



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

**Ειρήνη Μωραΐτη
ΤΕ Διοίκηση Επιχειρήσεων**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 - 2. Ν. Πολύζος**, Αναπληρωτής Καθηγητής - Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Αντιπρόεδρος του Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διδάσκων στον Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τους καθηγητές μου κ.Φιλαλήθη και κ.Πολύζο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν και την καθοδήγηση τους.

Επίσης ευχαριστώ πολύ τον κύριο Ι. Μαρνελάκη, Διευθυντή Τμήματος Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης και τον κύριο Σ. Καρδάση – Προϊστάμενο Τμήματος Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης για τα στοιχεία που μου παρείχαν και την προθυμία τους να με βοηθήσουν.

Τέλος, ευχαριστώ ιδιαίτερα τους φίλους και την οικογένεια μου για την κατανόηση, την συμπαράσταση και την υπομονή τους.

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: «Αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων στην Περιφέρεια Κρήτης»

Της: Ειρήνη Μωραΐτη

Υπό τη επίβλεψη των:

1. **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
2. **Ν.Πολύζος**, Αναπληρωτής Καθηγητής - Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Αντιπρόεδρος του Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διδάσκων στον Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

Ημερομηνία: Ιούνιος 2009

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση της λειτουργίας και της οικονομικής διαχείρισης των οκτώ δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Περιφέρειας Κρήτης. Εφαρμόζεται η μέθοδος σύγκρισης δεικτών αποδοτικότητας, για κάθε νοσοκομείο το διάστημα 2001-2007 και μεταξύ των νοσοκομείων ανά τρία έτη αναφοράς, (2001, 2004, 2007). Τα νοσοκομεία χωρίζονται σε 3 κατηγορίες βάση αριθμού κλινών (μεγάλα ≥ 401 , μεσαία=101-250, μικρά=0-100 κλίνες). Γίνεται εκτίμηση των δεικτών αποδοτικότητας από τη σχέση εισροών/εκροών των νοσοκομείων και σύγκριση αυτών τόσο μεταξύ των τριών κατηγοριών όσο και εντός της κάθε κατηγορίας.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι τα μεγάλα νοσοκομεία έχουν μεγαλύτερη παραγωγικότητα προσωπικού και μεγαλύτερη λειτουργική αποδοτικότητα (μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας, μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης, μεγαλύτερο ρυθμό εισροής ασθενών και μικρότερο χρόνο αδράνειας κλινών). Η σύγκριση των οικονομικών δεικτών μεταξύ νοσοκομείων της ίδιας κατηγορίας δείχνει ότι από τα μεγάλα νοσοκομεία αποδοτικότερο φαίνεται να είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, από τα μεσαία το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου και από τα μικρά το νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας.

Λέξεις κλειδιά: αξιολόγηση, αποδοτικότητα, δείκτης, νοσοκομείο, Περιφέρεια Κρήτης.

Abstract

Title: “Evaluation of the operation and the financial efficiency of the state general hospitals of Cretan Region”

By: Eirini Moraiti

Supervisors: 1. Philalithis A., Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete.
2. Polyzos N., Vice-President of the A.TEI of Kalