΨΥ, αποτελώντας βασικό μηχανισμό συλλογής και τήρησης πληροφοριών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση των απόψεων του προσωπικού των ΜΨΥ σχετικά με το μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Δείγμα και Μέθοδος: Στο πλαίσιο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε σε επτά ΜΨΥ και συνοδεύταν από έντυπο συγκατάθεσης.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 160 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκ των οποίων το 76,3% ήταν γυναίκες και το 34,5% Ψυχολόγοι / Ψυχίατροι. Σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) εργάζεται το 50% του δείγματος, το 22,5% σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) και το 20,6% σε Κέντρο Ημέρας (ΚΗ). 138 άτομα (82,5%) είχαν γνώση σχετικά με το πότε εφαρμόστηκε το νέο μοντέλο κοστολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών στις ΜΨΥ. Σύμφωνα με το 52,5% του δείγματος, χρειάστηκαν 0 έως 6 μήνες για την προσαρμογή των ΜΨΥ στο νέο σύστημα. Τα λειτουργικά έξοδα των ΜΨΥ καλύπτονται, σύμφωνα με το 55,6%, ενώ το 38,1% υποστηρίζει πως έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα μετά την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Το 74,4% πιστεύει πως ο τρόπος λειτουργίας των ΜΨΥ επηρεάστηκε σε κάποιους τομείς, όπως η δυναμικότητα της πολυκλαδικής ομάδας (31,3%), η υποβάθμιση της Αγωγής Κοινότητας (38,1%) και η τήρηση αρχείου ασθενών (45,0%). Η φιλοσοφία του φορέα φαίνεται να βοήθησε αρκετά (38,8%) έως πολύ (48,1%) το προσωπικό να ανταπεξέλθει στις αλλαγές. Η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης δείχνει να έχει αρκετά θετική σχέση με την αποτελεσματικότητα των ΜΨΥ, όπως δηλώνει το 30,6%, ποσοστό όμως που διαφοροποιείται για ΚΜΨΥ και ΚΗ, όπου το 46,9% και 39,4% αντίστοιχα, θεωρεί

καθόλου θετική τη σχέση αυτή. Η ποιότητα στις ΜΨΥ υποστηρίζεται από τους συμμετέχοντες πως διατηρήθηκε αρκετά (47,5%) έως πολύ (30,6%), αλλά το παραγόμενο ποιοτικό έργο δεν αξιολογείται επαρκώς, σύμφωνα με 116 άτομα (72,5%). Η μη κοστολόγηση της Αγωγής Κοινότητας επηρεάζει πολύ αρνητικά το παραγόμενο έργο, σύμφωνα με το 53,8% των συμμετεχόντων. Τέλος, το 46,9% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος θεωρούν πως ο φορέας τους μπορεί να είναι βιώσιμος και, αν συμπεριλαμβανόταν η Αγωγή Κοινότητας, θα βοηθούσε στην πληρέστερη αποτύπωση του παραγόμενου ποιοτικού έργου (83,2%).

Συμπεράσματα: Το νέο μοντέλο κοστολόγησης αφορά στην εγκατάσταση ενός συστήματος διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των ΜΨΥ με στόχο τον εξορθολογισμό των οικονομικών των ΜΨΥ, το οποίο, όμως, υπολείπεται ενός κατάλληλου σχεδιασμού, καθώς δεν λαμβάνει υπόψη του τις εκάστοτε ανάγκες και τον τρόπο λειτουργίας των ΜΨΥ, τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών, της διεπιστημονικής ομάδας και του ευρύτερου πληθυσμού. Τα ελλείμματα που δημιουργήθηκαν στις ΜΨΥ αποδίδονται στη μετάβαση από το παλιό μοντέλο κοστολόγησης στο καινούργιο και φαίνεται η απαιτητικότητα αυτού να συντέλεσε στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών και στην αποτελεσματικότητα των μονάδων. Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες διατηρήθηκε, αλλά η ανεπαρκής αξιολόγηση του ποιοτικού έργου παραμένει βασικό μειονέκτημα του εν λόγω συστήματος, συμπεριλαμβανομένης και της μη κοστολόγησης της Αγωγής Κοινότητας. Καλή πρακτική αποτελούν η βελτιστοποίηση του υπάρχοντος συστήματος κοστολόγησης και η εφαρμογή νέων μεθόδων και εργαλείων, όπως η SROI analysis, που είναι δυνατό να αποφέρουν πολλαπλά οφέλη σε μια ΜΨΥ.

Λέξεις – κλειδιά: Ψυχική Υγεία, Μοντέλο Κοστολόγησης, Αξιολόγηση, Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Αγωγή Κοινότητας

Summary

Introduction: The Phase C of Psychargos (Health Ministry, Department of Mental Health) aims at the sustainability of Mental Health Units (MHU) through continuous funding and by evaluating costs. In May 2013, a cost-evaluation system for MHU was introduced.

Aim: This study collected data on and evaluated views of staff members of MHU on the new cost-evaluation model.

Method: A questionnaire was distributed to the staff of seven MHU. All participants gave informed consent.

Results: The sample included 160 professionals on mental health. Of these, 76.3% were females and 34.5% were Psychologists / Psychiatrists. Half of the participants worked at Psychosocial Rehabilitation Units, 22.5% worked at Mobile Mental Health Units and 20.6% were in Day Centers. 138 people (82.5%) knew when the new model was introduced. 52.5% of the participants reported that it took 0-6 months for MHU to adapt to the new system. 55.6% reported that the operating costs of MHU were covered, while 38.1% said that deficits had been created following the implementation of the new model. 74.4% of the participants believe that many operational aspects of MHU including work in multidisciplinary teams (31.3%), Community Education programs (38.1%), and patient record keeping (45.0%) were affected in many ways. It seems that the distinct philosophy of each institution helped the staff, from a moderate (38.8%) to a considerable (48.1%) degree, to cope with the changes. 30.6% of the participants believe that the new system positively affected MHU effectiveness. However, the staff of Mobile Mental Health Units and Day Centers (46.9% and 39.4% respectively) does not consider this relationship as positive. 47.5% of the participants said that the MHU maintained their quality. However, quality work is not sufficiently evaluated by the new system according to 116 employees (72.5%). 53.8% of the participants believe that the work done is negatively affected by the lack of cost-evaluation models of Community Education. Finally, 46.9% of the participants believe that their organization will be viable if

Education Community programs are included in evaluations because this will help better capture the work produced (83.2%).

Conclusions: The new model involves the establishment of an administrative and financial management system for MHU. According to views of staff members of MHU, the new model has weaknesses including lack of appropriate planning, ignoring needs and aspects of work done at MHU or ignoring needs of the mentally ill, and underestimating the role of multidisciplinary teams and of the community in general. The deficits of MHU were attributed to the transition phase from the old to the new model. It seems that the new system has contributed to a better planning of services, higher efficiency and quality maintenance. Good practice requires the optimization of existing cost-evaluation systems and the implementation of new methods and tools including SROI analysis, which can benefit MHU in multiple ways.

Keywords: Mental Health, Cost-evaluation Model, Mental Health Units, Community Education program

A. Κεφάλαιο Πρώτο

A.1. Εισαγωγή

Τον Μάιο του 2013 εισάγεται στις μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) το νέο μοντέλο κοστολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο αποτελεί βασικό μηχανισμό συλλογής και τήρησης πληροφοριών, διασφαλίζοντας τη δυνατότητα συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης των ΜΨΥ και κατ' επέκταση του τομέα ψυχικής υγείας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση των απόψεων του προσωπικού σχετικά με το μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφαρμόζεται από τον Μάιο του 2013 μέχρι και σήμερα. Η εφαρμογή του νέου συστήματος χρηματοδότησης, με την κοστολόγηση ανά ασθενή και υπηρεσία, φαίνεται να έχει καταδείξει σε αυτό το διάστημα ελλιπή χρηματοδοτική κάλυψη υπηρεσιών που παρέχονται καθημερινά, ειδικά στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, με αποτέλεσμα τον εξαναγκασμό σταδιακής τροποποίησης της λειτουργίας και κατά περιπτώσεις την υποβάθμιση του δυναμικού τους.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί, μέσω ερωτηματολογίων που δόθηκαν σε επαγγελματίες του χώρου, να καταγράψει τη χρήση του εν λόγω συστήματος χρηματοδότησης από τη στιγμή της εφαρμογής του, να διερευνήσει σε τι βαθμό ή με ποιόν τρόπο έχει επηρεάσει τη λειτουργία των ΜΨΥ και αν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες τους, και να αξιολογήσει, εν τέλει, το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών των ΜΨΥ στο διάστημα εφαρμογής του. Νέες ιδέες και προτάσεις, οι οποίες σημειώνονται μέσω των ερωτηματολογίων, θα αναλυθούν περαιτέρω στο τελευταίο κεφάλαιο όπου θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

A.2. Αναγκαιότητα μελέτης

Το μοντέλο χρηματοδότησης είναι νέο και δεν έχει αξιολογηθεί στο πεδίο η εφαρμογή και αποτελεσματικότητά του από τις ΜΨΥ. Αναφορά στην εφαρμογή του περιλαμβάνεται, εν μέσω άλλων, στις εκθέσεις αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που παραδίδονται στο πλαίσιο του έργου «Αξιολόγηση κατά τη διάρκεια (on-going) της εφαρμογής Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργώς» από το 2011 μέχρι και το 2015». Κρίνεται συνεπώς, αναγκαία η αξιολόγηση του νέου μοντέλου χρηματοδότησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το ίδιο το προσωπικό, με σκοπό αφενός μία πρώτη αποτύπωση της αποτελεσματικότητάς του, αφετέρου την εν δυνάμει βελτίωσή του.

Η στάση και η άποψη του προσωπικού των ΜΨΥ είναι απόλυτα σημαντική για την αξιολόγηση και εφαρμογή πολιτικών που αφορούν στο πλαίσιο λειτουργίας των δομών, ικανοποίησης των ωφελούμενων και ενίσχυσης του στρατηγικού πλαισίου αναφοράς.

B. Κεφάλαιο Δεύτερο

B.1. Εισαγωγή - Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

B.1.1. Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας (ΨΥ)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει αναγνωρίσει τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του και ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι "απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας", αλλά "μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας" (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Η προστασία και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι απαιτητικό έργο, το οποίο απαιτεί τη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Είναι αναγκαίος ο συντονισμός ενός μεγάλου αριθμού υπηρεσιών, φορέων και επαγγελματιών που σχετίζονται με τον χώρο της ψυχικής υγείας. Βασικό κομμάτι στον σχεδιασμό βέλτιστων πολιτικών είναι να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις ανάγκες του πληθυσμού, τις συνθήκες, τις υπηρεσίες, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, τις στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης, καθώς και να γίνουν οι σωστές επιλογές για τη χρηματοδότηση όλων αυτών των ενεργειών.

Η οικονομική κρίση που μαστίζει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει μακρόχρονες συνέπειες στη ψυχική υγεία των πολιτών και έχει οδηγήσει σε οξύτερα προβλήματα λόγω της ύφεσης και της ανεργίας, ειδικά για τους ανθρώπους που διαβιούν στα αστικά κέντρα, ενώ ταυτόχρονα έχει αναδείξει περισσότερες ανάγκες στην περιφέρεια. Η λογιστική πολιτική που ακολουθείται σήμερα από το κράτος οδηγεί σε μείωση της κοινωνικής φροντίδας και περαιτέρω όξυνση των προβλημάτων. Στο πλαίσιο των περικοπών προωθούνται προγράμματα αμφίβολων προδιαγραφών τόσο από το κράτος όσο και τους ιδιώτες. Με τη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, ο ιδιωτικός τομέας επιχειρεί να επωφεληθεί προσφέροντας αμφίβολης ποιότητας υπηρεσίες στους ανθρώπους που έχουν ανάγκη. Η λήψη μέτρων πρόληψης από τις αρμόδιες αρχές, αλλά

και μεσοπρόθεσμων παρεμβάσεων, όπως η προώθηση στρατηγικών προαγωγής της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού, φαίνεται να αποτελεί μια αναγκαιότητα.

B.1.2. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο όρος «αξιολόγηση» στο πεδίο της υγείας θεωρείται ο κοινός παρονομαστής ενός ευρέως φάσματος προσεγγίσεων που «συμπεριλαμβάνουν την αξιολόγηση των αναγκών των χρηστών και τον σχεδιασμό των υπηρεσιών, τις κατευθύνσεις των εθνικών πολιτικών υγείας, τις μελέτες αξιολόγησης εξειδικευμένων απαντήσεων και προγραμμάτων, τις μεθοδολογικές προτάσεις και πρακτικές, τις έρευνες σχετικά με τις απόψεις και την ικανοποίηση των χρηστών και τις στάσεις των ειδικών, τους τρόπους τεκμηρίωσης της κλινικής δραστηριότητας, τις δαπάνες και τέλος την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων αποκατάστασης».

Η αναγωγή του ρόλου της αξιολόγησης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας από το θεωρητικό στο πρακτικό επίπεδο, υποχρεώνει τους αρμοδίους να θέτουν πάνω σε νέα βάση τα προβλήματα που αφορούν στην ψυχική ασθένεια, τον κοινωνικό της ρόλο και πάνω από όλα τον κοινωνικό ρόλο των υπηρεσιών και των παρεμβάσεων. Στην ουσία η αξιολόγηση σύμφωνα με τους Saraceno & Bolongaro (1990) είναι δυνατή μόνο «αφού συγκρίνουμε αυτό που κάνουμε καθημερινά με αυτά που θα έπρεπε να γίνουν». Η διάκριση της αξιολόγησης σε ποιοτική και ποσοτική είναι βασική. Η ποσοτική αξιολόγηση περιλαμβάνει εκτιμήσεις δεδομένων που επιδέχονται αριθμητικούς - ποσοτικούς προσδιορισμούς και μπορεί να καλύψει στοιχεία που αφορούν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών σε επίπεδο μονάδας ή και σε εθνικό επίπεδο. Στην ποιοτική αξιολόγηση είναι απαραίτητο να συγκριθούν οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε μια υπηρεσία με τις ενέργειες εκείνες που θα έπρεπε να γίνουν. Στόχος, δηλαδή, της ποιοτικής αξιολόγησης είναι η βελτιστοποίηση των παρεμβάσεων. Για τον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας απαιτείται ο καθορισμός κριτηρίων και δεικτών. Τα κριτήρια ποιότητας βοηθούν στη διάκριση καλής ή κακής πρακτικής και διατυπώνονται, συνήθως, με τη βοήθεια της βιβλιογραφίας, από διασκέψεις κοινής συμφωνίας και από εξωτερικούς αξιολογητές των ΜΨΥ.

Σύμφωνα με παλαιότερες θέσεις του ΠΟΥ, όπως αυτές αναπτύσσονται στο πρόγραμμα Quality Assurance in Mental Health, προτείνεται η αξιολόγηση να κινείται σε τουλάχιστον τρία επίπεδα που βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους: Πολιτικές Ψυχικής Υγείας, Προγράμματα Ψυχικής Υγείας και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Στην

προτεινόμενη μεθοδολογία υπογραμμίζεται η ανάγκη καθορισμού, για κάθε επίπεδο, των βασικών για τη διεξαγωγή της ανάλυσης συστατικών, δηλαδή των πιο καταλλήλων κριτηρίων και δεικτών. Τα κριτήρια που προτείνονται από τον ΠΟΥ για τις Πολιτικές ΨΥ είναι: η αποκέντρωση, η δημιουργία τομέων, η απαρτίωση, η ισότητα, η συνέχεια της φροντίδας και η συμμετοχή των χρηστών. Για τα προγράμματα ΨΥ, κριτήρια είναι εκείνα που επιτρέπουν την πραγματοποίηση των διαφόρων φάσεων της αξιολόγησης, του ορισμού των στόχων, του συντονισμού και της χρηματοδότησης. Τέλος, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η αξιολόγηση πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία και όχι μια περιστασιακή και βραχύχρονη δραστηριότητα στην οποία πρέπει να συμμετέχουν οι υπεύθυνοι των υπηρεσιών.

B.2. Ιστορική Αναδρομή

B.2.1. Το πλαίσιο και η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η δεκαετία του 1980 ήταν η εποχή σημαντικών αλλαγών στον χώρο της ψυχικής υγείας, με την ανάπτυξη δομών ανοιχτής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής μέριμνας. Από το τέλος της δεκαετίας του 1990 και μετά, οι κατευθύνσεις της πολιτικής και οι βασικοί άξονες δράσης στον τομέα εκσυγχρονισμού της ψυχιατρικής περίθαλψης αφορούν:

- α) στη μετατόπιση των υπηρεσιών περίθαλψης/φροντίδας από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (με το κλείσιμο των τμημάτων της χρόνιας νοσηλείας) σε υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στην κοινότητα, με την ανάπτυξη Δικτύων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και την παράλληλη δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία,
- β) στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών που διαβιούν στις κλινικές των νοσοκομείων,
- γ) στην πρόληψη και διατήρηση της ψυχικής υγείας μέσα από την ανάπτυξη νέων εναλλακτικών δομών στην κοινότητα που αποσκοπούν στη ψυχοκοινωνική και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα,
- δ) στην προαγωγή και διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, με στόχο την αυτοσυνηγορία και αυτοεκπροσώπησή τους.

Η συνέχιση του έργου στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, εδραιώθηκε με έναν εθνικό σχεδιασμό (Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης «Ψυχαργός») που χρηματοδοτήθηκε μέσα από ευρωπαϊκά προγράμματα. Ξεκίνησε το 2001 και το πρώτο στάδιο ολοκληρώθηκε το 2010, όπου επικεντρώθηκε στη σταδιακή αντικατάσταση της υπάρχουσας τότε ψυχιατρικής περίθαλψης από ένα κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών και δομών για την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το δεύτερο στάδιο του προγράμματος σχεδιάστηκε το 2011 και έχει χρονικό ορίζοντα δεκαετίας και στοχεύει στο κλείσιμο των εναπομεινάντων ψυχιατρικών νοσοκομείων μέχρι το 2015, στην ανάπτυξη δομών για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, στην ολοκλήρωση της διασύνδεσης των επί μέρους δικτύων, στη δημιουργία συστήματος αξιολόγησης και στην προώθηση δράσεων για την επαγγελματική ένταξη των ασθενών.

Το θέμα όμως της αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας γενικότερα στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα φαίνεται από τα πρώτα χρόνια να μην έχει τύχει κάποιας σοβαρής μεθοδολογικής προσέγγισης. Ο Στυλιανίδης Σ. το 1993 αναφέρει σχετικά πως «η ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από φαινόμενα κατακερματισμού, θεσμικής και επιστημονικής ασυνέχειας, σύγχυσης στόχων και μέσων, απουσίας προγραμματισμού και κατεύθυνσης. Αν είναι δεδομένη αυτή η πραγματικότητα, τότε το ζήτημα της ποιότητας τίθεται με ακόμη μεγαλύτερη οξύτητα: είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όχι ως διοικητική περιγραφή επίτευξης κάποιων προκαθορισμένων στόχων πλήρωσης θέσεων ή δημιουργίας υπηρεσιών, αλλά στη βάση της ποιότητας φροντίδας που παρέχουν».

Η εφαρμογή του Επιχειρησιακού Προγράμματος (ΕΠ) «Υγεία - Πρόνοια» φάνηκε να δίνει μια αισιόδοξη προοπτική στο ζήτημα αυτό. Άρχισαν να «επιβάλλονται» θεσμικά πλέον διαδικασίες αξιολόγησης, κυρίως διαχειριστικού χαρακτήρα, οι οποίες όμως εφαρμόστηκαν αποσπασματικά, δεδομένου ότι δεν εντάχθηκαν σε κάποιο συνολικό σχεδιασμό για ανάπτυξη ενός οργανωμένου συστήματος. Η εμπειρία της Λέρου, για παράδειγμα, θα μπορούσε να τύχει κάποιας θεωρητικής ανάπτυξης, έτσι ώστε να αποτελέσει βάση για μία ουσιαστική μεθοδολογική προσέγγιση.

Η πολιτική που ακολουθείται στην Ελλάδα, κατά τη διετία 2010 – 2011, σκιαγραφείται κυρίως μέσω αποφάσεων σκοπιμότητας με στόχο την έγκριση ενός μεγάλου αριθμού νέων υπηρεσιών ΨΥ. Παρατηρήθηκαν, όμως, αρκετές δυσκολίες και στρεβλώσεις στην πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (ΨΜ) λόγω της έλλειψης στρατηγικής και σχεδιασμού, ως έκφρασης ασαφούς πολιτικής βούλησης κατά τη διάρκεια αυτής της διετίας.

Την έναρξη μιας νέας περιόδου για τον τομέα της ΨΜ αποτελεί η κατάθεση αρχικά των προτάσεων της επιτροπής αναθεώρησης τον Νοέμβριο του 2011 και στη συνέχεια η έγκριση και δημοσίευση της απόφασης για το Ψυχαργός Γ τον Μάρτιο του 2012, οδηγώντας στην υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός Γ' 2011 – 2020».

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ αποτελεί ένα χρήσιμο οραματικό και στρατηγικό πλαίσιο αναφοράς, με στόχο την ολιστική φροντίδα του πληθυσμού λαμβάνοντας

συγχρόνως υπόψη τις επιμέρους ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας στόχου. Αφορά στη συνέχιση της ΨΜ, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στο επίπεδο της κοινότητας. Το όραμα της πλήρους υλοποίησης αυτής της θεραπευτικής μεθόδου σε όλα τα στάδια φροντίδας των ασθενών προσεγγίζεται με επιμέρους ειδικές δράσεις, οι οποίες εστιάζουν τόσο στον μετασχηματισμό των ψυχιατρείων, όσο και στην ανάπτυξη και βελτίωση των δράσεων πρόληψης, νοσηλείας, αποασυλοποίησης και αποκατάστασης που υλοποιούνται στο πλαίσιο της κοινοτικής φροντίδας. Η εδραίωση της έννοιας του κοινοτικού δικτύου με πλήρη διαλειτουργικότητα και συλλειτουργία σε επίπεδο παροχής και διοίκησης υπηρεσιών αποτελεί κεντρική κατευθυντήρια γραμμή της πολιτικής για την Ψυχική Υγεία.

Στην πορεία, το Εθνικό Σχέδιο φαίνεται να υπολείπεται ενός ολοκληρωμένου επιχειρησιακού σχεδιασμού, καθώς δεν προσεγγίζει ολιστικά θέματα που άπτονται της ΨΥ και της ΨΜ. Αξίζει να τονιστεί ότι δεν περιλαμβάνει δύο βασικές και καίριες συνιστώσες της οικονομικής διάστασης της ψυχικής υγείας. Η πρώτη είναι η μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση του συστήματος και ειδικότερα των νέων υπηρεσιών και δράσεων που προτείνονται, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά στην ποιοτική και οικονομική αξιολόγηση των μονάδων, των υπηρεσιών και των παρεμβάσεων, όπου θα συσχετίζονται παράμετροι κόστους βάσει μοντέλων αξιολόγησης που θα συνυπολογίζουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα υλοποίησης, καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

B.2.2. Εισαγωγή του συστήματος κοστολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Νεότερες εξελίξεις λαμβάνουν χώρα κατά το έτος 2013 στην Ελλάδα, όπου τον Απρίλιο υπογράφεται το Σύμφωνο Andor - Λυκουρέντζου και το σχετικό σχέδιο δράσης, διαμορφώνοντας το δεσμευτικό πλαίσιο για την πολιτική ΨΥ της χώρας κατά τη δεκαετία 2010-2020.

Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε τη διεξαγωγή έργου, το οποίο εξελίσσεται με σκοπό τη συνεχή αξιολόγηση του εθνικού σχεδίου δράσης για την ΨΜ «Ψυχαργός Γ' 2011-2015» και την υποστήριξη της αναθέτουσας αρχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Πιο συγκεκριμένα, το έργο αφορά στα ακόλουθα:

1. Αξιολόγηση Πολιτικής και Στρατηγικού Σχεδιασμού της ΨΜ
2. Αξιολόγηση εφαρμογών και υλοποίησης της ΨΜ
3. Αξιολόγηση διοίκησης της ΨΜ.

Οι δεσμεύσεις που προκύπτουν από το μνημόνιο συνεργασίας αφορούν στη φιλοσοφία, τις αρχές και τους στόχους της ΨΜ, την προώθηση των μεταρρυθμίσεων στο τομέα της ΨΥ, την προώθηση μέτρων, τη χρηματοδότηση των νέων ΜΨΥ των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) και Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), τη στελέχωση αυτών και την ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος - μεθόδου συλλογής πληροφοριών σχετικά με τη λειτουργία των μονάδων.

Το σχέδιο δράσης για την υλοποίηση του μνημονίου συνεργασίας μεταξύ του επιτρόπου απασχόλησης, κοινωνικών υποθέσεων και ένταξης κυρίου Lazlo Andor και του Υπουργού Υγείας κυρίου Ανδρέα Λυκουρέντζου, συμπεριλαμβάνει τους εξής θεματικούς άξονες:

1. Χρηματοδότηση Υπηρεσιών ΨΥ
2. Προδιαγραφές νέου Συστήματος ΨΥ
3. Πιστοποίηση και αδειοδότηση λειτουργίας δομών
4. Πλαίσιο αξιολόγησης ποιότητας των ΜΨΥ
5. Ρόλος Ανεξάρτητου Αξιολογητή
6. Παρακολούθηση των ΜΨΥ

7. Τομεοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΨΥ
8. Κατάργηση Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
9. Ανάπτυξη υπηρεσιών ΨΥ για παιδιά και εφήβους
10. Εργασιακή επανένταξη των ληπτών Υπηρεσιών ΨΥ
11. Βιωσιμότητα συστήματος
12. Χρηματοδότηση των δομών ΨΥ από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ).

Σύμφωνα με τους άξονες αυτούς, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (ΔΨΥ) του Υπουργείου Υγείας διαμορφώνει τον τρόπο παρέμβασης επιλέγοντας να στοχεύσει στο μετασχηματισμό των υφιστάμενων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (ΨΝ), στη τομεοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΨΥ, στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ΨΥ, στη διαχείριση προγραμμάτων ΕΣΠΑ και στην ενίσχυση της διοικητικής ικανότητάς της. Βασικό άξονα παρέμβασης αποτελεί η εξασφάλιση της βιωσιμότητας των ΜΨΥ μέσω σταθερής χρηματοδότησης και της εφαρμογής ενός μοντέλου κοστολόγησης υπηρεσιών.

Το 2013 τοποθετείται η έναρξη της λειτουργίας πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τον Μάιο του 2013 εισάγεται στις ΜΨΥ το νέο μοντέλο κοστολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο αποτελεί βασικό μηχανισμό συλλογής και τήρησης πληροφοριών, διασφαλίζοντας τη δυνατότητα συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης των ΜΨΥ και κατ' επέκταση του τομέα Ψυχικής Υγείας.

Ο νέος τρόπος χρηματοδότησης των ΜΨΥ βασίζεται στην κάλυψη δαπανών που υπολογίζονται με βάση τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που έχουν παρασχεθεί, ανά ωφελούμενο, και για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) στεγαστικού τύπου (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα) ορίζεται ανώτατο ημερήσιο κόστος ανά ωφελούμενο και τύπο ΜΨΑ.

Στο πλαίσιο του νέου συστήματος κοστολόγησης, εκδόθηκε εγκύκλιος με αριθμό πρωτοκόλλου Υ5β/Γ.Π.οικ.43347/19-05-2014 και θέμα: «Χρηματοδότηση των μονάδων ψυχικής υγείας με βάση το κόστος ανά ωφελούμενο και τύπο μονάδας - Διευκρινίσεις για την εφαρμογή του μοντέλου χρηματοδότησης των μονάδων ψυχικής

υγείας Ν.Π.Ι.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα», καθώς και σχετικοί πρότυποι πίνακες που πρέπει να τηρούνται ανά μήνα και ανά τύπο ΜΨΥ.

Όπως αναφέρεται στη σελίδα του Προγράμματος «Ψυχαργός», ο νέος τρόπος χρηματοδότησης των μονάδων ψυχικής υγείας καθορίζεται με τις εξής υπουργικές αποφάσεις:

- την υπ' αριθμ. πρωτ. Α3α/οικ.876/16.5.2000 Κοινή Υπουργική Απόφαση «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99» (ΦΕΚ 661/Β/23.5.2000), όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ5β/Γ.Π.οικ.56675/11.06.2013 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1426/Β'/12.06.2013),
- την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ5β/οικ.1662/21.5.2001 Υπουργική Απόφαση «Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν.2716/99 καθώς και κάθε λεπτομέρειας εφαρμογής του ιδίου άρθρου» (ΦΕΚ 691/Β/5.6.2001), όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ5β/Γ.Π.οικ.50552/29.05.2013 ΥΑ (ΦΕΚ 1299/Β'/29.05.2013),
- την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ5β/Γ.Π.οικ.156618/25-11-2009 Υπουργική Απόφαση, «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργία των Κέντρων Ημέρας του άρθρου 8 του Ν.2716/99» (ΦΕΚ 2444/Β'/14-12-2009), όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ5β/Γ.Π.οικ.50557/29.05.2013 ΥΑ (ΦΕΚ 1299/Β'/29.05.2013) ΥΑ και με την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ5β/Γ.Π.οικ.56669/11.06.2013 ΥΑ (ΦΕΚ 1426/Β'/12.06.2013) ΥΑ.

Τα δεδομένα και στοιχεία που είναι αναγκαία για την εποπτεία και έλεγχο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 2716/1999, όπως ισχύει, τηρούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης με αριθμ. πρωτ. Υ5α,β/Γ.Π.οικ.33542/15-04-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΦ2Θ-Μ47) και θέμα: «Τήρηση Πληροφοριακού Συστήματος Παρακολούθησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας».

B.2.3. Ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος κοστολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Σε συνέχεια της διάταξης σχετικά με το πληροφοριακό σύστημα παρακολούθησης ΨΥ και γενικότερα την εποπτεία στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική διαχείριση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Ν.4213/2013-ΦΕΚ Α' 261/9-12-2013), οι φορείς καλούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα να καταχωρούν λειτουργικά, οικονομικά, κλινικά και διοικητικά δεδομένα των ΜΨΥ.

Οι ΜΨΥ υποχρεούνται να τηρούν έντυπα και ηλεκτρονικά δεδομένα που αφορούν στη σύσταση, οργάνωση και λειτουργία τους, στοιχεία εργαζομένων και οικονομικά στοιχεία κάθε μορφής, αλλά και στοιχεία των ωφελούμενων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών των μονάδων. Κάθε ΜΨΥ οφείλει να υποβάλει μηνιαίως στη ΔΨΥ, μέσω του πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης ΜΨΥ, αναλυτική αποτύπωση των παραχθέντων υπηρεσιών ανά είδος και ωφελούμενο. Η διαδικασία, πλέον, της χρηματοδότησης των ΜΨΥ έχει αυτοματοποιηθεί και συστηματοποιηθεί μέσω της εφαρμογής του νέου μοντέλου κοστολόγησης, αλλά και της άμεσης συλλογής των απαραίτητων στοιχείων.

Το Σύστημα αφορά στην κάλυψη της ανάγκης καθιέρωσης ενός αξιόπιστου μοντέλου διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, ελέγχου και παρακολούθησης της ποιότητας σε ΜΨΥ που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Μέσω του προγράμματος διασφαλίστηκε χρηματοδότηση μέχρι τις 31-12-2015, ενώ μετά την ημερομηνία αυτή, οι προσπάθειες που γίνονται αφορούν στη μετάβαση πλέον σε ένα σταθερό σύστημα χρηματοδότησης που θα διασφαλιστεί με συνδυασμό χρηματοδότησης από τον τακτικό προϋπολογισμό, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και άλλες εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης (όπως ευρωπαϊκά προγράμματα, χορηγίες, περιφερειακά προγράμματα κ.α.).

Προτεραιότητα στην παρούσα φάση είναι η διαμόρφωση πολιτικής που θα εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα των ΜΨΥ. Σύμφωνα με κατευθύνσεις του ΠΟΥ κρίνεται απαραίτητη η συσχέτιση αποτελέσματος – κόστους με βάση μοντέλα αξιολόγησης που

συνυπολογίζουν την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών.

B.3. Διεθνές Περιβάλλον

B.3.1. Πολιτική για την Ψυχική Υγεία

Η σημασία της ψυχικής υγείας, η συνάφεια και αλληλεξάρτησή της με τη σωματική υγεία, καθώς και ο τρόπος που επηρεάζεται από αυτή η ζωή του ατόμου, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του (οικογένεια, φίλοι, εργασιακό περιβάλλον), αποκτά ολοένα και περισσότερη αναγνώριση, τόσο από αρμόδιους υπευθύνους στον τομέα της πολιτικής και της υγείας, όσο και από το ευρύ κοινό. Η ύπαρξη μίας σαφώς διατυπωμένης πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι πολύ σημαντική και αποτελεί εργαλείο παρέμβασης για τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας οποιουδήποτε Υπουργείου Υγείας, καθώς είναι γεγονός πως με την εφαρμογή καταρτισμένων σχεδίων δράσης και προγραμμάτων μπορεί να φροντιστεί και να βελτιωθεί αισθητά η ψυχική υγεία του πληθυσμού.

Οι μεταρρυθμιστικές διαδικασίες, ωστόσο, δεν είναι ποτέ εύκολες και δεν υπάρχει η δυνατότητα να εφαρμόζονται ταυτόχρονα σε όλες τις χώρες. Τα συστήματα ψυχικής υγείας δεν βρίσκονται στο ίδιο σημείο εξέλιξης, καθώς οι ειδικές συνθήκες ανάπτυξης και εφαρμογής πολιτικών ψυχικής υγείας, σχεδίων δράσεων και συναφών προγραμμάτων ποικίλουν από τη μία χώρα στην άλλη, προσαρμοζόμενα στις ιδιαίτερες συνθήκες της εκάστοτε χώρας. Επιπλέον μια πολιτική για την ψυχική υγεία συνήθως ενσωματώνεται σε ένα πιο σύνθετο πλέγμα, το οποίο περιλαμβάνει τη γενικότερη υγεία, την κοινωνική πρόνοια και μια ευρύτερη κοινωνική πολιτική, έχοντας ως φυσικό επόμενο ο τομέας της ΨΥ να επηρεάζεται από ποικίλες πολιτικές αξίες και ιδεολογικές αναφορές που δε σχετίζονται απαραίτητα άμεσα με την ΨΥ.

Κάθε χώρα, συνεπώς, διαμορφώνει τις δικές της προτεραιότητες και επικεντρώνεται στα προβλήματα που χρήζουν άμεσης επίλυσης προκειμένου να φροντιστούν οι πολίτες της. Για παράδειγμα, σε μια εύπορη χώρα που ενδεχομένως μπορεί να αντιμετωπίζει ένα εξαιρετικά ιδρυματοποιημένο σύστημα, η κύρια χρηματοδότηση θα στραφεί στη δημιουργία κοινοτικών υποδομών και ανοιχτών προγραμμάτων. Αντίθετα, σε μια αναπτυσσόμενη χώρα με αμελητέο σύστημα ψυχικής υγείας, θα πρέπει να φροντίσουν οι αρμόδιοι να εξασφαλίσουν πόρους για την ανάπτυξη κατάλληλων υποδομών. Ένα

σημαντικό σημείο που είναι αναγκαίο να επισημανθεί και αφορά στη χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας, ειδικά για τις χώρες που τα συστήματα υγείας δεν είναι καλά οργανωμένα και θεσμοθετημένα, είναι να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της χρηματοδότησης για τη γενική υγεία με την κατανομή συγκεκριμένων κονδυλίων γι' αυτή.

B.3.2. Η ψυχική Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)

Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Σταθμούς στη θέσπιση κοινοτικής στρατηγικής για την ψυχική υγεία αποτελούν:

- Οι διατάξεις του άρθρου 152 της Συνθήκης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, όπου ορίζει πως «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της κοινότητας εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου» (ΕΕ, 2006:114).
- Οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου το 1999 που έχουν να κάνουν με την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τη δράση της ΕΕ σχετικά με αυτή, καθώς και τις στρατηγικές για την καταπολέμηση του στρες, της κατάθλιψης και της εξάρτησης από το αλκοόλ.
- Η ανάδειξη της ψυχικής υγείας από τον ΠΟΥ ως προτεραιότητα για ανάληψη δράσης και η ανακήρυξη του 2001 ως έτος για την ψυχική υγεία.
- Η Υπουργική Διάσκεψη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ τον Ιανουάριο του 2005 στο Ελσίνκι, όπου υιοθετήθηκαν η Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία και το Σχέδιο Δράσης για την Ευρώπη.
- Η συνδιάσκεψη για την Ψυχική Υγεία το 2008 με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, οδηγώντας σε υπογραφή Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία. Συμμετείχαν εκπρόσωποι του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, κράτη μέλη, καθώς και οργανώσεις και εκπρόσωποι εμπλεκόμενων φορέων για θέματα ψυχικής υγείας.

Το Σύμφωνο ορίζει ότι οι εμπλεκόμενοι, δηλαδή η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τα κράτη μέλη και οι αρμόδιοι διεθνείς οργανισμοί, συνεργάζονται, εντοπίζουν καλές πρακτικές και αναπτύσσουν σχέδια δράσης για την αντιμετώπιση και διαχείριση βασικών τομέων προτεραιότητας. Οι τομείς αυτοί αναφέρονται σε θέματα πρόληψης της κατάθλιψης και των αυτοκτονιών, στην ΨΥ των νέων και γενικότερα στην εκπαίδευση, στην προαγωγή της ΨΥ σε εργασιακούς χώρους, στην καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων που πάσχουν από αυτή και, τέλος, στην προαγωγή της ΨΥ των ηλικιωμένων. Φιλοδοξία όλης αυτής της

προσπάθειας είναι το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία να αποτελέσει το περίγραμμα μιας ευρωπαϊκής στρατηγικής βασισμένη σε βέλτιστες πρακτικές.

B.3.3. Κοινωνική Απόδοση Επενδύσεων - Standard for Social Return on Investment (SROI analysis)

Μία ανάλυση που βρίσκεται στα πρώτα της βήματα σε επίπεδο εκπαίδευσης στην Ελλάδα και έχει προσφερθεί από πρότυπα που αναδείχθηκαν από επιχειρηματίες στο διαγωνισμό Global Social Venture από το 2000 έως το 2002, έχει να κάνει με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επηρεάζουν την αξιοπιστία και την τυποποίηση της ανάλυσης των κοινωνικών επιπτώσεων. Πιο συγκεκριμένα, δίνει το πλαίσιο για τον ποσοτικό προσδιορισμό και την αξιολόγηση της δράσης των κοινωνικών δομών και των επιπτώσεων αυτής για τους ανθρώπους και το ευρύτερο περιβάλλον.

Το πρότυπο αυτό που αφορά στην ανάλυση της κοινωνικής απόδοσης (Standard for Social Return on Investment - SROI) αναπτύχθηκε ως ένας τρόπος για να μετρήσει αυτές τις μεθόδους και την εφαρμογή τους. Η ανάλυση SROI περιλαμβάνει τέσσερα στάδια: τη συλλογή δεδομένων των εν εξελίξει κοινωνικών επιδόσεων, την ιεράρχηση των αρκετά σημαντικών δεδομένων για παρακολούθηση, την ενσωμάτωση των δεδομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την υποβολή εκθέσεων για την αποτίμηση του μεγέθους της κοινωνικής αξίας προκειμένου να οριστεί πού θα πρέπει να διατεθούν πόροι. Η ανάλυση SROI βοηθά τους διαχειριστές να ολοκληρώσουν τρία κρίσιμα καθήκοντα: προγραμματισμό, διοίκηση και αξιολόγηση.

Βασική προϋπόθεση για να προσδιοριστεί η πραγματική αξία της ανάλυσης SROI είναι οι εταιρείες να συντάσσουν τις αναλύσεις SROI με βάση την πραγματική απόδοσή τους. Τα ευρήματα, μέχρι τώρα, δείχνουν ότι η διαδικασία του υπολογισμού SROI, πραγματική ή προβλεπόμενη, μπορεί να βοηθήσει τις εταιρείες να εντοπίζουν τις ευκαιρίες για να παράγουν κοινωνική αξία και να αυξήσουν την οικονομική. Η ποιότητα και η συνεκτικότητα της SROI ανάλυσης είναι σημαντική για την αξία που παρέχεται σε εταιρείες, επενδυτές και το κοινό.

Γ. Κεφάλαιο Τρίτο

Γ.1. Μέθοδος και Δείγμα

Γ.1.1. Μεθοδολογία Έρευνας

Στο πλαίσιο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε στο προσωπικό επτά Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, οι ΜΨΥ που συμμετείχαν είναι η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας (ΕΚΨ&ΨΥ), ο φορέας Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων (ΚΕΣΔΕΟ) «Έδρα», η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), η Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη (ΠΕΨΑΕΕ), η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (ΑμΚΕ) Κέντρο Παιδιού και Εφήβου (Κ.Π.Ε.), η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (ΑμΚΕ) Κλίμακα και η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (ΑμΚΕ) Συν-ειρμός.

Τον Οκτώβριο του 2015 πραγματοποιήθηκαν οι επαφές με τα συντονιστικά όργανα των φορέων για την έγκριση διακίνησης του ερωτηματολογίου στις ΜΨΥ αναφοράς τους. Με την αποδοχή συμμετοχής των υπεύθυνων συντονιστικών οργάνων στην έρευνα ορίστηκαν και εκπρόσωποι για κάθε φορέα αναφοράς προκειμένου να διευκολύνεται η επικοινωνία.

Η διακίνηση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ξεκίνησε τέλη Νοεμβρίου 2015 και ολοκληρώθηκε τέλη Ιανουαρίου 2016, οπότε και συγκεντρώθηκαν τα συμπληρωμένα πλέον ερωτηματολόγια από τους φορείς. Τα έντυπα συγκατάθεσης συγκεντρώθηκαν σε ξεχωριστούς φακέλους από τον εκπρόσωπο του κάθε φορέα προκειμένου να διατηρηθεί το απόρρητο και η ανωνυμία του προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα.

Από τον Φεβρουάριο έως και τον Απρίλιο 2016 έγινε η καταχώρηση, ανάλυση και ερμηνεία των απαντήσεων του συνόλου των ερωτηματολογίων.

Γ.1.2. Δειγματοληψία

Το δείγμα της έρευνας συμπεριέλαβε επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των ηλικιών και ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στις επτά Μονάδες Ψυχικής Υγείας που αναφέρθηκαν παραπάνω. Με βάση το χάρτη των ΜΨΥ του Δικτύου «Ψυχαργός», το δείγμα που έχει επιλεγεί καλύπτει:

- από τις 28 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν πανελλαδικώς τις 7, οι οποίες βρίσκονται σε Φωκίδα, Έβρο, Βορειοανατολικές, Νοτιοανατολικές και Δυτικές Κυκλάδες, Τρίκαλα και Χίο
- από τις 516 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης τις 64, οι οποίες εκτείνονται σε Αττική, Φωκίδα, Θράκη, Φθιώτιδα, Βοιωτία, Τρίκαλα, Εύβοια, Αίγινα, Νομό Αχαΐας και Κέρκυρα
- από τα 72 Κέντρα Ημέρας τα 14, τα οποία βρίσκονται σε Αττική, Φωκίδα, Χίο και Τρίκαλα.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο από το σύνολο των διοικητικά και επιστημονικά υπευθύνων στις δομές που δεν υπήρξε η δυνατότητα να συμπληρωθεί από το σύνολο του προσωπικού.

Το δείγμα της έρευνας είναι δείγμα ευκολίας. Οι παράγοντες της απόστασης και του περιορισμένου χρόνου για την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας δεν επέτρεψαν τη λήψη αντιπροσωπευτικού δείγματος από τον συνολικό πληθυσμό των ΜΨΥ στην Ελλάδα. Ωστόσο, οι ΜΨΥ του δείγματος που συμμετείχαν είναι πιστοποιημένες, καλύπτουν μεγάλο μέρος της χώρας και έχουν κοινά βασικά χαρακτηριστικά τον τομέα εργασίας και τη γνώση του μοντέλου κοστολόγησης.

Γ.1.3. Περιγραφή των φορέων του δείγματος

1) Η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας είναι επιστημονικό Σωματείο, μη κερδοσκοπικό, μη κυβερνητικό. Ιδρύθηκε το 1981 και από τότε έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο δραστηριοτήτων σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με την Ψυχική Υγεία και, παράλληλα, έχει συμβάλλει ιδιαίτερα στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Μια ομάδα συνεργατών με τον Π. Σακελλαρόπουλο από το 1964, άρχισε να εργάζεται για την ΨΜ στην Ελλάδα, εμπνευσμένη από το πνεύμα της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής και δουλεύοντας το μοντέλο της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο σπίτι του αρρώστου (Ψ.Π.Σ.Α.). Έκτοτε, επεκτείνει τις δραστηριότητες διαρκώς σε διάφορες υποβαθμισμένες περιοχές της χώρας.

Οι παρεχόμενες από την ΕΚΨ&ΨΥ υπηρεσίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα των ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών αναγκών των κατοίκων των περιοχών όπου λειτουργούν δομές της και συγκεκριμένα, του Νομού Φωκίδας και όμορων νομών, του Νομού Φθιώτιδας, του Νομού Έβρου και ευρύτερα της Θράκης, και του Νομού Αττικής. Στις δομές του οργανισμού περιλαμβάνονται Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Κέντρα Ημέρας για παιδιά, εφήβους, ενήλικες και καρκινοπαθείς, Εθελοντικά Σώματα και Δίκτυο Συνεργαζόμενων Φορέων Υγείας.

2) Ο φορέας Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων (Κ.Σ.Δ.Ε.Ο.) - «ΕΔΡΑ» είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που δραστηριοποιείται στο χώρο της Ψυχικής Υγείας και Νοητικής Υστέρησης από το 2001 με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την προάσπιση των δικαιωμάτων των ευπαθών και μη ευνοημένων ομάδων, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση. Διαθέτει Διαχειριστική Επάρκεια, είναι πιστοποιημένος με ISO 9001:2008, εγγεγραμμένος στο Εθνικό Μητρώο Φορέων Ιδιωτικού τομέα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και στο Ειδικό Μητρώο Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Παράλληλα, εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας) στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας (δημιουργία και λειτουργία δύο οικοτροφείων).

Ο Οργανισμός αποτελείται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (σε Ίλιον και Περιστέρι), τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, στο πλαίσιο του Προγράμματος αποασυλοποίησης «Ψυχαργός», τη Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, το Κέντρο Εναλλακτικής Απασχόλησης και Θεραπευτικών Δράσεων «Διαδρομή» για ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και/ή βαριά νοητική υστέρηση, τα Ψυχοπαιδαγωγικά Κέντρα Παιδιού και Εφήβου (στο Περιστέρι καθώς και σε συνεργασία με τους Δήμους Αγίων Αναργύρων-Καματερού, Δάφνης-Υμηττού, Ηλιούπολης, Ιλίου, Χαϊδαρίου, Φυλής-Άνω Λιοσίων) και την Παιδική Πολιτιστική Λέσχη "ΕΚΦΡΑΣΗ" στο Δήμο Ιλίου.

3) Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης Και Ψυχικής Υγείας - Ε.Π.Α.Ψ.Υ. ιδρύθηκε το 1988 και έκτοτε δραστηριοποιείται αδιάκοπα με σκοπό την προσφορά ενός εναλλακτικού μοντέλου παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στην Κοινότητα, στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου για την Ψυχική Υγεία «Ψυχαργός» και με βάση τις αρχές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, με την ανάληψη της επιστημονικής και διοικητικής ευθύνης έντεκα συνολικά στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δύο Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στις Κυκλάδες και ενός Κέντρου Ημέρας στα Μελίτσια, καινοτομεί με τη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών και επαγγελματιών που εργάζονται για τους σκοπούς της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Οι βασικοί τομείς στους οποίους αναπτύσσει δράσεις η ΕΠΑΨΥ είναι:

- Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με σοβαρά χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Ψυχιατρική φροντίδα σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για παιδιά, εφήβους και ενήλικες.
- Ολοκληρωμένες παρεμβάσεις για την πρόληψη, ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας.
- Δράσεις για την αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Δράσεις για την εκπαίδευση και την επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Δράσεις για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

- Ενδυνάμωση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους.
- Εκπαίδευση επαγγελματιών σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Παρεμβάσεις υποστήριξης ειδικών ομάδων πληθυσμού (εκπαιδευτικοί, μαθητές, άτομα 3ης ηλικίας, γονείς, κλπ.).

4) Η Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη (ΠΕΨΑΕΕ) είναι Επιστημονικό - Μη Κερδοσκοπικό Σωματείο και ιδρύθηκε το 1997. Βασικός σκοπός της ΠΕΨΑΕΕ είναι η ομαλή κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Οι κύριες μέθοδοι που αξιοποιούνται είναι: η (Επαν)ένταξη στην Αγορά Εργασίας, η Εφαρμογή και Διάδοση Εναλλακτικών - Καινοτόμων Δράσεων για την Επανένταξη και τον Αποστιγματισμό και οι Θεσμικές Παρεμβάσεις, όπως η προώθηση συνεργασιών με άλλους φορείς με συναφείς σκοπούς σε Εθνικό, Ευρωπαϊκό και Διεθνές Επίπεδο, οι παρεμβάσεις στους αρμόδιους φορείς για τη διαμόρφωση πολιτικών υπέρ των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και η ανάπτυξη θεσμών που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών.

Η ΠΕΨΑΕΕ αυτή τη στιγμή διατηρεί τρεις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: ένα Εξειδικευμένο Κέντρο Ημέρας «Κέντρο Κοινωνικού Διαλόγου», ένα Κέντρο Ημέρας «...στο κέντρο της πόλης» και το οικοτροφείο «Αθηνά», ενώ παράλληλα υλοποιεί προγράμματα χρηματοδοτούμενα από το Ελληνικό κράτος και την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους φορείς.

5) Η «Κλίμακα» ιδρύθηκε το 2000, είναι Μη Κυβερνητικός Οργανισμός με δραστηριότητες που στοχεύουν τόσο στη διάθεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στην υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής ενσωμάτωσης εύλωτων ομάδων πληθυσμού. Προσφέρει υπηρεσίες ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, ειδικής υποστήριξης και φροντίδας σε άτομα και ομάδες ευπαθείς με πολλαπλά προβλήματα που χρήζουν συστηματικής και ολοκληρωμένης παρέμβασης. Συμβάλλει στον περιορισμό των ανισοτήτων, στις ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στα δημόσια αγαθά και στην αύξηση της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης, στην Ελλάδα και σε χώρες του εξωτερικού. Λειτουργεί ΜΨΥ υπό τη μορφή οικοτροφείων, ξενώνων, προστατευμένων διαμερισμάτων, κινητών μονάδων και κέντρων ημέρας. Παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν.

Η Κλίμακα συμμετέχει ενεργά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την αποασυλοποίηση και λειτουργεί από το 2000, στο πλαίσιο της Α΄ και Β΄ Φάσης του «Ψυχαργός», 9 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης [7 Οικοτροφεία (4 Βαριάς Νοητικής Υστέρησης με δευτερογενείς ψυχιατρικές διαταραχές, 3 Ψυχογηριατρικά) στην Αττική, στην Αίγινα, στο Νομό Αχαΐας και στην Κέρκυρα, 1 Ξενώνα (Αττική), 1 Προστατευμένο Διαμέρισμα (Αττική)], 3 Κέντρα Ημέρας, και 1 Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων μέσω των οποίων παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη ανθρώπων που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

6) Το «Κέντρο Παιδιού και Εφήβου» είναι Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία, η οποία ιδρύθηκε στη Χίο τον Μάρτιο του 1996. Από τον Νοέμβριο του 2005 έχει αναγνωρισθεί ως ειδικός πιστοποιημένος φορέας του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, σύμφωνα με απόφαση του Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πρόκειται για μια οργανωμένη δομή που λειτουργεί Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο και Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας στη Χίο, ένα Κέντρο Ημέρας Αυτιστικών στη Δυτική Αττική «Στην Αυλή του Κόσμου» και το εξειδικευμένο Κέντρο Διάγνωσης και Αποκατάστασης ατόμων με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.) «Ηλιανθος».

7) Η «Συν-ειρμός ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης» ιδρύθηκε το 2005 και δραστηριοποιείται στα πεδία της κοινωνικής αλληλεγγύης, της κοινωνικής οικονομίας, της μέριμνας και της ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων. Αναπτύσσει παρεμβάσεις για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (μετανάστες, Άτομα με ειδικές Ανάγκες, ψυχικά ασθενείς). Από το 2007, έχει επίσης την επιστημονική και διοικητική ευθύνη της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στο νομό Τρικάλων και του Κέντρου Ημέρας «Βαβέλ» για την ψυχική υγεία των μεταναστών στην Αθήνα, δομών που εντάσσονται στο πλαίσιο εφαρμογής του προγράμματος «Ψυχαργός» και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ» έχει στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας μεταναστών, οι οποίοι διαμένουν στην Αθήνα. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ» είναι: διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και

ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών, συστηματική παρακολούθηση ατόμων με ψυχική διαταραχή, οργάνωση ημερήσιας φροντίδας, εξατομικευμένη συνοδεία, συμβουλευτική ατόμων, οικογενειών, ομάδων, οργανισμών, ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας και ευαισθητοποίηση.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στο πλαίσιο του δημοσίου συστήματος υγείας, παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή του νομού Τρικάλων. Αντικείμενό της αποτελεί η έγκαιρη παρέμβαση, διάγνωση και θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων, με παράλληλο σχεδιασμό εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ώστε το άτομο να παραμείνει στην κοινότητα, να μην απομακρυνθεί από το φυσικό του περιβάλλον (οικογένεια, εκπαίδευση, εργασία κλπ), υφιστάμενο τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Γ.1.4. Περιγραφή εργαλείου

Κατά τη διαδικασία σύνταξης του ερωτηματολογίου, δόθηκε μεγάλη προσοχή σε βασικά χαρακτηριστικά τα οποία μεγιστοποιούν την επιστημονική ακρίβεια. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξε ιδιαίτερη μέριμνα σχετικά με την πληρότητα, τη συνοχή και τη σαφήνεια, ώστε τα ερωτήματα να είναι ορθά ομαδοποιημένα με βάση τους ερευνητικούς στόχους, ο/η ερωτώμενος/η να μπορεί να κατανοήσει σωστά τα στοιχεία που του/της ζητούνται, ο λόγος να είναι απλός, περιεκτικός και να καλυφθούν όλες οι πτυχές του ερευνώμενου χαρακτηριστικού. Δόθηκε επίσης σημασία στη δομή του ερωτηματολογίου, δηλαδή στη σειρά με την οποία τέθηκαν οι ομάδες ερωτήσεων, ώστε να διευκολύνεται η ροή της διαδικασίας. Δημιουργήθηκαν, επίσης, βασικές σύντομες οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτημάτων, ενώ έγινε προκωδικοποίηση των απαντήσεων για να διευκολυνθεί η επεξεργασία των δεδομένων.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει δύο τύπους ερωτήσεων, ανοιχτές και κλειστές. Η κωδικοποίηση που ακολουθείται στις κλειστές ερωτήσεις είναι είτε με **0**. Ναι, **1**. Όχι, **2**. Δεν γνωρίζω, **3**. Δεν απαντώ είτε με διαβάθμιση **0**. καθόλου, **1**. λίγο, **2**. αρκετά, **3**. πολύ ή **0**. πολύ αρνητικά, **1**. λίγο αρνητικά, **2**. καθόλου, **3**. λίγο θετικά, **4**. πολύ θετικά, **5**. Δεν γνωρίζω, **6**. Δεν απαντώ. Επίσης υπάρχουν ερωτήσεις με δυνατότητα επιλογών μεταξύ κάποιων προτεινόμενων απαντήσεων. Οι ανοιχτές ερωτήσεις είναι βοηθητικές για την ερευνητική ομάδα και χρησιμοποιήθηκαν για την καταγραφή επιπλέον πληροφοριών σε συγκεκριμένα ζητήματα.

Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε σε μια πιλοτική φάση διάρκειας 4 έως 5 ημερών. Σκοπός της πιλοτικής φάσης ήταν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από 5 επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η διαδικασία ωφέλησε στο να καταγραφεί η απαιτούμενη ώρα συμπλήρωσης, να μελετηθούν πιθανά ζητήματα κατανόησης των ερωτημάτων, αλλά και να ενσωματωθούν αλλαγές που προέκυψαν από προτάσεις εξέλιξης, περιορισμού ή αναδιατύπωσης ερωτημάτων. Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε ομάδα εστιασμένης συζήτησης (focus group), όπου καταγράφηκαν δυσκολίες, παρατηρήσεις και παραλείψεις. Στη συνέχεια, όλα όσα επισημάνθηκαν συζητήθηκαν από την ερευνητική ομάδα και η δομή του ερωτηματολογίου προσαρμόστηκε ανάλογα.

Το ερωτηματολόγιο εστάλη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στα συντονιστικά όργανα των ΜΨΥ προκειμένου να διανεμηθεί στο προσωπικό για συμπλήρωση. Η ερευνητική ομάδα ήταν στη διάθεση κάθε ΜΨΥ για επιπλέον διευκρινήσεις ή και επιτόπιες συναντήσεις.

Γ.2. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν η πρώτη στην Ελλάδα αποτύπωση των απόψεων του προσωπικού ΜΨΥ για την:

- Εφαρμογή του νέου μοντέλου χρηματοδότησης των ΜΨΥ και του τρόπου προσαρμογής σε αυτό.
- Επιρροή του μοντέλου κοστολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο λειτουργικό, στόχων και φιλοσοφίας των φορέων.
- Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΜΨΥ και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο διάστημα εφαρμογής του.
- Ύπαρξη περιθωρίων βελτίωσης της λειτουργίας των φορέων και την επαρκή αποτύπωση του συνολικού έργου, ποσοτικού και ποιοτικού, των ΜΨΥ.

Γ.3. Στατιστική Ανάλυση

Για την καταγραφή των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια και την μετέπειτα ανάλυσή τους και εξαγωγή των περιγραφικών δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Stata 12.

Στην περιγραφή κατηγορικών μεταβλητών, δίνονται συχνότητες και ποσοστά. Στις ποσοτικές μεταβλητές, δίνονται μέση τιμή και τυπική απόκλιση.

Γ.4. Θέματα Ηθικής και δεοντολογίας

Η εκπόνηση της έρευνας έλαβε έγκριση από τα συντονιστικά όργανα των ΜΨΥ που συμμετείχαν, προκειμένου να τηρηθούν όλες οι προϋποθέσεις και να διαφυλάσσεται το απόρρητο των προσωπικών στοιχείων των ερωτώμενων.

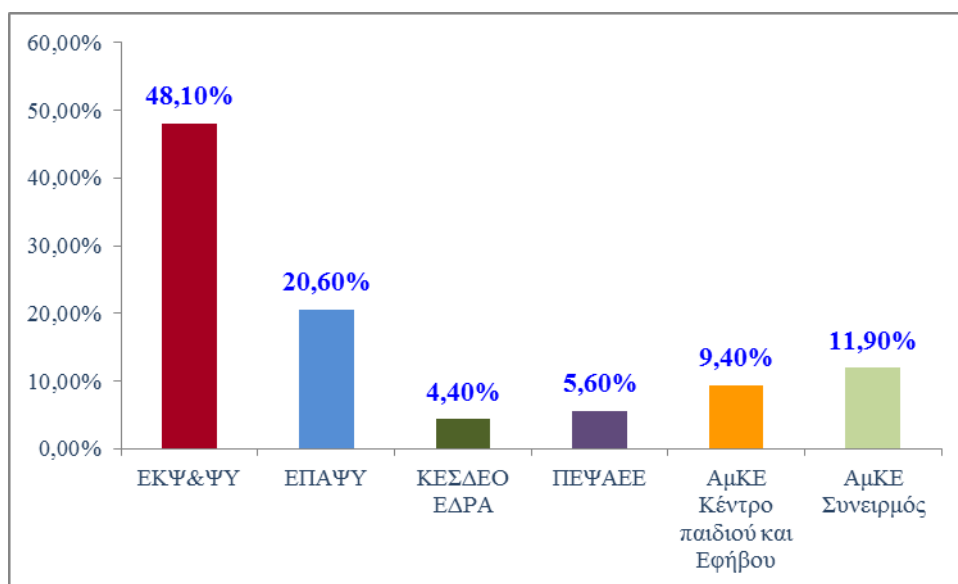
Η διαδικασία των εγκρίσεων διήρκησε ένα μήνα (Οκτώβριος 2015).

Δ. Κεφάλαιο Τέταρτο

Δ.1. Αποτελέσματα

Δ.1.1. Εισαγωγή

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από έξι εκ των επτά φορέων του αρχικού δείγματος που είχε οριστεί, καθώς η διαδικασία συλλογής ερωτηματολογίων από τον φορέα «Κλίμακα» δεν ολοκληρώθηκε. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων, εργαζομένων στους έξι φορείς του δείγματος, είναι 160 άτομα. Περίπου οι μισοί (77-48,1%) από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ήταν εργαζόμενοι στην ΕΚΨ&ΨΥ. Αναλυτικά η κατανομή ανά φορέα φαίνεται στο Σχήμα 1.



Σχήμα 1. ΜΨΥ Δείγματος

Δ.1.2. Δημογραφικά

Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στο επίπεδο εκπαίδευσης, στα έτη απασχόλησης στο φορέα αναφοράς και στον τόπο διαμονής των ερωτηθέντων παρουσιάζονται στους Πίνακες 1 και 2.

Από τα 160 άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, η πλειοψηφία είναι γυναίκες (76,3%) και έγγαμοι (55,0%).

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 30,1% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου και ποσοστό 21,9% και 20,0% έχει ολοκληρώσει τις σπουδές σε ΑΕΙ και ΤΕΙ αντίστοιχα. Σε μεγαλύτερη συχνότητα τα άτομα του δείγματος είναι Ψυχολόγοι ή Ψυχίατροι (34,5%) και Νοσηλευτές (22,5%), και εργάζονται σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) το 50,0%, σε Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) το 22,5% και σε Κέντρα Ημέρας (ΚΗ) το 20,6%.

Στο προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι ηλικίες 23 - 40 ετών και ο χρόνος εργασίας από 6 έως 10 χρόνια. Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες (48,1%) κατοικούν στην Αττική και οι υπόλοιποι στη Θράκη (17,5%), στη Βοιωτία (8,8%), στη Φωκίδα (6,9%) και στα Τρίκαλα (6,9%).

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειρμός	
Φύλο	Άντρας	14 (18,2%)	6 (18,2%)	4 (57,1%)	4 (44,4%)	4 (26,7%)	6 (31,6%)	38 (23,8%)
	Γυναίκα	63 (81,8%)	27 (81,8%)	3 (42,95)	5 (55,6%)	11 (73,3%)	13 (68,4%)	122 (76,3%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100%)
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος	18 (23,4%)	16 (48,5%)	3 (42,9%)	5 (55,6%)	9 (60,0%)	5 (26,3%)	56 (35,0%)
	Έγγαμος	53 (68,8%)	13 (39,4%)	4 (57,1%)	4 (44,4%)	4 (26,7%)	10 (52,6%)	88 (55,0%)
	Άλλο	6 (7,8%)	4 (12,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13,3%)	4 (21,1%)	16 (10,0%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δημοτικό - Λύκειο	17 (22,1%)	9 (27,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	27 (16,9%)
	ΙΕΚ	7 (9,1%)	5 (15,2%)	2 (15,2%)	0 (0%)	1 (6,7%)	3 (15,8%)	18 (11,3%)
	ΤΕΙ	14 (18,2%)	6 (18,2%)	3 (42,9%)	2 (22,2%)	4 (26,7%)	3 (15,8%)	32 (20,0%)
	ΑΕΙ	17 (22,1%)	4 (12,1%)	1 (14,3%)	3 (33,3%)	4 (26,7%)	6 (31,6%)	35 (21,9%)
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	22 (28,6%)	9 (27,3%)	1 (14,3%)	4 (44,4%)	6 (40,0%)	6 (31,6%)	48 (30,1%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100%)
Ειδικότητα	Ψυχολόγος/ Ψυχίατρος	24 (31,2%)	10 (30,3%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)	6 (40,0%)	10 (52,6%)	55 (34,5%)
	Κοινωνικός Λειτουργός	7 (9,1%)	4 (12,1%)	0 (0%)	1 (11,1%)	2 (13,3%)	2 (10,5%)	16 (10,0%)
	Νοσηλεύτης	22 (28,6%)	10 (30,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13,3%)	2 (10,5%)	36 (22,5%)
	Λογοθεραπευτής/ Εργοθεραπευτής	1 (1,3%)	1 (3,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,2%)
	Διοικητικός Υπάλληλος	9 (11,7%)	4 (12,1%)	4 (57,1%)	4 (44,4%)	2 (13,3%)	2 (10,5%)	25 (15,6%)
	Άλλο	14 (18,2%)	4 (12,1%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	3 (20,0%)	3 (15,8%)	27 (16,3%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100%)

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ανά φορέα.

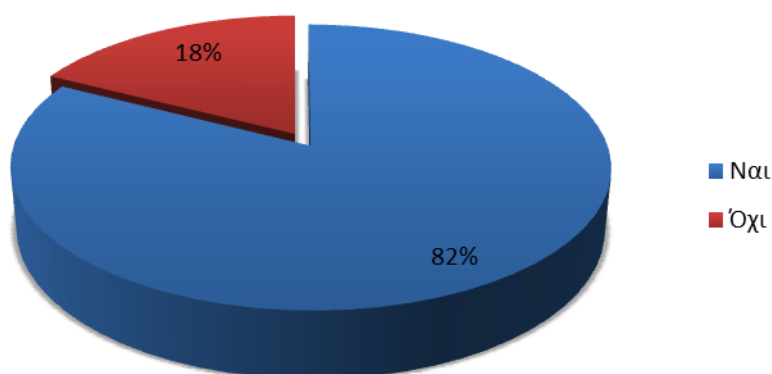
		Φορέας απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειρμός	
Μονάδα Απασχόλησης	ΚΜΨΥ	11 (14,3%)	5 (15,2%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (46,7%)	13 (68,4%)	36 (22,5%)
	ΜΨΑ	53 (68,8%)	20 (60,6%)	6 (85,7%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	80 (50%)
	ΚΗ	5 (6,5%)	8 (24,2%)	0 (0%)	7 (77,8%)	7 (46,7%)	6 (31,6%)	33 (20,6%)
	Διοικητική Υπηρεσία	8 (10,4%)	0 (0%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	1 (6,7%)	0 (0%)	11 (6,9%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19(100,0%)	160 (100%)
Έτη Απασχόλησης	0 – 5 χρόνια	15 (19,5%)	14 (42,4%)	2 (28,6%)	6 (66,7%)	8 (53,3%)	6 (31,6%)	51 (31,9%)
	6 -10 χρόνια	31 (40,3%)	11 (33,3%)	3 (42,9%)	2 (22,2%)	7 (46,7%)	11 (57,9%)	65 (40,6%)
	11 – 20 χρόνια	25 (32,5%)	8 (24,2%)	2 (28,6%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	36 (22,5%)
	20 χρόνια και άνω	6 (7,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10,5%)	8 (5,0%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19(100,0%)	160 (100%)
Τόπος Διαμονής	Αττική	30 (39,0%)	17 (51,5%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	8 (53,3%)	6 (31,6%)	77 (48,1%)
	Φωκίδα	11 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (6,9%)
	Τρίκαλα	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (57,9%)	11 (6,9%)
	Θράκη	28 (36,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	28 (17,5%)
	Βοιωτία	0 (0%)	14 (42,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (8,8%)
	Άλλο	8 (10,4%)	2 (6,1%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (46,7%)	2 (10,5%)	19 (11,9%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100%)
Ηλικία	23 – 40 ετών	47 (61,0%)	27 (81,8%)	4 (57,1%)	7 (77,8%)	13 (86,7%)	9 (47,4%)	107 (66,9%)
	41 – 55 ετών	25 (32,5%)	4 (12,1%)	0 (0%)	2 (22,2%)	2 (13,3%)	10 (52,6%)	43 (26,9%)
	56 ετών και άνω	5 (6,5%)	2 (6,1%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (6,3%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100%)

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία ανά φορέα (συνέχεια).

Δ.1.3. Απαντήσεις ερωτήσεων από ενότητες Α - Δ

ι. Εφαρμογή και χρήση του συστήματος κοστολόγησης

Στην ενότητα Α (Πίνακας 3) εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο εισήχθη και εφαρμόστηκε το σύστημα κοστολόγησης στις ΜΨΥ του δείγματός μας, οι σκοποί που αυτό υπηρετεί, καθώς και ο χρόνος προσαρμογής της εκάστοτε μονάδας. Από τους 160 εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα, 138 (82,5%) γνωρίζουν πότε εφαρμόστηκε το σύστημα κοστολόγησης (Σχήμα 2) και 119 απάντησαν σωστά το 2013.



Σχήμα 2. Γνώση εφαρμογής του συστήματος κοστολόγησης.

Στην ερώτηση για τον χρόνο που χρειάστηκε η εισαγωγή του συγκεκριμένου συστήματος στους φορείς, 71 άτομα, δηλαδή το 44,4%, απάντησε έως 3 μήνες, ενώ το 39,4% δεν γνωρίζει. Για την προσαρμογή του φορέα στο νέο σύστημα, 84 άτομα (52,5%) απάντησαν πως απαιτήθηκαν από 0 έως 6 μήνες, ενώ το 41,9% του δείγματος θεωρεί πως δε δόθηκε πλήρης οδηγός για την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Σε ποσοστό 48,8%, το προσωπικό των φορέων πιστεύει πως η συνεργασία με την αρμόδια υπηρεσία του υπουργείου φάνηκε από λίγο έως αρκετά χρήσιμη και το 68,8% δεν γνωρίζει ή δεν απάντησε την ερώτηση.

Με βάση τις μέχρι τώρα γνώσεις τους για το σύστημα κοστολόγησης, 58 άτομα (36,3%) απάντησαν πως εξυπηρετεί πολιτικές υγείας, ενώ 57 άτομα (35,6%) απάντησαν πως δεν

εξυπηρετεί. Στον φορέα ΕΚΨ&ΨΥ, σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 51,9%, υποστηρίζεται από το προσωπικό πως το νέο σύστημα κοστολόγησης εξυπηρετεί πολιτικές υγείας. Από την άλλη πλευρά, στους φορείς ΚΕΣΔΕΟ Έδρα, ΠΕΨΑΕΕ, ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και εφήβου και ΑμΚΕ Συνειρμός φαίνεται να επικρατεί η άποψη πως δεν εξυπηρετεί πολιτικές υγείας το σύστημα κοστολόγησης με ποσοστά 42,9%, 55,6%, 53,3% και 63,2% αντίστοιχα. Στην ΕΠΑΨΥ παρατηρείται πως το 39,4% δεν γνώριζε ή δεν απάντησε το ερώτημα και το 36,4% πιστεύει πως εξυπηρετεί πολιτικές υγείας.

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΛΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειρμός	
Γνωρίζετε πότε εφαρμόστηκε το σύστημα κοστολόγησης στο φορέα σας;	Ναι	71 (92,2%)	21 (63,6%)	6 (85,7%)	8 (88,9%)	9 (60,0%)	17 (89,5%)	132 (82,5%)
	Όχι	6 (7,8%)	12 (36,4%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	6 (40,0%)	2 (10,5%)	28 (17,5%)
Σύνολο		77(100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Πόσο χρόνο πήρε η εισαγωγή του συγκεκριμένου συστήματος;	0-3 μήνες	37 (48,1%)	10 (30,3%)	4 (57,1%)	3 (33,3%)	3 (20,0%)	14 (73,7%)	71 (44,4%)
	4-9 μήνες	13 (16,9%)	3 (9,1%)	0 (0%)	1 (11,1%)	2 (13,4%)	1 (5,3%)	20 (12,6%)
	10-12 μήνες	1 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1,9%)
	πάνω από χρόνο	2 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	3 (1,9%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	24 (31,2%)	20 (60,6%)	3 (42,9%)	3 (33,3%)	9 (60,0%)	4 (21,1%)	63 (39,4%)
Σύνολο		77(100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Πόσους χρόνους απαιτήθηκε για την προσαρμογή του φορέα σας;	0 – 6 μήνες	41 (53,3%)	13 (39,4%)	5 (71,4%)	3 (33,3%)	5 (33,3%)	17 (89,5%)	84 (52,5%)
	8 – 12 μήνες	4 (5,2%)	2 (6,1%)	0 (0%)	3 (33,3%)	3 (20,0%)	0 (0%)	12 (7,5%)
	Πάνω από 12 μήνες	2 (2,6%)	1 (3,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1,9%)
	Δεν απάντησαν	30 (39,0%)	17 (51,5%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)	7 (46,7%)	2 (10,5%)	61 (38,1%)
Σύνολο		77(100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Πιστεύετε πως δόθηκε πλήρης οδηγός εφαρμογής του εν λόγω συστήματος;	Ναι	18 (23,4%)	8 (24,2%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (31,6%)	33 (20,6%)
	Όχι	27 (35,1%)	13 (39,4%)	3 (42,9%)	3 (33,3%)	9 (60,0%)	12 (63,2%)	67 (41,9%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	32 (41,6%)	12 (36,4%)	3 (42,9%)	6 (66,7%)	6 (40,0%)	1 (5,3%)	60 (37,5%)
Σύνολο		77(100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Η συνεργασία με την αρμόδια υπηρεσία του υπουργείου, Σε τι βαθμό φάνηκε χρήσιμη/βοήθησε;	Καθόλου	0 (0%)	2 (6,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13,3%)	5 (26,3%)	9 (5,6%)
	Λίγο	11 (14,3%)	6 (18,2%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)	6 (40,0%)	6 (31,6%)	34 (21,3%)
	Αρκετά	27 (35,1%)	8 (24,2%)	2 (28,6%)	1 (11,1%)	1 (6,7%)	5 (26,3%)	44 (27,5%)
	Πολύ	6 (7,8%)	3 (9,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (6,9%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	33 (42,9%)	14 (42,4%)	1 (14,3%)	5 (55,6%)	6 (40,0%)	3 (15,8%)	62 (38,8%)
Σύνολο		77(100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Πιστεύετε πως το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρετεί πολιτικές υγείας;	Ναι	40 (51,9%)	12 (36,4%)	1 (14,3%)	2 (22,2%)	3 (20,0%)	0 (0%)	58 (36,3%)
	Όχι	21 (27,3%)	8 (24,2%)	3 (42,9%)	5 (55,6%)	8 (53,3%)	12 (63,2%)	57 (35,6%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν απαντώ	16 (20,8%)	13 (39,4%)	3 (42,9%)	2 (22,2%)	4 (26,7%)	7 (36,8%)	45 (28,1%)
Σύνολο		77(100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 3. Αποτελέσματα ερωτήσεων Α ενότητας.

ii. Η λειτουργία του φορέα μετά την εφαρμογή του μοντέλου κοστολόγησης

Στη Β ενότητα (Πίνακας 4), διερευνάται η λειτουργία του φορέα μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης, αν επηρεάστηκε από αυτό, αν η φιλοσοφία του φορέα παίζει ρόλο για την πλαισίωση του προσωπικού, καθώς και αν δημιουργήθηκαν ελλείμματα, πού οφείλονται αυτά και με ποιόν τρόπο επιδιώκεται να καλυφθούν.

Το 43,8% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρέτησε τον σκοπό για τον οποίο εφαρμόστηκε από το Υπουργείο. Ως προς τη λειτουργία του φορέα, σε μεγαλύτερο ποσοστό (55,6%) οι συμμετέχοντες/ουσες στην έρευνα δηλώνουν πως τα λειτουργικά έξοδα του φορέα τους καλύπτονται. Το 38,1% υποστηρίζει πως έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα στο φορέα τους μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης. Στους φορείς ΕΚΨ&ΨΥ και ΕΠΑΨΥ, σε μεγαλύτερο ποσοστό, 36,4% και στους δυο, το προσωπικό δηλώνει πως δεν έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα. Στους άλλους τέσσερις φορείς, ΚΕΣΔΕΟ Έδρα, ΠΕΨΑΕΕ, ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου και Συνειρμός, η πλειοψηφία των ερωτώμενων, με ποσοστά 57,1%, 55,6%, 66,7% και 73,7% αντίστοιχα, πιστεύουν πως έχουν δημιουργηθεί.

Οι ερωτήσεις Β.4.1. έως και Β.6. αφορούσαν όσους απάντησαν «Ναι» στο προηγούμενο ερώτημα. Από τα 61 άτομα που απάντησαν πως έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα στο φορέα τους, τα 51 απάντησαν πως πιστεύουν πως τα ελλείμματα αυτά οφείλονται στην εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης. Τα 9 άτομα που απάντησαν πως δεν οφείλονται στο σύστημα κοστολόγησης τα ελλείμματα, απέδωσαν το γεγονός αυτό σε κακή διαχείριση (1,9%) και υψηλό λειτουργικό κόστος (3,1%).

Στον Πίνακα 5 βλέπουμε πως τα ελλείμματα οι φορείς επιδιώκουν να τα καλύψουν με Ευρωπαϊκά Προγράμματα (32,5%), Περιφερειακά Προγράμματα (16,3%), εύρεση χορηγών (11,9%), χρηματοδότηση από τον οικείο Δήμο (6,9%) ή/και με την εξεύρεση άλλων πόρων (10,6%) (το παρόν ερώτημα είχε επιλογή >1).

Ως προς τον τρόπο λειτουργίας του φορέα, το 74,4% των ερωτηθέντων πιστεύει πως το σύστημα κοστολόγησης πράγματι επηρέασε τον φορέα αναφοράς τους. Οι τομείς που φαίνεται να επηρεάστηκαν περισσότερο, σύμφωνα με τις απαντήσεις, είναι η δυναμικότητα της πολυκλαδικής ομάδας (31,3%), η υποβάθμιση της Αγωγής

Κοινότητας (38,1%) και ο χρόνος τήρησης του αρχείου των ασθενών (45,0%) (το παρόν ερώτημα είχε επιλογή >1).

Τέλος, φαίνεται πως η εμπειρία και η φιλοσοφία του φορέα βοήθησε αρκετά (38,8%) έως πολύ (48,1%) το προσωπικό των φορέων που συμμετείχαν στην έρευνα.

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΛΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειρμός	
Πιστεύετε πως το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρέτησε τον σκοπό για τον οποίο εφαρμόστηκε από το Υπουργείο;	Ναι	46 (59,7%)	13 (39,4%)	0 (0,0%)	5 (55,6%)	3 (20,0%)	3 (15,8%)	70 (43,8%)
	Όχι	6 (7,8%)	6 (18,2%)	3 (42,9%)	1 (11,1%)	4 (26,7%)	6 (31,6%)	26 (16,3%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	25 (32,5%)	14 (42,4%)	4 (57,1%)	3 (33,3%)	8 (53,3%)	10 (52,6%)	64 (40,0%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Καλύπτονται τα λειτουργικά (μισθοδοσία, ενοίκια κ.τ.λ.) έξοδα του φορέα σας;	Ναι	58 (75,3%)	23 (69,7%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	3 (20,0%)	1 (5,3%)	89 (55,6%)
	Όχι	13 (16,9%)	2 (6,1%)	5 (71,4%)	1 (11,1%)	10 (66,7%)	16 (84,2%)	47 (29,4%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	6 (7,8%)	8 (24,2%)	2 (28,6%)	4 (44,4%)	2 (13,3%)	2 (10,5%)	24 (15,0%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα στον φορέα σας μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης;	Ναι	22 (28,6%)	6 (18,2%)	4 (57,1%)	5 (55,6%)	10 (66,7%)	14 (73,7%)	61 (38,1%)
	Όχι	28 (36,4%)	12 (36,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	2 (10,5%)	43 (26,9%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	27 (35,1%)	15 (45,4%)	3 (42,9%)	4 (44,4%)	4 (26,7%)	3 (15,8%)	56 (35,0%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Πιστεύετε πως τα ελλείμματα οφείλονται στην εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης;	Ναι	18 (23,4%)	2 (6,1%)	5 (71,4%)	5 (55,6%)	8 (53,3%)	13 (68,4%)	51 (31,9%)
	Όχι	7 (9,1%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (5,6%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	52 (67,5%)	29 (87,9%)	2 (28,6%)	4 (44,4%)	7 (46,7%)	6 (31,6%)	100 (62,5%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Αν όχι, που θεωρείτε πως οφείλεται η δημιουργία ελλειμμάτων;	Κακή διαχείριση πόρων	2 (2,6%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,9%)
	Υψηλό λειτουργικό κόστος	3 (3,9%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (3,1%)
	άλλο	2 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	3 (1,9%)
	Δεν απάντησαν	70 (90,9%)	32 (97,0%)	5 (71,4%)	9 (100,0%)	14 (93,3%)	19 (100,0%)	149 (93,1%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 4. Αποτελέσματα ερωτημάτων Β ενότητας.

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΔΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειριμός	
Με ποιόν τρόπο επιδιώκετε να καλυφθούν; (επιλογή >1)	Ευρωπαϊκά προγράμματα	23 (29,9%)	8 (24,2%)	5 (71,4%)	3 (33,3%)	7 (46,7%)	6 (31,6%)	52 (32,5%)
	Περιφερειακά προγράμματα	19 (24,7%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)	26 (16,3%)
	Χρηματοδότηση Δήμου	8 (10,4%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	11 (6,9%)
	Εύρεση χορηγών	5 (6,5%)	5 (6,5%)	1 (14,3%)	3 (33,3%)	4 (26,7%)	1 (5,3%)	19 (11,9%)
	άλλοι πόροι	6 (7,8%)	0 (0,0%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	4 (26,7%)	4 (21,1%)	17 (10,6%)
	Δεν απάντησαν	49 (63,6%)	22 (66,7%)	1 (14,3%)	6 (66,7%)	5 (33,3%)	9 (47,4%)	92 (57,5%)
Επηρέασε το σύστημα κοστολόγησης τον τρόπο λειτουργίας του φορέα σας;	Ναι	64 (83,1%)	16 (48,5%)	5 (71,4%)	8 (88,9%)	11 (73,3%)	15 (78,9%)	119 (74,4%)
	Όχι	10 (13,0%)	8 (24,2%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (15,8%)	22 (13,8%)
	Δεν Γνωρίζω// Δεν Απαντώ	3 (3,9%)	9 (27,3%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	4 (26,7%)	1 (5,3%)	19 (11,9%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Αν «Ναι», αναφέρετε σε ποιο από τους παρακάτω τομείς (επιλογή > 1 τομέα)	αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών	10 (13,0%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	6 (31,6%)	20 (12,5%)
	δυναμικότητα πολυκλαδικής ομάδας	28 (36,4%)	7 (21,2%)	0 (0,0%)	3 (33,3%)	2 (13,3%)	10 (52,6%)	50 (31,3%)
	υποβάθμιση αγωγής κοινότητας	33 (42,9%)	6 (18,2%)	3 (42,8%)	2 (22,2%)	5 (33,3%)	12 (63,2%)	61 (38,1%)
	χρόνος τήρησης αρχείου ασθενών	44 (57,1%)	6 (18,2%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	7 (46,7%)	11 (57,9%)	72 (45,0%)
	δυσκολία εξυπηρέτησης μεταναστών λόγω ΑΜΚΑ	11 (14,3%)	5 (15,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	8 (42,1%)	26 (16,3%)
	Άλλο	5 (6,5%)	1 (3,0%)	1 (14,3%)	2 (22,2%)	2 (13,3%)	1 (5,3%)	12 (7,5%)
	Δεν απάντησαν είτε είχαν απαντήσει όχι στην προηγούμενη	15 (19,5%)	16 (48,5%)	3 (42,8%)	1 (11,1%)	5 (33,3%)	4 (21,1%)	44 (27,5%)
Σε τι βαθμό πιστεύετε πως η εμπειρία και η φιλοσοφία του φορέα σας, σας βοήθησε να ανταπεξέλθετε στις αλλαγές που επήλθαν;	Καθόλου/ Λίγο	6 (7,8%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	11 (6,9%)
	Αρκετά	29 (37,7%)	12 (36,4%)	1 (14,3%)	3 (33,3%)	8 (53,3%)	9 (47,4%)	62 (38,8%)
	Πολύ	38 (49,4%)	16 (48,5%)	6 (85,7%)	4 (44,4%)	4 (26,7%)	9 (47,4%)	77 (48,1%)
	Δεν γνωρίζω	4 (5,2%)	3 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	1 (5,3%)	10 (6,3%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 5. Αποτελέσματα ερωτημάτων Β ενότητας (συνέχεια).

iii. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης

Στην τρίτη ενότητα (Πίνακας 6), αξιολογείται το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το πώς αυτές επηρεάστηκαν ή όχι από την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης και τον ρόλο που έπαιξε αυτό στη διαμόρφωση των υπηρεσιών αυτά τα δύο χρόνια.

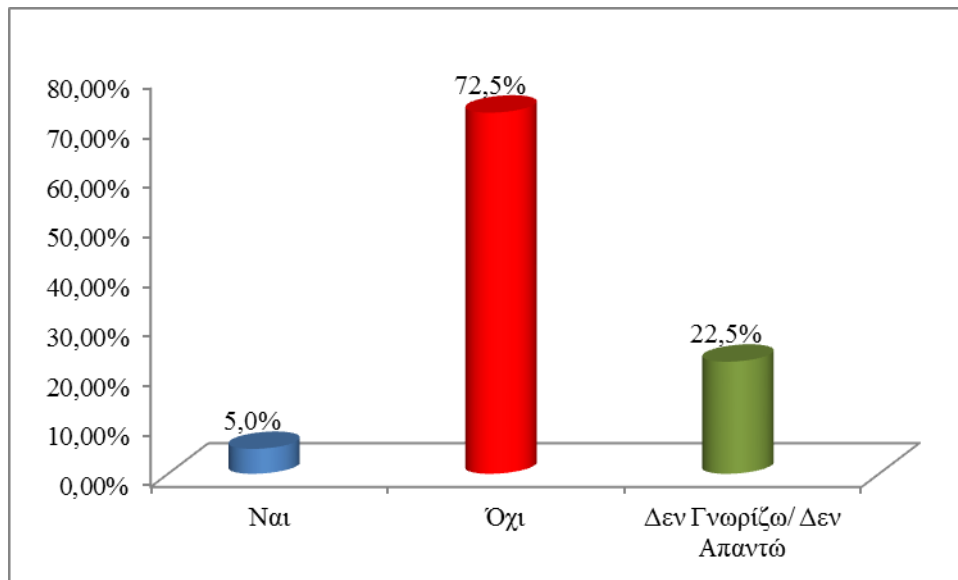
Το 42,4% των εργαζομένων πιστεύουν πως το σύστημα κοστολόγησης συνέβαλε αρκετά στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών του φορέα τους, το 20,0% λίγο ενώ το 18,8% καθόλου. Οι εργαζόμενοι σε ΕΚΨ&ΨΥ και ΕΠΑΨΥ, με ποσοστά 66,2% και 30,3% αντίστοιχα, πιστεύουν πως το σύστημα κοστολόγησης συνέβαλε αρκετά στον καλύτερο σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στους φορείς ΚΕΣΔΕΟ Έδρα, ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου και Συνειρμός, το προσωπικό δήλωσε πως δε συνέβαλε καθόλου, σε ποσοστά 57,1%, 53,3% και 42,1% αντίστοιχα, ενώ στον φορέα ΠΕΨΑΕΕ υποστηρίζουν πως συνέβαλε από λίγο έως αρκετά (55,5%).

Ως προς το αν η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης επηρέασε θετικά την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, το 30,6% πιστεύει πως είναι αρκετά θετική η σχέση αυτή, αλλά το 28,1% καθόλου. Στον Πίνακα 8 μπορούμε να δούμε πως το προσωπικό που απασχολείται σε ΚΜΨΥ και ΚΗ σε αυτή την ερώτηση υποστήριξαν στο 46,9% και 39,4% αντίστοιχα, πως δεν είναι καθόλου θετική η σχέση του μοντέλου κοστολόγησης με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ οι εργαζόμενοι σε ΜΨΑ πιστεύουν πως επηρεάζεται αρκετά θετικά (37,5%).

Το 35,0% του προσωπικού των φορέων του δείγματος πιστεύει πως το εν λόγω σύστημα διευκολύνει αρκετά την πραγματοποίηση των στόχων του φορέα τους και το 27,5% πως βοήθησε λίγο. Η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών των φορέων φαίνεται, από τις απαντήσεις των εργαζομένων, πως διατηρήθηκε αρκετά (47,5%) έως πολύ (30,6%). Η δουλειά με τους ψυχικά ασθενείς, δήλωσαν οι εργαζόμενοι, πως δεν επηρεάστηκε καθόλου σε ποσοστό 51,3%. Στον Πίνακα 9 μπορούμε να δούμε πως αυτό διαμορφώνεται για κάθε μονάδα. Οι εργαζόμενοι στις ΜΨΑ (58,8%), το ΚΗ (51,5%) και το Διοικητικό Τμήμα (40,0%) υποστήριξαν πως δεν έχει επηρεαστεί η δουλειά τους με τους ψυχικά ασθενείς. Το προσωπικό της ΚΜΨΥ πιστεύει σε ποσοστό 50,0% πως

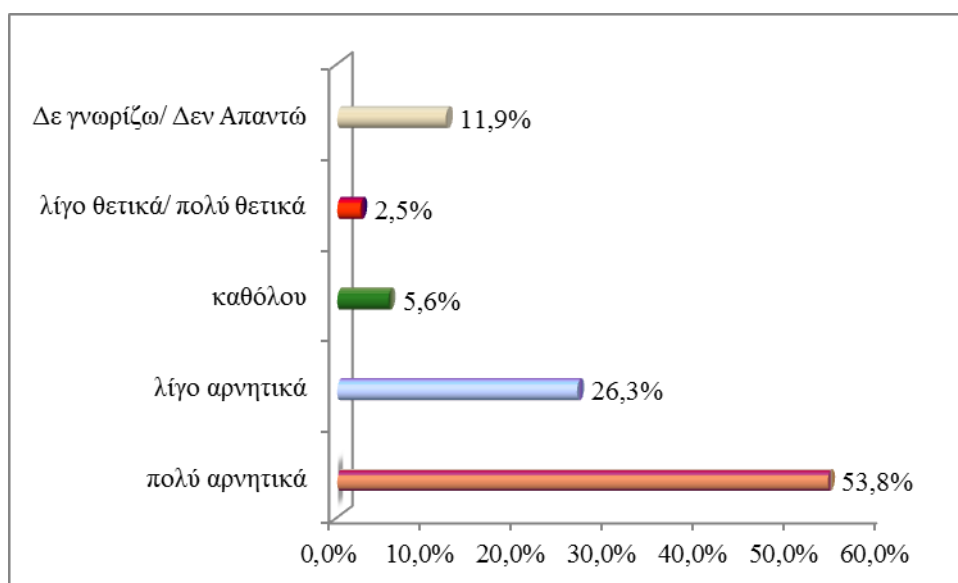
έχει επηρεαστεί λίγο αρνητικά η σχέση με τους ψυχικά ασθενείς και σε ποσοστό 37,5% πως αυτή δεν επηρεάστηκε καθόλου.

116 (72,5%) εργαζόμενοι πιστεύουν πως δεν αξιολογείται επαρκώς το παραγόμενο ποιοτικό έργο από το υπάρχον σύστημα κοστολόγησης (Σχήμα 3).



Σχήμα 3. Ερώτημα σχετικά με το αν αξιολογείται το παραγόμενο ποιοτικό έργο.

Στο επόμενο ερώτημα αν το έργο των ΜΨΥ επηρεάζεται από τη μη κοστολόγηση της Αγωγής Κοινότητας από το υπουργείο, το 53,8% δηλώνει πως επηρεάζεται πολύ αρνητικά και το 26,3% λίγο αρνητικά (Σχήμα 4).



Σχήμα 4. Πώς επηρεάζει η μη κοστολόγηση το έργο των ΜΨΥ.

Τέλος, οι τομείς που υποστηρίζεται, σύμφωνα με τις απαντήσεις, πως υπήρξαν περιθώρια βελτίωσης σε αυτό το διάστημα είναι ο οργανωτικός τομέας (55,0%) και ο οικονομικός (13,8%), ενώ το 24,4% δηλώνει πως δεν υπήρξε περιθώριο βελτίωσης σε κανέναν τομέα.

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΛΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειρμός	
Η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης πιστεύετε πως συνέβαλε στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών σας;	Καθόλου	5 (6,5%)	4 (12,1%)	4 (57,1%)	1 (11,1%)	8 (53,3%)	8 (42,1%)	30 (18,8%)
	Λίγο	10 (13,0%)	9 (27,3%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)	3 (20,0%)	5 (26,3%)	32 (20,0%)
	Αρκετά	51 (66,2%)	10 (30,3%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	5 (26,3%)	68 (42,5%)
	Πολύ	6 (7,8%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,3%)	11 (6,9%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	5 (6,5%)	6 (18,2%)	1 (14,3%)	3 (33,3%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	19 (11,9%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Πιστεύετε πως είναι θετική η σχέση του με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	10 (13,0%)	7 (21,2%)	6 (85,7%)	2 (22,2%)	9 (60,0%)	11 (57,9%)	45 (28,1%)
	Λίγο	12 (15,6%)	11 (33,3%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	0 (0,0%)	4 (21,1%)	31 (19,4%)
	Αρκετά	38 (49,4)	6 (18,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	4 (21,1%)	49 (30,6%)
	Πολύ	2 (2,6%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (3,8%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	15 (19,5%)	5 (15,1%)	1 (14,3%)	3 (33,3%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)	29 (18,1%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160(100,0%)
Σε τι βαθμό πιστεύετε πως διευκολύνει την πραγματοποίηση των στόχων του φορέα σας;	Καθόλου	8 (10,4%)	4 (12,1%)	4 (57,1%)	2 (22,2%)	6 (40,0%)	8 (42,1%)	32 (20,0%)
	Λίγο	17 (22,1%)	10 (30,3%)	1 (14,3%)	4 (44,4%)	4 (26,7%)	8 (42,1%)	44 (27,5%)
	Αρκετά	39 (50,6%)	12 (36,4%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	1 (6,7%)	3 (15,8%)	56 (35,0%)
	Πολύ	3 (3,9%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (3,1%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	10 (13,0%)	5 (15,1%)	2 (28,6%)	2 (22,2%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	23 (14,4%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160(100,0%)
Μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης, σε τι βαθμό πιστεύετε πως διατηρήθηκε η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών σας;	Καθόλου/ Λίγο	10 (13,0%)	5 (15,2%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	1 (5,3%)	19 (11,9%)
	Αρκετά	41 (53,2%)	7 (21,2%)	3 (49,2%)	7 (77,8%)	5 (33,3%)	13 (68,4%)	76 (47,5%)
	Πολύ	20 (26,0%)	15 (45,5%)	2 (28,6%)	2 (22,2%)	5 (33,3%)	5 (26,3%)	49 (30,6%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	6 (7,8%)	6 (18,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	16 (10,0%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160(100,0%)

Πίνακας 6. Αποτελέσματα ανά φορέα ενότητα Γ.

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΛΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνειρμός	
Πώς επηρέασε η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης τη δουλειά σας με τους ψυχικά ασθενείς;	πολύ αρνητικά	2 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,5%)
	λίγο αρνητικά	17 (22,1%)	8 (24,2%)	0 (0,0%)	3 (33,3%)	6 (40,0%)	8 (42,1%)	42 (26,3%)
	καθόλου	45 (58,4%)	15 (45,5%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)	7 (46,7%)	10 (52,6%)	82 (51,3%)
	λίγο θετικά	6 (7,8%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (5,0%)
	πολύ θετικά	1 (1,3%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,3%)	6 (3,8%)
	Δε γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	6 (7,8%)	4 (12,1%)	3 (49,2%)	3 (33,3%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	18 (11,3%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160(100,0%)
Πιστεύετε πως το παραγόμενο ποιοτικό έργο αξιολογείται επαρκώς από το υπάρχον σύστημα κοστολόγησης;	Ναι	4 (5,2%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (5,0%)
	Όχι	56 (72,7%)	18 (54,5%)	6 (85,7%)	7 (77,8%)	11 (73,3%)	18 (94,7%)	116 (72,5%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	17 (22,1%)	11 (33,3%)	1 (14,3%)	2 (22,2%)	4 (26,7%)	1 (5,3%)	36 (22,5%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33(100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160(100,0%)
Πώς πιστεύετε πως επηρεάζει το έργο σας η μη κοστολόγησή της Αγωγής Κοινότητας από το υπουργείο;	πολύ αρνητικά	42 (54,5%)	13 (39,4%)	3 (42,9%)	7 (77,8%)	8 (53,3%)	13 (68,4%)	86 (53,8%)
	λίγο αρνητικά	27 (35,1%)	4 (12,1%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	4 (26,7%)	5 (26,3%)	42 (26,3%)
	καθόλου	5 (6,5%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (5,6%)
	λίγο θετικά/ πολύ θετικά	0 (0,0%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,5%)
	Δε γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	3 (3,9%)	8 (24,2%)	3 (42,9%)	1 (11,1%)	3 (20,0%)	1 (5,3%)	19 (11,9%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Σε ποιο τομέα, πιστεύετε, πως υπήρξαν - εάν υπήρξαν - περιθώρια βελτίωσης;	οικονομικό	11 (14,3%)	7 (21,2%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	1 (6,7%)	1 (5,3%)	22 (13,8%)
	οργανωτικό	55 (71,4%)	13 (39,4%)	2 (28,6%)	4 (44,4%)	2 (13,3%)	12 (63,2)	88 (55,0%)
	θεραπευτικό	2 (2,6%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,5%)
	αγωγή κοινότητας	2 (2,6%)	3 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	1 (5,3%)	7 (4,4%)
	Κανένα/ άλλο	7 (9,1%)	8 (24,2%)	4 57,1%)	4 (44,4%)	11 (73,3%)	5 (26,3%)	39 (24,4%)
Σύνολο		77(100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 7. Αποτελέσματα ενότητα Γ (συνέχεια).

		Μονάδα Απασχόλησης					Σύνολο
		ΚΜΨΥ	ΜΨΑ	ΚΗ	Διοικητική Υπηρεσία	Οικονομική Υπηρεσία	
Η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης πιστεύετε πως συνέβαλλε στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών σας;	Καθόλου	11 (34,4%)	8 (10,0%)	9 (27,3%)	1 (8,3%)	1 (33,3%)	30 (18,8%)
	Λίγο	8 (25,0%)	14 (17,5%)	8 (24,2%)	1 (8,3%)	1 (33,3%)	32 (20,0%)
	Αρκετά	10 (31,3%)	42 (52,5%)	9 (27,3%)	7 (58,3%)	0 (0,0%)	68 (42,5%)
	Πολύ	2 (6,3%)	6 (7,5%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)	1 (33,3%)	11 (6,9%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	1 (3,1%)	10 (12,6%)	7 (21,2%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	19 (11,9%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)
Πιστεύετε πως είναι θετική η σχέση του με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Καθόλου	15 (46,9%)	15 (18,8%)	13 (39,4%)	1 (8,3%)	1 (33,3%)	45 (28,1%)
	Λίγο	7 (21,9%)	13 (16,3%)	6 (18,2%)	4 (33,3%)	1 (33,3%)	31 (19,4%)
	Αρκετά	8 (25,0%)	30 (37,5%)	6 (18,2%)	4 (33,3%)	1 (33,3%)	49 (30,6%)
	Πολύ	1 (3,1%)	4 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	6 (3,8%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	1 (3,1%)	18 (22,6%)	8 (24,2%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	29 (18,1%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)
Σε τι βαθμό πιστεύετε πως διευκολύνει την πραγματοποίηση των στόχων του φορέα σας;	Καθόλου	9 (28,1%)	11 (13,8%)	10 (30,3%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	32 (20,0%)
	Λίγο	13 (40,6%)	18 (22,5%)	9 (27,3%)	3 (42,9%)	1 (33,3%)	44 (27,5%)
	Αρκετά	6 (18,8%)	35 (43,8%)	8 (24,2%)	6 (50,0%)	1 (33,3%)	56 (35,0%)
	Πολύ	1 (3,1%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	5 (3,1%)
	Δεν γνωρίζω	3 (9,4%)	12 (15,0%)	5 (15,2%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	21 (13,1%)
	Δεν απαντώ	0 (0,0%)	1 (1,3%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)
Μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης, σε τι βαθμό πιστεύετε πως διατηρήθηκε η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών σας;	Καθόλου	2 (6,3%)	2 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,5%)
	Λίγο	2 (6,3%)	10 (12,5%)	1 (3,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	15 (9,4%)
	Αρκετά	16 (50,0%)	37 (46,3%)	15 (45,5%)	5 (41,7%)	3 (100,0%)	76 (47,5%)
	Πολύ	11 (34,4%)	20 (25,0%)	14 (42,4%)	4 (33,3%)	0 (0,0%)	49 (30,6%)
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	1 (3,1%)	11 (13,8%)	3 (9,1%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	16 (10,0%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 8. Αποτελέσματα ανά μονάδα ενότητα Γ.

		Μονάδα Απασχόλησης					Σύνολο
		ΚΜΨΥ	ΜΨΑ	ΚΗ	Διοικητική Υπηρεσία	Οικονομική Υπηρεσία	
Πώς επηρέασε η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης τη δουλειά σας με τους ψυχικά ασθενείς;	πολύ αρνητικά	0 (0,0%)	4 (5,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,5%)
	λίγο αρνητικά	16 (50,0%)	13 (16,3%)	9 (27,3%)	4 (33,3%)	0 (0,0%)	42 (26,3%)
	καθόλου	12 (37,5%)	47 (58,8%)	17 (51,5%)	5 (41,7%)	1 (33,3%)	82 (51,3%)
	λίγο θετικά	3 (9,4%)	4 (5,0%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (5,0%)
	πολύ θετικά	1 (3,1%)	4 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	6 (3,8%)
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	0 (0,0%)	8 (10,0%)	6 (12,1%)	2 (16,7%)	2 (66,7%)	18 (11,3%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)
Πιστεύετε πως το παραγόμενο ποιοτικό έργο αξιολογείται επαρκώς από το υπάρχον σύστημα κοστολόγησης;	Ναι	2 (6,3%)	6 (7,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (5,0%)
	Όχι	28 (87,5%)	49 (61,3%)	25 (75,8%)	11 (91,7%)	3 (100,0%)	116 (72,5%)
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	2 (6,3%)	25 (31,3%)	8 (24,2%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	36 (22,5%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)
Πώς πιστεύετε πως επηρεάζει το έργο σας η μη κοστολόγησή της Αγωγής Κοινότητας από το υπουργείο;	πολύ αρνητικά	23 (71,9%)	38 (47,5%)	18 (54,5%)	7 (58,3%)	0 (0,0%)	86 (53,8%)
	λίγο αρνητικά	8 (25,0%)	22 (27,5%)	7 (21,2%)	4 (33,3%)	1 (33,3%)	42 (26,3%)
	καθόλου	0 (0,0%)	4 (5,0%)	4 (12,1%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	9 (5,6%)
	λίγο θετικά	0 (0,0%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
	πολύ θετικά	0 (0,0%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,9%)
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	1 (3,1%)	12 (15,0%)	4 (12,1%)	1 (8,3%)	1 (33,3%)	19 (11,9%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)
Σε ποιο τομέα, πιστεύετε, πως υπήρξαν - εάν υπήρξαν - περιθώρια βελτίωσης;	οικονομικό	0 (0,0%)	17 (21,3%)	4 (12,1%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	22 (13,8%)
	οργανωτικό	18 (56,3%)	43 (53,8%)	16 (48,5%)	9 (75,0%)	2 (66,7%)	88 (55,0%)
	θεραπευτικό	1 (3,1%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,5%)
	αγωγή κοινότητας	3 (9,4%)	4 (5,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (4,4%)
	Κανένα/ άλλο	10 (31,3%)	13 (16,3%)	13 (39,4%)	2 (16,7%)	1 (33,3%)	39 (24,4%)
Σύνολο		32 (100,0%)	80 (100,0%)	33 (100,0%)	12 (100,0%)	3 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 9. Αποτελέσματα ανά μονάδα ενότητα Γ (συνέχεια).

iv. Προτάσεις

Στην τελευταία ενότητα (Πίνακας 10) διερευνάται η πορεία των φορέων με τη λειτουργία του μοντέλου κοστολόγησης, η βιωσιμότητά τους, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να καταστεί δυνατή η αποτύπωση του συνόλου του παραγόμενου έργου των φορέων, ποιοτικό και ποσοτικό.

Στο πρώτο ερώτημα, σχετικά με τη βιωσιμότητα του φορέα, το 46,9% δήλωσε πως ναι μπορεί να είναι βιώσιμος, ενώ το 31,3% δεν γνώριζε αν θα είναι βιώσιμος είτε δεν απάντησε στο ερώτημα.

Σχετικά με το αν τελικά συμπεριλαμβανόταν η Αγωγή Κοινότητας στην κοστολόγηση, το 83,8% απάντησε πως ναι θα βοηθούσε στην πληρέστερη αποτύπωση του παραγόμενου ποιοτικού έργου.

Τέλος, ως προς την αποτύπωση του συνόλου του παραγόμενου έργου των ΜΨΥ, το 23,1% γνωρίζει και μπορεί να προτείνει τρόπο/ους αποτύπωσής του, ώστε να περιλαμβάνει ποσοτική και ποιοτική αποτίμησή του. Το 76,9% του προσωπικού των φορέων είτε δεν είχε υπόψη του κάποιο τρόπο αποτύπωσης είτε δεν απάντησε στο ερώτημα.

		Φορέας Απασχόλησης						Σύνολο
		ΕΚΨ&ΨΥ	ΕΠΑΨΥ	ΚΕΣΔΕΟ ΕΔΡΑ	ΠΕΨΑΕΕ	ΑμΚΕ Κέντρο παιδιού και Εφήβου	ΑμΚΕ Συνεργός	
Πιστεύετε πως ο φορέας/ μονάδα που εργάζεστε μπορεί να είναι βιώσιμος με το σύστημα κοστολόγησης	Ναι	52 (67,5%)	13 (39,4%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	3 (20,0%)	3 (15,8%)	75 (46,9%)
	Όχι	7 (9,1%)	5 (15,2%)	4 (57,1%)	0 (0,0%)	7 (46,7%)	12 (63,2%)	35 (21,9%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	18 (23,4%)	15 (45,5%)	3 (42,9%)	5 (55,6%)	5 (33,3%)	4 (21,1%)	50 (31,3%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Αν τελικά συμπεριλαμβανόταν η Α.Κ. στην κοστολόγηση, πιστεύετε πως θα βοηθούσε στην πληρέστερη αποτύπωση του παραγόμενου ποιοτικού έργου;	Ναι	71 (92,2%)	22 (66,7%)	6 (85,7%)	8 (88,9%)	11 (73,3%)	16 (84,2%)	134 (83,8%)
	Όχι	1 (1,3%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,9%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	5 (6,5%)	9 (27,3%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	4 (26,7%)	3 (15,8%)	23 (14,4%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)
Γνώση αποτύπωσης του παραγόμενου έργου των ΜΨΥ που να συνδυάζει την ποιοτική και την ποσοτική αποτίμηση	Ναι	22 (28,6%)	4 (12,1%)	1 (14,3%)	2 (22,2%)	1 (6,7%)	7 (36,8%)	37 (23,1%)
	Όχι	21 (27,3%)	9 (27,3%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	3 (20,0%)	2 (10,5%)	39 (24,4%)
	Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ	33 (42,9%)	20 (60,6%)	6 (85,7%)	3 (33,3%)	11 (73,3%)	8 (42,1%)	84 (52,5%)
Σύνολο		77 (100,0%)	33 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)	15 (100,0%)	19 (100,0%)	160 (100,0%)

Πίνακας 10. Αποτελέσματα ανά φορέα ενότητα Δ.

Δ.1.4. Ποιοτική Ανάλυση

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στο ερώτημα Α.6., 58 άτομα (36,3%) του συνόλου απάντησαν πως το σύστημα κοστολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξυπηρετεί πολιτικές υγείας. Από αυτά 15 ανέφεραν στις απαντήσεις τους πως η πολιτική που εξυπηρετεί η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης είναι ο έλεγχος των ΜΨΥ. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«ανάγκη καθιέρωσης ενός αξιόπιστου συστήματος διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης ελέγχου και παρακολούθησης της ποιότητας σε ΜΨΥ»,
«έλεγχος με απώτερο στόχο τις τροποποιήσεις και βελτιώσεις στο τομέα της υγείας»,
«αποτελεσματικότερο έλεγχο και εποπτεία των υπηρεσιών που χρηματοδοτεί».

Την τομεοποίηση των ΜΨΥ ως στόχο του υπουργείου αναφέρουν 10 άτομα. Σε 8 απαντήσεις επισημαίνεται ο εξορθολογισμός των οικονομικών, όπως και η διαφάνεια στη διαχείριση των οικονομικών. Πιο συγκεκριμένα, σε μια απάντηση καταγράφεται πως η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης «εξυπηρετεί τη συλλογιστική cost/benefit που βοηθάει στον εξορθολογισμό των οικονομικών». Τέλος, 6 άτομα επισημαίνουν στις απαντήσεις τους τη μείωση της χρηματοδότησης των ΜΨΥ.

Από την άλλη πλευρά, 57 άτομα απάντησαν πως δεν εξυπηρετεί πολιτικές υγείας, αναφέροντας τις απόψεις τους σχετικά με το τι σημαίνει για αυτούς η εφαρμογή και λειτουργία του μοντέλου της κοστολόγησης των ΜΨΥ. Παραθέτονται κάποιες από τις απαντήσεις:

«Αν και σαν πρόθεση είναι σωστή τελικά η εφαρμογή του δείχνει πως αποτελεί απλώς ένα τρόπο να νομιμοποιείται απολύτως τίποτα»,
«Αποτελεί ένα τρόπο χρηματοδότησης χωρίς να είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες και το τρόπο λειτουργίας των ΜΨΥ»,
«Δε λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών, τη χρονιότητα της κατάστασής τους και δεν αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών αλλά την ποσότητα».

Πιο συγκεκριμένα, σε 10 απαντήσεις αναφέρεται ο έλεγχος των ΜΨΥ, όπως και η συμπίεση του κόστους με την έννοια των περικοπών στη χρηματοδότηση των ΜΨΥ: «έλεγχος δαπανών και συμπίεση του κόστους των υπηρεσιών», «μείωση των δαπανών

για τις ΜΨΥ, χωρίς να συνυπολογίζονται οι ανάγκες του πληθυσμού και χωρίς να αξιολογείται τι είναι απαραίτητο και τι όχι», «μείωση των δαπανών εις βάρος των πραγματικών αναγκών των εξυπηρετούμενων και της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας».

Ακόμα, 8 άτομα μιλάνε για αύξηση της γραφειοκρατίας ή αλλιώς γραφειοκρατικοποίηση του συστήματος και, τέλος, 6 άτομα πως το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρετεί οικονομικές πολιτικές και στρατηγικές, χωρίς όμως να υπάρχει ο κατάλληλος σχεδιασμός σε θέματα πολιτικών υγείας.

Στο ερώτημα Β.3., 61 άτομα (38,1%) δηλώνουν πως έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα στον φορέα τους μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης. Από αυτά, 50 άτομα έδωσαν απάντηση στο ανοικτό ερώτημα σχετικά με τους τομείς που δημιουργήθηκαν τα ελλείμματα. Συγκεκριμένα, 36 άτομα στις απαντήσεις που δίνουν επισημαίνουν λειτουργικά έξοδα, μισθοδοσία και γενικότερα θέματα οικονομικά, επισημαίνοντας την αδυναμία πρόσληψης επιπλέον προσωπικού, κάλυψης επειγόντων εξόδων σε ΜΨΑ, συντηρήσεις κ.α.. Σχετικά με αυτή την απάντηση, ένας από τους ερωτηθέντες σχολιάζει συγκεκριμένα πως «δημιουργήθηκαν (τα ελλείμματα) κατά την περίοδο μετάβασης από το παλιό στο καινούργιο σύστημα». Ακόμα, 3 άτομα αναφέρονται σε κενά που έχουν δημιουργηθεί στις ΚΜΨΥ, και επίσης, 3 άτομα σε κενά στην Αγωγή Κοινότητας λόγω της μη κοστολόγησής της.

Συνεχίζοντας στη Δ Ενότητα, στο ερώτημα Δ.3.1., 37 άτομα (23,1%) απάντησαν πως έχουν υπόψη τους κάποιον τρόπο αποτύπωσης του παραγόμενου έργου των ΜΨΥ που να συνδυάζει την ποιοτική και την ποσοτική αποτύπωση του παραγόμενου έργου. Από τις απαντήσεις τους προκύπτουν προτάσεις που αφορούν ιδέες για τη βελτίωση του παρόντος συστήματος, όπως:

«αλλαγή της φιλοσοφίας του μοντέλου, ώστε να μην έχει τιμωρητικό και κατασταλτικό χαρακτήρα στη δουλειά των ΜΨΥ, αλλά βοηθητικό και οργανωτικό. Να αποτελεί ένα εργαλείο παρακολούθησης της δουλειάς της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας»,
«βελτιστοποίηση του υπάρχοντος συστήματος κοστολόγησης με προσθήκη ποιοτικών παραμέτρων καθώς και αποτύπωση της Αγωγής Κοινότητας»,

«βελτίωση του υπάρχοντος συστήματος με παραμέτρους, όπως κοστολόγηση των ασθενών ΜΨΑ όταν λείπουν σε διακοπές, κι άλλες δραστηριότητες αποκατάστασης, μείωση γραφειοκρατικών απαιτήσεων, εισαγωγή ποιοτικών παραμέτρων» και ακόμα, «μια προσέγγιση που να λαμβάνει υπόψη τη valued-based practice, τη συμμόρφωση ή όχι σε ποιοτικά standards, τη συνεχιζόμενη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας σε συνδυασμό με την παρακολούθηση συγκεκριμένων ποσοτικών δεικτών, όπως ο αριθμός των εξυπηρετούμενων, ο αριθμός και το είδος των επισκέψεων, ο αριθμός των καταγεγραμμένων sentinel events και των drop outs. Ίσως έτσι να δινόταν η δυνατότητα να σκιαγραφηθούν οι τάσεις που κυριαρχούν σε μια ΜΨΥ πάντα σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά της κοινότητας στην οποία δραστηριοποιείται και εντάσσεται και χωρίς απαραίτητα από αυτή την αποτύπωση να εξαρτάται και η χρηματοδότηση της μονάδας».

Πιο συγκεκριμένα, από τα 37 άτομα,

- τα 14 απάντησαν πως θα πρέπει να ξεκινήσει η καταγραφή και κοστολόγηση της Αγωγής Κοινότητας καθώς και η εφαρμογή κλίμακας αξιολόγησής της,
- 9 άτομα πρότειναν την εφαρμογή της μεθοδολογίας SROI στις ΜΨΥ για την αποτίμηση ποσοτικού και ποιοτικού έργου,
- 5 άτομα εισηγούνται να γίνονται αποδεκτές στην κοστολόγηση και πράξεις χωρίς ΑΜΚΑ, όπως πχ. για μετανάστες,
- 5 άτομα αναφέρουν τη μείωση της γραφειοκρατίας για το παρόν σύστημα,
- 4 άτομα προτείνουν την εισαγωγή και εφαρμογή του οδηγού διασφάλισης ποιότητας στις ΜΨΥ και όπου δεν υπάρχει να δημιουργηθεί, με το ίδιο να ισχύει και σχετικά με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών και τέλος,
- σε 4 απαντήσεις αναφέρεται εν μέσω άλλων η κοστολόγηση των ωρών συνάντησης της διεπιστημονικής ομάδας, όπως αποτυπώνεται αυτό σε μια εκ των απαντήσεων «Να κοστολογούνται οι εργάσιμες ώρες της συνάντησης της διεπιστημονικής ομάδας που είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων».

Ε. Κεφάλαιο Πέμπτο

Ε.1. Συζήτηση

Ε.1.1. Εφαρμογή του νέου μοντέλου χρηματοδότησης/ κοστολόγησης ΜΨΥ και ο τρόπος προσαρμογής σε αυτό

Το προσωπικό των ΜΨΥ του δείγματος, στο μεγαλύτερο ποσοστό του, είναι ενημερωμένο σχετικά με την εισαγωγή του συστήματος κοστολόγησης, για την οποία απαιτήθηκε χρονικό διάστημα τριμήνου στους φορείς με τη διαδικασία αποστολής σχετικών οδηγιών και εγκυκλίων για την ενημέρωσή τους. Κάθε ΜΨΥ, βεβαίως, χρειάστηκε τον δικό της χρόνο για να μπορέσει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, να επιλύσει τις απορίες που προέκυπταν από αυτά και να εξοικειωθεί με το νέο μοντέλο.

Στο εξάμηνο που απαιτήθηκε, κατά μέσο όρο, για την προσαρμογή των φορέων, χρειάστηκε συχνή επαφή και ανατροφοδότηση από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου προκειμένου να επιλυθούν ζητήματα και ελλείψεις που προέκυπταν από την εφαρμογή του συστήματος. Ο χρόνος χρειάστηκε, καθώς ο οδηγός εφαρμογής, σύμφωνα με τις απαντήσεις του προσωπικού, δείχνει να ήταν ελλιπής, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι φαίνεται να μην είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με την αρμόδια υπηρεσία, η οποία εν μέρει βοήθησε, αλλά όχι όσο θα χρειαζόταν για την γρηγορότερη προσαρμογή των φορέων.

Οι εργαζόμενοι των ΜΨΥ του δείγματος φαίνεται να διχάζονται ως προς το αν το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρετεί τελικά πολιτικές υγείας. Ως πολιτική υγείας ορίζεται το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν την παροχή, τη διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού. Από τις απαντήσεις τους φαίνεται και οι μεν και οι δε να καταγράφουν ως σκοπό του μοντέλου κοστολόγησης τον έλεγχο των ΜΨΥ, όπως και την παρακολούθησή τους. Ως πολιτική υγείας το νέο μοντέλο συμβάλλει σημαντικά στην προσπάθεια για την εγκατάσταση ενός συστήματος διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των ΜΨΥ, καθώς και στη βελτίωση του

τομέα της ΨΥ, στον εξορθολογισμό των οικονομικών και στη διαφάνεια. Από την άλλη, όμως, υπάρχουν ελλείψεις που καταδεικνύουν ελλιπή σχεδιασμό, καθώς δεν λαμβάνει υπόψη του το νέο μοντέλο τις εκάστοτε ανάγκες και τον τρόπο λειτουργίας των ΜΨΥ, τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών και συνάμα της διεπιστημονικής ομάδας και του ευρύτερου πληθυσμού, αλλά και την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και του κοινωνικού αντίκτυπου αυτών.

Το γεγονός πως οι ΜΨΥ πλέον, εκτός των στοιχείων που ήδη διατηρούσαν σχετικά με τη σύσταση, την οργάνωση και λειτουργία τους, τα στοιχεία των εργαζομένων και τα οικονομικά στοιχεία κάθε δομής, καθώς και στοιχεία των ωφελούμενων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών των μονάδων, θα πρέπει να υποβάλλουν μηνιαίως στη ΔΨΥ, μέσω του πληροφοριακού συστήματος παρακολούθησης ΜΨΥ, αναλυτική αποτύπωση των παραχθέντων υπηρεσιών ανά είδος και ωφελούμενο, δικαιολογεί τα αρνητικά σχόλια για την αύξηση της γραφειοκρατίας ή αλλιώς την γραφειοκρατικοποίηση του συστήματος.

E.1.2. Η επιρροή του μοντέλου κοστολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο λειτουργικό, στόχων και φιλοσοφίας των φορέων

Σκοπός του συστήματος κοστολόγησης είναι η κάλυψη της ανάγκης καθιέρωσης ενός αξιόπιστου συστήματος διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, ελέγχου και παρακολούθησης της ποιότητας σε ΜΨΥ που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Ο σκοπός αυτός φαίνεται να επιτυγχάνεται, σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών ΨΥ, μετά την εφαρμογή του νέου μοντέλου, αλλά δεν θα πρέπει να αμεληθεί και το εξίσου σημαντικό ποσοστό που δηλώνει πως δεν γνωρίζει αν τελικά ο σκοπός που έχει θέσει το υπουργείο είναι εφικτός ή και ακόμα δε νιώθει ξεκάθαρο το σκοπό αυτό.

Παρά τις δυσκολίες που αναφέρονται, τελικά τα λειτουργικά των φορέων δείχνουν να καλύπτονται, με μια διαφοροποίηση όμως μεταξύ των φορέων. Σε ΕΚΨ&ΨΥ και ΕΠΑΨΥ το μεγαλύτερο μέρος των εργαζομένων δηλώνει πως καλύπτονται τα λειτουργικά έξοδα και δεν έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα στο φορέα. Από την άλλη, στους φορείς ΚΕΣΔΕΟ Έδρα, ΑμΚΕ Κέντρο Παιδιού και Εφήβου και Συν-ειρμός, οι περισσότεροι/ες δηλώνουν πως δεν καλύπτονται τα λειτουργικά έξοδά τους και, μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης, έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα σε αυτό τον τομέα, τα οποία θεωρούν οι εργαζόμενοι πως οφείλονται στην εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης κυρίως. Στην ΠΕΨΑΕΕ, παρόλο που υποστηρίζεται στην αρχή πως τα λειτουργικά έξοδα καλύπτονται, εν συνεχεία φαίνεται τελικά να έχουν δημιουργηθεί κάποια ελλείμματα λόγω του συστήματος κοστολόγησης.

Σε συνάρτηση με αυτά, ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη και το γεγονός πως κάποια από τα ελλείμματα δημιουργήθηκαν στις ΜΨΥ κατά τη μετάβαση από το παλιό σύστημα στο καινούργιο. Στο πρώτο μέρος αυτής της ενότητας αναφέρθηκε ο χρόνος που απαιτήθηκε για την προσαρμογή των φορέων. Είναι φυσικό επόμενο μέσα στο διάστημα αυτό να δημιουργηθούν κενά σε κάποιους τομείς μέχρι να βρεθούν οι λύσεις και τα εργαλεία για τη διαχείρισή τους. Εν συνεχεία, αφού προσαρμόζεται ο φορέας, αυτά σιγά σιγά εξισορροπούνται.

Οι ΜΨΥ για να καλύψουν τις επιπλέον ανάγκες που προκύπτουν καταφεύγουν κυρίως σε χρηματοδοτήσεις από Ευρωπαϊκά προγράμματα, Δήμο και Περιφέρεια, κατά κύριο λόγο, ενώ αυτό παράλληλα συμβαίνει και για την υποστήριξη, ανάπτυξη και ενίσχυση εξειδικευμένων προγραμμάτων που θέλουν να τρέξουν και τα έξοδά τους δεν καλύπτονται από τη βασική χρηματοδότηση.

Τελικά, από τις απαντήσεις του προσωπικού των ΜΨΥ, προκύπτει πως η λειτουργία τους επηρεάστηκε από την εισαγωγή του νέου συστήματος παρακολούθησης. Ένα πεδίο, από αυτά που επηρεάστηκαν περισσότερο, είναι η τήρηση του αρχείου των ασθενών και η σύνταξη γνωματεύσεων και λοιπών εκθέσεων που απαιτούνται για τις ΜΨΥ, καθώς δεν υπολογίζεται ο χρόνος που χρειάζεται για αυτά και δεν ανταμείβεται. Επιπρόσθετα, ο χρόνος που μένει για τη δουλειά αυτή, όλο και περιορίζεται, λόγω της απαιτητικότητας του Υπουργείου για καταγραφή ολοένα και περισσότερων στοιχείων.

Ένας άλλος σημαντικός τομέας που επηρεάστηκε είναι η Αγωγή Κοινότητας, η οποία έχει υποβαθμιστεί, αφού ακόμα το Υπουργείο δεν την έχει συμπεριλάβει στην κοστολόγηση, παρότι αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά των δομών Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Ως φυσικό επόμενο, οι φορείς δίνουν το βάρος σε άλλους τομείς και επιδιώκουν να πραγματοποιούν δράσεις στην κοινότητα είτε με μικρότερο κόστος για να μπορούν να το καλύπτουν είτε καλά δομημένες και οργανωμένες δράσεις που θα έχουν προεγκριθεί από τα κεντρικά του Υπουργείου, μιας και μόνο αυτές έχουν πιθανότητα χρηματοδότησης. Οι ΜΨΥ αποτελούν τους φορείς επικοινωνίας του πληθυσμού με τα ζητήματα ψυχικής υγείας. Με τον παρόντα τρόπο κοστολόγησης δεν προβλέπεται η καθημερινή διάδραση των επαγγελματιών ΨΥ με την κοινότητα, παρά νοούνται από τους υπευθύνους δράσεις προεκτιμημένες από εξωτερικό αξιολογητή, ο οποίος δεν έχει επαφή ούτε με την κοινότητα αναφοράς, αλλά ούτε και με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της. Για να εξασφαλιστεί η επιτυχία μιας σειράς αναλόγων δράσεων, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα από μελέτες που αφορούσαν τη στάση του πληθυσμού, προτείνεται η δημιουργία μιας υποδομής που θα εκτιμά τις ανάγκες κάθε ιδιαίτερης ομάδας και θα συλλέγει πληροφορίες σχετικά με πληθυσμιακές ιδιαιτερότητες, πολιτισμικές πεποιθήσεις και λοιπές αντιλήψεις.

Μια ακόμα δυσκολία που προκύπτει στις ΜΨΥ είναι η υποβάθμιση της δυναμικότητας της διεπιστημονικής ομάδας, δεδομένου και του γεγονότος ότι δεν κοστολογούνται οι

ώρες συνάντησής της που είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία της. Παράλληλα, οι πολλαπλές απαιτήσεις καταγραφών και συμπλήρωσης απαιτούμενων δικαιολογητικών και παραπεμπτικών ανάγουν τη θεραπευτική ομάδα σε γραφειοκρατική υπηρεσία.

Τέλος, η απαίτηση καταγραφής του ΑΜΚΑ για την κοστολόγηση οποιασδήποτε διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης, αποκλείει από τις υπηρεσίες των ΜΨΥ, κυρίως των ΚΜΨΥ και των ΚΗ, μια μερίδα πληθυσμού με μεγάλες ανάγκες, όπως οι μετανάστες.

Θετικό ρόλο σε όλα αυτά φαίνεται να διαδραματίζει η εμπειρία και η φιλοσοφία των φορέων, αποτελώντας υποστηρικτικό πλαίσιο για το προσωπικό, ώστε να έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε αλλαγές που προκύπτουν. Είναι αναγκαίο κάθε φορέας να μπορεί να προσαρμόζεται στις απαιτητικότητες του Υπουργείου, αλλά και του ευρύτερου εξωτερικού περιβάλλοντος, να διαχειρίζεται αλλαγές που συμβαίνουν και παράλληλα, να διατηρεί ενήμερο το προσωπικό και να το υποστηρίζει.

E.1.3. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΜΨΥ και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο διάστημα εφαρμογής του συστήματος κοστολόγησης

Στο διάστημα που έχει λειτουργήσει το σύστημα κοστολόγησης, δείχνει να έχει βοηθήσει στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών, αν λάβουμε υπόψη και την απαιτητικότητα του ως προς τα στοιχεία που πρέπει να υποβάλλονται και να συλλέγονται ανά φορέα. Οι φορείς φαίνεται να χρειάστηκαν αναπροσαρμογή των υπηρεσιών τους για να προσαρμοστούν στη νέα μεθοδολογία και, στο μεγαλύτερο μέρος τους, αυτό τους ωφέλησε. Ωστόσο, σε ένα μέρος των φορέων του δείγματος, φαίνεται πως το προσωπικό αυτό δεν το βίωσε.

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αφορά στο κατά πόσο η παροχή υπηρεσιών βασίζεται στην επιστημονική γνώση και κατά πόσο οι υπηρεσίες παρέχονται σε όλους/ες όσοι/ες τις χρειάζονται. Ως φυσικό επόμενο, ένας καλύτερος σχεδιασμός των υπηρεσιών με αφορμή την εισαγωγή του νέου μοντέλου κοστολόγησης βοήθησε στο να είναι αποτελεσματικές και αυτό φαίνεται και στις απαντήσεις των εργαζομένων.

Στις μονάδες που δεν έδειξαν ευελιξία φαίνεται αυτό να μη λειτούργησε, ωστόσο ας ληφθεί υπόψη πως κάθε μονάδα επηρεάστηκε με διαφορετικό τρόπο από τη νέα μεθοδολογία, σύμφωνα με τις απαιτήσεις που προέκυπταν, αλλά και τον τρόπο λειτουργίας της. Για το λόγο αυτό παρατηρούμε οι ΚΜΨΥ και τα ΚΗ να επηρεάζονται περισσότερο αρνητικά σε σχέση με τις ΜΨΑ. Η εφαρμογή του νέου συστήματος χρηματοδότησης, με την κοστολόγηση ανά ασθενή και υπηρεσία, φαίνεται να έχει καταδείξει σε αυτό το διάστημα ελλιπή χρηματοδοτική κάλυψη υπηρεσιών που παρέχονται καθημερινά, ειδικά στις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, με αποτέλεσμα τον εξαναγκασμό σταδιακής τροποποίησης της λειτουργίας και κατά περιπτώσεις την υποβάθμιση του δυναμικού τους, όπως έχει επισημανθεί και πιο πάνω. Έτσι παρατηρούμε το προσωπικό των ΚΜΨΥ και ΚΗ να δηλώνουν πως το μοντέλο κοστολόγησης επηρεάζει αρνητικά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, σε αντίθεση με τις ΜΨΑ που υποστηρίζουν πως επηρεάζεται αρκετά θετικά.

Η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί μέτρο του κατά πόσο οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών εκβάσεων και κατά πόσο ακολουθούν σύγχρονες και εμπειρικά τεκμηριωμένες (evidence based) πρακτικές, συμπεριλαμβάνοντας τρεις βασικές παραμέτρους: τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας (τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και το γενικότερο πληθυσμό), τους εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας, καθώς και τα χαρακτηριστικά οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με το προσωπικό των φορέων του δείγματος, υποστηρίζεται πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει διατηρηθεί. Παράλληλα, η σχέση με τον ψυχικά ασθενή δεν επηρεάστηκε από τις αλλαγές που επήλθαν στο γενικό πλάνο. Μόνο στην ΚΜΨΥ παρατηρούμε να δηλώνει το προσωπικό πως επηρεάστηκε λίγο αρνητικά.

Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητάς τους είναι συνισταμένη πολλαπλών παραμέτρων. Η αξιολόγηση της ποιότητας του παραγόμενου έργου συμβάλλει σημαντικά ως προς αυτό. Το γεγονός πως μεγάλο ποσοστό του δείγματος υποστηρίζει πως δεν αξιολογείται επαρκώς το παραγόμενο έργο από το υπάρχον σύστημα κοστολόγησης, αποτελεί τροφή για σκέψη και εύρεση τρόπων και μεθόδων για την κάλυψη αυτού του κενού. Όπως έχει επισημανθεί, είναι απαραίτητο να αξιολογείται η λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όχι ως διοικητική περιγραφή επίτευξης κάποιων προκαθορισμένων στόχων πλήρωσης θέσεων ή δημιουργίας υπηρεσιών, αλλά στη βάση της ποιότητας φροντίδας που παρέχουν. Ωστόσο στη χώρα μας δεν αποτελεί κάτι νέο αυτό, καθώς, παρά την επέκταση του δικτύου των μονάδων ψυχικής υγείας, παρατηρείται έλλειψη σε ό, τι αφορά στην αξιολόγησή τους. Στο πλαίσιο του τελευταίου ΕΣΠΑ, είχαν προβλεφθεί δράσεις, όπως η ανάπτυξη προτύπων λειτουργίας και δεικτών αποτελεσματικότητας. Αυτό συμπεριλάμβανε την εκπόνηση και επεξεργασία των προτύπων σε συνεργασία με ερευνητικό ινστιτούτο (ΕΠΨΥ) και την ανάπτυξη δεικτών ποιότητας και αποτελεσματικότητας για όλο το φάσμα των δομών ψυχικής υγείας, καθώς και την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας των ΝΠΙΔ και ΝΠΔΔ φορέων στην εφαρμογή των προτύπων αυτών.

Σε άμεση σχέση έρχεται η μη κοστολόγηση των πράξεων Αγωγής Κοινότητας, καθώς δεν υπήρξε σχετικός προγραμματισμός για την ανάπτυξη δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας. Ένα σημαντικό κομμάτι του έργου των φορέων αφορά

στη σχέση τους με την κοινότητα αναφοράς τους, τη φροντίδα, την εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την ψυχική υγεία, με λίγα λόγια την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Αποτέλεσε, συνεπώς, ένα τομέα που επηρεάστηκε αρνητικά από το νέο μοντέλο κοστολόγησης. Πάνω από το μισό των εργαζόμενων θεωρεί πως επηρεάζεται πολύ αρνητικά το έργο των ΜΨΥ από την μη συμπερίληψή της στην κοστολόγηση. Θετικό παράγοντα αποτελεί το γεγονός ότι σε κάποιους τομείς δημιουργήθηκαν περιθώρια βελτίωσης στις ΜΨΥ, όπως είναι ο οργανωτικός και ο οικονομικός τομέας.

E.1.4. Περιθώρια βελτίωσης της λειτουργίας των φορέων και τρόποι επαρκούς αποτύπωσης του συνολικού έργου, ποσοτικού και ποιοτικού, των ΜΨΥ

Η βιωσιμότητα ενός φορέα ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι εξασφαλισμένη, έχοντας πάντα υπόψη τη σωστή φροντίδα και υποστήριξη της κοινότητας, των ασθενών που παρακολουθούνται, αλλά και αυτών που διαμένουν σε στεγαστικές μονάδες, ενώ παράλληλα σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχική υγεία των εργαζομένων σε αυτές. Σχεδόν οι μισοί από τους εργαζόμενους των ΜΨΥ που εξετάστηκαν, υποστηρίζουν πως μπορεί ο φορέας τους να είναι βιώσιμος μετά την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος, ενώ παράλληλα φαίνεται πως αν τελικά συμπεριλαμβανόταν η Αγωγή Κοινότητας στην κοστολόγηση των υπηρεσιών τα πράγματα θα ήταν καλύτερα. Το γεγονός αυτό θα βοηθούσε σημαντικά στην πληρέστερη αποτύπωση του έργου των ΜΨΥ.

Προτάσεις που αφορούν τρόπους αποτύπωσης του συνόλου του έργου των ΜΨΥ είναι πολύ σημαντικές, ειδικά αν προέρχονται από επαγγελματίες του χώρου. Είναι σημαντικό η αξιολόγηση των φορέων να διακρίνεται σε ποσοτική και ποιοτική. Από τη μια, στην ποσοτική αξιολόγηση, περιλαμβάνονται εκτιμήσεις δεδομένων και καταγράφονται στοιχεία που αφορούν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών σε επίπεδο μονάδας ή και σε εθνικό επίπεδο, και από την άλλη, στην ποιοτική αξιολόγηση συγκρίνονται οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε μια υπηρεσία με τις ενέργειες εκείνες που θα έπρεπε να γίνουν, με στόχο τη βελτιστοποίηση των παρεμβάσεων.

Από τις απαντήσεις του προσωπικού των ΜΨΥ του δείγματος, προέκυψαν προτάσεις σχετικά με ιδέες για τη βελτίωση του παρόντος συστήματος, με εργαλεία και νέες μεθοδολογίες, αλλά και την εφαρμογή οδηγιών ποιότητας. Η βελτιστοποίηση του υπάρχοντος συστήματος κοστολόγησης με προσθήκη ποιοτικών παραμέτρων, αλλάζοντας την μέχρι τώρα φιλοσοφία του, είναι μια βασική παράμετρος.

Σε αυτό το σκεπτικό συμπεριλαμβάνονται προτάσεις που αφορούν στην αποτύπωση των πράξεων Αγωγής Κοινότητας εν γένει, την κοστολόγηση των ασθενών ΜΨΑ όταν λείπουν σε διακοπές και άλλες αποκαταστατικές δραστηριότητες, τη μείωση των

γραφειοκρατικών απαιτήσεων, τη συνεχιζόμενη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας σε συνδυασμό με την παρακολούθηση συγκεκριμένων ποσοτικών δεικτών, όπως ο αριθμός των εξυπηρετούμενων, ο αριθμός και το είδος των επισκέψεων, ο αριθμός των καταγεγραμμένων sentinel events και των drop outs, η κοστολόγηση των επειγόντων περιστατικών με τη συμπερίληψη άνω του ενός θεραπευτή για την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής κρίσης, των μετακινήσεων της θεραπευτικής ομάδας και του χρόνου που απαιτείται, η κοστολόγηση πράξεων χωρίς AMKA, όπου αυτό δεν καθίσταται δυνατό, καθώς και η κοστολόγηση των εργασιμων ωρών που απαιτούνται για τη συνάντηση της επιστημονικής ομάδας και είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων. Τέλος, σημαντικό είναι να εφαρμόζονται οι οδηγοί διασφάλισης ποιότητας που έχουν δημιουργηθεί, αλλά και τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών, από τα οποία οι μονάδες μπορούν αν συλλέγουν σημαντικά στοιχεία για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Τέλος, προτείνεται η εφαρμογή της μεθοδολογίας SROI (Social Return on Investment) στις ΜΨΥ για την αποτίμηση ποσοτικού και ποιοτικού έργου. Η μεθοδολογία αυτή δίνει βάση, όχι μόνο στα αριθμητικά αποτελέσματα, αλλά και στην ανθρώπινη εμπειρία, στον τρόπο που επηρεάζεται ο κόσμος, οι κοινότητες, οι ασθενείς από το έργο μιας ΜΨΥ και πώς μπορεί το έργο της και το βίωμα αυτού να αλλάξει σταδιακά το άτομο, την οικογένεια, την πόλη, τον κόσμο.

Βασικοί παράγοντες που διαφοροποιούν τη μεθοδολογία αφορούν στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η συλλογή των δεδομένων μέσα από την άμεση συμμετοχή των εμπλεκόμενων και, παράλληλα, στη συλλογή όχι μόνο οικονομικών στοιχείων αλλά και κοινωνικών και περιβαλλοντικών δεδομένων. Η μεθοδολογία SROI, ως δείκτης κοινωνικής απόδοσης, δεν μετράει το χρήμα αλλά την αξία και περιλαμβάνει μελέτες περιπτώσεων, ποιοτικά, ποσοτικά και οικονομικά στοιχεία αποτελώντας ένα εργαλείο για τη λήψη σημαντικών αποφάσεων.

Τα οφέλη που έχει η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας έχουν να κάνουν με την ανάπτυξη και τη βιωσιμότητα του φορέα, καθώς και με το κομμάτι των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

Ως προς το πρώτο σκέλος, μιλάμε για οφέλη που έχουν να κάνουν με τη βελτίωση της εικόνας του φορέα, τη δημιουργία ευκαιριών για χρηματοδότηση, τον στρατηγικό σχεδιασμό για την οργάνωση των υπηρεσιών σε μελλοντικό χρόνο με στόχο την υψηλή κοινωνική απόδοση και, τέλος, την τοποθέτηση του φορέα στο κέντρο των εξελίξεων, μιας και η μέτρηση της κοινωνικής απόδοσης αφορά ολοένα και περισσότερους οργανισμούς και υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον παγκοσμίως. Χαρακτηριστική είναι και η ανακοίνωση της ΕΕ, μέσω οδηγίας που δόθηκε για την αποτελεσματικότερη χρήση των κεφαλαίων του Ε.Κ.Τ. (2014 – 2020) (Δελτίο Τύπου IP/13/125), που προτρέπει στις κοινωνικές επενδύσεις και την ανάμειξη των άμεσα εμπλεκόμενων στο σχεδιασμό των δράσεων. Επιπρόσθετα, η ΕΕ δίνει έμφαση στην μέτρηση των αποτελεσμάτων και την αξιολόγησή τους σε σχέση με τη συνεισφορά αυτών στην επίτευξη των στόχων των φορέων.

Ως προς το σκέλος του οφέλους στις προσφερόμενες υπηρεσίες του φορέα, η μεθοδολογία μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση της κοινωνικής αξίας των πράξεων / δράσεων που πραγματοποιεί ο φορέας και βοηθάει στη μεγιστοποίηση αυτής, τη σωστή διαχείριση τόσο θετικών όσο και αρνητικών αποτελεσμάτων και την καλύτερη επικοινωνία αυτών προς τα έξω, και εν γένει τη μεγιστοποίηση της παραγόμενης κοινωνικής αξίας.

Η ανάλυση SROI περιλαμβάνει έξι στάδια στην πράξη. Αυτό που επιδιώκει μέσα από τα στάδια είναι σε πρώτη φάση να κατανοηθούν οι ανάγκες της τοπικής κοινωνίας και των εμπλεκόμενων, στη συνέχεια να διερευνηθεί η αλλαγή που έχει επέλθει και πώς αυτή πραγματώνεται και, τέλος, να αποδοθεί αυτή η αλλαγή σε χρηματικές μονάδες ώστε να γίνεται αντιληπτή και κατανοητή από όλους. Πιο συγκεκριμένα, τα στάδια έχουν να κάνουν με τον καθορισμό του σκοπού του φορέα ή του εκάστοτε προγράμματός του, των εμπλεκόμενων και του είδους της ανάλυσης, με τη χαρτογράφηση των επιθυμητών αποτελεσμάτων, τη συλλογή δεδομένων για τον απολογισμό των αποτελεσμάτων και την απόδοση χρηματικής αξίας, τον ορισμό των επιπτώσεων από άλλους παράγοντες, τον υπολογισμό του δείκτη και, τέλος, την δημιουργία σχετικής έκθεσης και ενσωμάτωσης των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν στην στρατηγική του φορέα.

Η ανάλυση κάνει τα πρώτα της βήματα σε επίπεδο εκπαίδευσης και εφαρμογής στην Ελλάδα μέσω του φορέα Equal Society – Κοινωνία ίσων ευκαιριών και έχει προσφερθεί από πρότυπα που αναδείχθηκαν από επιχειρηματίες στο διαγωνισμό Global Social Venture από το 2000 έως το 2002.

Το πρόγραμμα «Κοινωνική Απόδοση Επενδύσεων» της Equal Society αφορά στην ανάπτυξη και εφαρμογή της μεθοδολογίας SROI για τη μέτρηση της κοινωνικής απόδοσης στην Ελλάδα. Εφαρμόστηκε σε 10 φορείς (ΜΚΟ, Σωματεία, συλλόγους), ένας εκ των οποίων είναι και η ΚΕΣΔΕΟ Έδρα που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα. Απώτεροι στόχοι του έργου είναι η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο αποτιμάται η αξία και η ενίσχυση της συμβολής διαφόρων οργανισμών στην κοινωνία. Περισσότερα στοιχεία σχετικά με το συγκεκριμένο έργο της Equal Society και τους φορείς που υλοποιείται η μεθοδολογία είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα <http://socialvalue.gr>.

Ε.2. Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα αφορά στο προσωπικό που εργάζεται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Η επικοινωνία έγινε είτε τηλεφωνικά είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε όλα τα στάδια. Σε κάποια σημεία αυτό παρουσίασε κενά στην επικοινωνία και ως διαδικασία ήταν περισσότερο χρονοβόρα. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο να παραχθούν αναλυτικές και στοχευμένες οδηγίες για την πορεία της διαδικασίας και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, ενώ παράλληλα η ερευνητική ομάδα ήταν διαθέσιμη να απαντήσει σε κάθε απορία που προέκυπτε. Η επικοινωνία ήταν συστηματική προκειμένου να διευκολύνεται η διαδικασία όσο το δυνατό περισσότερο.

Δεδομένων των συνθηκών του περιορισμένου χρόνου και της απόστασης, έγινε προσπάθεια προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικά και έγκυρα. Εξετάστηκαν κάποιοι από τους πιο δυναμικούς φορείς στον τομέα της κοινοτικής ψυχιατρικής, με πλήθος μονάδων και ειδικοτήτων, ενώ καταβλήθηκε προσπάθεια αύξησης του εύρους της γεωγραφικής κάλυψης. Παρόλα αυτά, το δείγμα φορέων που επιλέχθηκε δεν αποτελεί προϊόν τυχαίας δειγματοληψίας, αλλά ανταποκρίνεται περισσότερο στον ορισμό ενός μη πιθανοθεωρητικού δείγματος.

Πραγματικότητα αποτελεί, τέλος, το γεγονός πως τα δεδομένα επηρεάζονται από την υποκειμενική γνώμη και την εμπειρία των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν διευκρινιστικά ερωτήματα σε καίρια σημεία, δεδομένης και της αδυναμίας πραγματοποίησης προσωπικής συνέντευξης. Κατά τη διαδικασία σύνταξης του ερωτηματολογίου δόθηκε μεγάλη προσοχή σε βασικά χαρακτηριστικά τα οποία συντελούν στην επιτυχία και την ορθότητα της έρευνας, όπως αναφέρονται παραπάνω.

E.3. Συμπεράσματα

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Η εφαρμογή του νέου μοντέλου κοστολόγησης φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην προσπάθεια εγκατάστασης ενός συστήματος διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των ΜΨΥ, καθώς και στη βελτίωση του τομέα της ΨΥ, στον εξορθολογισμό των οικονομικών και τη διαφάνεια. Ωστόσο, υπάρχουν ελλείψεις που καταδεικνύουν ελλιπή σχεδιασμό, καθώς το νέο σύστημα δεν λαμβάνει υπόψη του τις εκάστοτε ανάγκες και τον τρόπο λειτουργίας των ΜΨΥ, τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών και συνάμα της διεπιστημονικής ομάδας και του ευρύτερου πληθυσμού, αλλά και την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και του κοινωνικού αντίκτυπου αυτών.
- Τα ελλείμματα που δημιουργήθηκαν στις ΜΨΥ αποδίδονται, κατά κύριο λόγο, στη μετάβαση από το παλιό σύστημα κοστολόγησης στο καινούργιο. Μέσα στο χρόνο που απαιτήθηκε για την προσαρμογή των φορέων δημιουργήθηκαν κενά μέχρι να βρεθούν λύσεις και εργαλεία για τη διαχείρισή τους. Εν συνεχεία, όταν άρχισαν οι ΜΨΥ να προσαρμόζονται, αυτά εξισορροπήθηκαν.
- Στο διάστημα που έχει λειτουργήσει το σύστημα κοστολόγησης δείχνει να έχει βοηθήσει στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών, αν λάβουμε υπόψη και την απαιτητικότητα του ως προς τα στοιχεία που πρέπει να υποβάλλονται και να συλλέγονται ανά φορέα. Ως φυσικό επόμενο, ένας καλύτερος σχεδιασμός των υπηρεσιών με αφορμή την εισαγωγή του νέου μοντέλου κοστολόγησης βοήθησε στο να είναι αποτελεσματικές, χωρίς όμως να ισχύει το ίδιο για όλες τις μονάδες. Στις ΚΜΨΥ και τα ΚΗ, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών δεν ήταν ικανοποιητική σε αυτό το διάστημα.
- Η αξιολόγηση της ποιότητας του παραγόμενου έργου, παρόλο που συμβάλλει σημαντικά, δείχνει να μην εφαρμόζεται επαρκώς από το υπάρχον σύστημα κοστολόγησης, γεγονός που αποτελεί τροφή για σκέψη και εύρεση τρόπων και μεθόδων για την κάλυψη αυτού του κενού.

- Ένα σημαντικό κομμάτι του έργου των φορέων που αφορά στη σχέση τους με την κοινότητα αναφοράς τους, τη φροντίδα, την εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την ψυχική υγεία, επηρεάστηκε πολύ αρνητικά, καθώς η μη κοστολόγηση των πράξεων Αγωγής Κοινότητας δεν άφησε πολλά περιθώρια για το σχετικό προγραμματισμό ανάπτυξης δράσεων.
- Οι ΜΨΥ φαίνεται να είναι βιώσιμες μετά την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Ωστόσο σημαντικό ρόλο έχει η αξιολόγηση των φορέων να διακρίνεται σε ποσοτική και ποιοτική.

Κλείνοντας, αυτό που προτείνεται για την καλύτερευση της υπάρχουσας κατάστασης, αφορά στη βελτιστοποίηση του υπάρχοντος συστήματος κοστολόγησης με:

- ✓ την προσθήκη ποιοτικών παραμέτρων, αλλάζοντας την μέχρι τώρα φιλοσοφία του,
- ✓ την αποτύπωση των πράξεων Αγωγής Κοινότητας εν γένει,
- ✓ την κοστολόγηση των ασθενών ΜΨΑ όταν λείπουν σε διακοπές και άλλες δραστηριότητες αποκατάστασης,
- ✓ τη μείωση των γραφειοκρατικών απαιτήσεων,
- ✓ τη συνεχιζόμενη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας, σε συνδυασμό με την παρακολούθηση συγκεκριμένων ποσοτικών δεικτών, όπως ο αριθμός των εξυπηρετούμενων, ο αριθμός και το είδος των επισκέψεων, ο αριθμός των καταγεγραμμένων δράσεων και των drop outs,
- ✓ την κοστολόγηση των επειγόντων περιστατικών με τη συμπερίληψη άνω του ενός θεραπευτή για την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής κρίσης, των μετακινήσεων της θεραπευτικής ομάδας και του χρόνου που απαιτείται,
- ✓ την κοστολόγηση πράξεων χωρίς ΑΜΚΑ, όπου αυτό δεν καθίσταται δυνατό,
- ✓ την κοστολόγηση των εργασιμων ωρών που απαιτούνται για τη συνάντηση της επιστημονικής ομάδας και είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων.

Σημαντικό ρόλο σε όλα αυτά παίζει η εφαρμογή των οδηγιών διασφάλισης ποιότητας που έχουν δημιουργηθεί, αλλά και των ερωτηματολογίων ικανοποίησης των ασθενών,

από τα οποία οι μονάδες μπορούν να συλλέγουν σημαντικά στοιχεία για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Τέλος, η εφαρμογή μεθοδολογιών, όπως η SROI analysis, είναι δυνατό να αποφέρουν πολλαπλά οφέλη σε μια ΜΨΥ, που έχουν να κάνουν με την ανάπτυξη και τη βιωσιμότητα του φορέα, καθώς και με το κομμάτι των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- Ευθυμίου Χριστόφορος, Δ/κος Διευθυντής ΠΙΝΑ, *Η διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας*, www.autismhellas.gr/files/el/diasfalisi_poiotitas.doc, (πρόσβαση: 5/8/2015).
- Μέτρηση Κοινωνικής Απόδοσης, Equal Society – Κοινωνία Ίσων Ευκαιριών, <http://www.equalstociety.gr>, Copyright © 2016 Equal Society, (πρόσβαση: 10/5/2016).
- Μέτρηση Κοινωνικής Απόδοσης, <http://socialvalue.gr/>, Copyright © 2015 Equal Society, (πρόσβαση: 10/5/2016).
- Μηχανισμός Υποστήριξης και Παρακολούθησης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας "ΨΥΧΑΡΓΩΣ", *Το μοντέλο κοστολόγησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας*, www.psychargos.gov.gr, (πρόσβαση: 31/7/2015).
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001, *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, εκδ. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Γεώργιος Πασαντωνόπουλος, Επιστημονική Επιμέλεια: Πέτρος Σκαπινάκης, MD, MPH, PhD Ψυχίατρος.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003, *Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Γεώργιος Πασαντωνόπουλος, Επιμέλεια Ελλ. Έκδοσης: Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός, 2004.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003, *Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Γεώργιος Πασαντωνόπουλος, Επιμέλεια Ελλ. Έκδοσης: Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός, 2004.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003, *Πολιτική, Σχέδια δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Γεώργιος Πασαντωνόπουλος, Επιμέλεια Ελλ. Έκδοσης: Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός, 2004.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003, *Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας,

Μετάφραση: Γεώργιος Πασαντωνόπουλος, Επιμέλεια Ελλ. Έκδοσης: Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός, 2004.

- Παρασκευαΐδου Σ., Κατσαλιάκη Κ., *Αξιολόγηση των υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός»*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32(4), 467 -474.
- Στυλιανίδης Σ., Γκιωνάκης Ν., «*Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας στη ψυχική υγεία: Μεθοδολογικές παρατηρήσεις*» *Τετράδια Ψυχιατρικής* Νο 49, σελ. 22-34, 1993.
- Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός, Ψυχαργός Γ' (2011 -2020), *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ομάδα Εργασίας για την αναθεώρηση του Ψυχαργός, Νοέμβριος 2011.*

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

- Bonovas, S., & Nikolopoulos, G. (2012). *High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. Journal of preventive medicine and hygiene*, 53(3).
- Bridges K., Huxley P., Mohamad H., Oliver J., *Quality of life and mental health services*, 2005
- Jeremy Nicholls, *Accounting for managing and using Social Value, CEO, SROI Network.*
- Karastergiou A., Mastrogianni A., Georgiadou E., Kotrotsios S., Mauratziotou K., *The reform of the Greek mental health services, Journal of Mental Health*, 2005, 14:197–203.
- World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013 - 2020*, 2013.
- Pioli R., Rossi G., Morosini P., *Accreditamento volontario tra peri delle structure residenziali riabilitative in salute mentale, Psichiatria di Comunita* 8, Centro Scientifico Editore, 2003.
- Saraceno B, Barbato A, *Avaluation of psychiatrie rehabilitation, International Journal of Mental Health* 1995, 24: 98-99.
- Saraceno B., Ommeren M., Batniji R., Cohen A., Gureje O., Mahoney J., Sridhar D., Underhill C., *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries, Published Online: 04 September 2007.*
- OECD, FOCUS ON HEALTH Making Mental Health Count, July 2014.

Παράρτημα

• Ερωτηματολόγιο

«Καταγραφή και αξιολόγηση απόψεων του προσωπικού για το μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα»

Εισαγωγή

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση του μοντέλου κοστολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως αυτό εφαρμόστηκε από το 2013 μέχρι σήμερα. Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε, θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές και δεν θα γίνουν γνωστές από κανέναν άλλο άτομο, παρά μόνο θα αξιοποιηθούν για τον σκοπό της παρούσας έρευνας. Παρακαλείστε να σημειώσετε την άποψή σας σε κάθε μια από τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Επιλέξτε (κυκλώστε) κάθε φορά μια απάντηση, εκτός από τα σημεία που σας διευκρινίζεται ότι μπορείτε να έχετε παραπάνω επιλογές. Για ό,τι απορία έχετε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Ιωάννα Καλλία μέσω e-mail στο ioanna.kallia@yahoo.gr ή στο τηλέφωνο 6942523696.

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα
2. Ηλικία (σε έτη):
3. Οικογενειακή κατάσταση:
 1. Άγαμος, 2. Έγγαμος, 3. Χήρος/α, 4. Διαζευγμένος/η, 5. Εν διαστάσει, 6. Συζείς, 7. Άλλο (διευκρινίστε).....
4. Επίπεδο εκπαίδευσης:
 1. Αναλφάβητος, 2. Δημοτικό, 3. Γυμνάσιο, 4. Λύκειο, 5. ΙΕΚ, 6. ΤΕΙ, 7. ΑΕΙ, 8. Μεταπτυχιακό, 9. Διδακτορικό
5. Ειδικότητα:
 1. Ψυχολόγος, 2. Ψυχίατρος, 3. Κοινωνικός Λειτουργός, 4. Νοσηλεύτης, 5. Λογοθεραπευτής, 6. Εργοθεραπευτής, 7. Διοικητικός υπάλληλος, 8. Γενικών Καθηκόντων, 9. Άλλο (διευκρινίστε)
6. Φορέας απασχόλησης:
 1. ΕΚΨ&ΨΥ, 2. ΕΠΑΨΥ, 3. Κ.Ε.Σ.Δ.Ε.Ο. «Έδρα», 4. ΠΕΨΑΕΕ, 5. ΑμΚΕ Κέντρο Παιδιού και Εφήβου, 6. Κλίμακα, 7. ΑμΚΕ Συνειρμός
7. Μονάδα Απασχόλησης:
 1. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, 2. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 3. Κέντρο Ημέρας, 4. Διοικητική Υπηρεσία, 5. Οικονομική Υπηρεσία,

- 6. Γραμματεία, 7. Άλλο (διευκρινίστε)
- 8. Έτη απασχόλησης:.....
- 9. Τόπος Διαμονής:.....

A. Εφαρμογή και χρήση του μοντέλου κοστολόγησης

- A1.1.** Γνωρίζετε πότε εφαρμόστηκε το σύστημα κοστολόγησης στο φορέα σας;
0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ
- A1.2.** Αν ναι, αναφέρετε χρονολογία:.....
- A.2.** Πόσο χρόνο πήρε η εισαγωγή του συγκεκριμένου συστήματος;
0. 0 – 3 μήνες, **1.** 4 – 6 μήνες, **2.** 7 – 9 μήνες, **3.** 10 – 12 μήνες, **4.** πάνω από χρόνο, **5.** Δεν γνωρίζω, **6.** Δεν απαντώ
- A.3.** Πόσος χρόνος απαιτήθηκε για την προσαρμογή του φορέα σας;
(μήνες)

- A.4.** Πιστεύετε πως δόθηκε πλήρης οδηγός εφαρμογής του εν λόγω συστήματος;
0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ
- A.5.** Η συνεργασία με την αρμόδια υπηρεσία του υπουργείου, σε τι βαθμό φάνηκε χρήσιμη/βοήθησε;
0. Καθόλου, **1.** Λίγο, **2.** Αρκετά, **3.** Πολύ, **4.** Δεν γνωρίζω, **5.** Δεν απαντώ
- A.6.** Πιστεύετε πως το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρετεί πολιτικές υγείας;
0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ
- A.7.1.** Αν ναι, ποιες πολιτικές πιστεύετε πως εξυπηρετεί/εξηγήστε.

- A.7.2.** Αν όχι, τι πιστεύετε πως εξυπηρετεί;

B. Η λειτουργία του φορέα μετά από 2 χρόνια εφαρμογής του μοντέλου κοστολόγησης

B.1. Πιστεύετε πως το σύστημα κοστολόγησης εξυπηρέτησε τον σκοπό για τον οποίο εφαρμόστηκε από το Υπουργείο;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

B.2. Καλύπτονται τα λειτουργικά (μισθοδοσία, ενοίκια κ.τ.λ.) έξοδα του φορέα σας;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

B.3. Έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα στον φορέα σας μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

(αν «Ναι» συνεχίστε στις επόμενες ερωτήσεις, διαφορετικά μεταβείτε στην B.7.)

B.4.1. Πιστεύετε πως τα ελλείμματα οφείλονται στην εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

B.4.2. Αν όχι, που θεωρείτε πως οφείλεται η δημιουργία ελλειμμάτων;

0. Κακή διαχείριση των πόρων, **1.** Υψηλό λειτουργικό κόστος, **2.** Υψηλά επίπεδα μισθοδοσίας, **3.** Χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, **4.** Άλλο *(περιγράψτε)*

.....

B.5. Σε ποιό/-ούς τομέα/είς δημιουργήθηκαν ελλείμματα;

.....

.....

B.6. Με ποιόν τρόπο επιδιώκετε να καλυφθούν; *(μπορείτε να επιλέξετε >1)*

0. Ευρωπαϊκά προγράμματα, **1.** Περιφερειακά προγράμματα, **2.** Χρηματοδότηση Δήμου, **3.** Εύρεση χορηγών, **4.** Εκπαιδευτικά Προγράμματα, **5.** Άλλοι πόροι *(διευκρινίστε)*

B.7. Επηρέασε το σύστημα κοστολόγησης τον τρόπο λειτουργίας του φορέα σας;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

B.8. Αν «Ναι», αναφέρετε σε ποιο από τους παρακάτω τομείς *(μπορείτε να επιλέξετε > 1 τομέα)*, διαφορετικά προχωρήστε στην ερώτηση **B.9.**

0. αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, **1.** δυναμικότητα πολυκλαδικής ομάδας, **2.** υποβάθμιση αγωγής κοινότητας, **3.** χρόνος τήρησης αρχείου ασθενών, **4.**

δυσκολία εξυπηρέτησης μεταναστών λόγω απουσίας ΑΜΚΑ, **5. Άλλο (διευκρινίστε)**

.....
B.9. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως η εμπειρία και η φιλοσοφία του φορέα σας, σας βοήθησε να ανταπεξέλθετε στις αλλαγές που επήλθαν;

0. Καθόλου, **1.** Λίγο, **2.** Αρκετά, **3.** Πολύ, **4.** Δεν γνωρίζω, **5.** Δεν απαντώ

Γ. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης

Γ.1. Η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης πιστεύετε πως συνέβαλε στον καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών σας;

0. Καθόλου, **1.** Λίγο, **2.** Αρκετά, **3.** Πολύ, **4.** Δεν γνωρίζω, **5.** Δεν απαντώ

Γ.2. Πιστεύετε πως είναι θετική η σχέση του με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

0. Καθόλου, **1.** Λίγο, **2.** Αρκετά, **3.** Πολύ, **4.** Δεν γνωρίζω, **5.** Δεν απαντώ

Γ.3. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως διευκολύνει την πραγματοποίηση των στόχων του φορέα σας;

0. Καθόλου, **1.** Λίγο, **2.** Αρκετά, **3.** Πολύ, **4.** Δεν γνωρίζω, **5.** Δεν απαντώ

Γ.4. Μετά την εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης, σε τι βαθμό πιστεύετε πως διατηρήθηκε η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών σας;

0. Καθόλου, **1.** Λίγο, **2.** Αρκετά, **3.** Πολύ, **4.** Δεν γνωρίζω, **5.** Δεν απαντώ

Γ.5. Πώς επηρέασε η εφαρμογή του συστήματος κοστολόγησης τη δουλειά σας με τους ψυχικά ασθενείς;

0. πολύ αρνητικά, **1.** λίγο αρνητικά, **2.** καθόλου, **3.** λίγο θετικά, **4.** πολύ θετικά, **5.** Δεν γνωρίζω, **6.** Δεν απαντώ

Γ.6. Πιστεύετε πως το παραγόμενο ποιοτικό έργο αξιολογείται επαρκώς από το υπάρχον σύστημα κοστολόγησης;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

Γ.7. Δεδομένου ότι η Αγωγή Κοινότητας σε έναν φορέα ψυχικής υγείας αποτελεί βασικό κομμάτι της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, πώς πιστεύετε πως επηρεάζει το έργο σας η μη κοστολόγησή της από το υπουργείο;

0. πολύ αρνητικά, **1.** λίγο αρνητικά, **2.** καθόλου, **3.** λίγο θετικά, **4.** πολύ θετικά, **5.** Δεν γνωρίζω, **6.** Δεν απαντώ

Γ.8. Σε ποιο τομέα, πιστεύετε, πως υπήρξαν - εάν υπήρξαν - περιθώρια βελτίωσης;
0. Οικονομικό, **1.** Οργανωτικό, **2.** Θεραπευτικό, **3.** Αγωγή Κοινότητας, **4.** Κανέναν,
5. Άλλο (διευκρινίστε).....

Δ. Προτάσεις

Δ.1. Πιστεύετε πως ο φορέας/ μονάδα που εργάζεστε μπορεί να είναι βιώσιμος με το σύστημα κοστολόγησης που εφαρμόζεται και τις απαιτήσεις του αρμόδιου υπουργείου;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

Δ.2. Αν τελικά συμπεριλαμβανόταν στην κοστολόγηση των υπηρεσιών του φορέα σας η Αγωγή Κοινότητας, πιστεύετε πως θα βοηθούσε στην πληρέστερη αποτύπωση του παραγόμενου ποιοτικού έργου;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

Δ.3.1. Έχετε υπόψη σας κάποιον τρόπο αποτύπωσης του παραγόμενου έργου των ΜΨΥ που να συνδυάζει την ποιοτική και την ποσοτική αποτύπωση του παραγόμενου έργου;

0. Ναι, **1.** Όχι, **2.** Δεν γνωρίζω, **3.** Δεν απαντώ

Δ.3.2. Αν «Ναι», παρακαλώ περιγράψτε:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Έντυπο Συγκατάθεσης

Έντυπο Συγκατάθεσης σε Ερευνητική Εργασία

Θέμα: «Καταγραφή και αξιολόγηση απόψεων του προσωπικού για το μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα»

Ερευνητική ομάδα:

Ιωάννα Καλλία, τηλ.: 6942523696, email: ioanna.kallia@yahoo.gr

Γεώργιος Νικολόπουλος, μέλος ΣΕΠ Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλ.: 6932314884, email: georgios.nikolopoulos@ouc.ac.cy

1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση των απόψεων του προσωπικού σχετικά με το μοντέλο κοστολόγησης Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) στην Ελλάδα που εφαρμόζεται από τον Μάιο του 2013 μέχρι και σήμερα. Η παρούσα μελέτη θα επιχειρήσει μέσω ερωτηματολογίων στο προσωπικό, να καταγράψει τη χρήση του εν λόγω συστήματος χρηματοδότησης από τη στιγμή της εφαρμογής του, να διερευνήσει σε τι βαθμό ή με ποιόν τρόπο έχει επηρεάσει τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και αν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες τους, και να αξιολογήσει, εν τέλει, το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών των ΜΨΥ στο διάστημα εφαρμογής του.

2. Διαδικασία

Για τους σκοπούς της έρευνας θα συνταχθεί ερωτηματολόγιο, το οποίο θα διανεμηθεί στο προσωπικό επτά Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) στην Ελλάδα για να συμπληρωθεί. Συγκεκριμένα οι ΜΨΥ στις οποίες θα απευθυνθεί η ερευνητική ομάδα, είναι η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, η ΚΕΣΔΕΟ «Εδρα», η ΕΠΑΨΥ, η ΠΕΨΑΕΕ, η ΑμΚΕ Κέντρο Παιδιού και Εφήβου (Κ.Π.Ε.), η Κλίμακα και η ΑμΚΕ Συνειρισμός.

3. Πιθανοί κίνδυνοι

Δεν εκτιμάται ότι υπάρχει κάποιος κίνδυνος για τα άτομα που θα λάβουν μέρος στη μελέτη κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

4. Προσδοκώμενα οφέλη

Το μοντέλο χρηματοδότησης είναι νέο και δεν έχει αξιολογηθεί στο πεδίο η εφαρμογή και αποτελεσματικότητά του. Κρίνεται συνεπώς αναγκαία η αξιολόγηση του νέου μοντέλου χρηματοδότησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το ίδιο το προσωπικό, με σκοπό αφενός μία πρώτη αποτύπωση της αποτελεσματικότητάς του αφετέρου την εν δυνάμει βελτίωσή του.

5. Δημοσίευση δεδομένων και αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με τη μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της σε επιστημονικά συνέδρια ή/και περιοδικά, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων.

6. Πληροφορίες

Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.

7. Συναίνεση

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος/η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε εσείς το επιθυμείτε.

8. Δήλωση συγκατάθεσης

Διάβασα το έντυπο αυτό, έχω κατανοήσει τις διαδικασίες που θα χρειαστεί να ακολουθήσω και συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.

Ημερομηνία: __/__/__

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος ατόμου:

Υπογραφή συμμετέχοντος ατόμου

Υπογραφή ερευνητή/-ριας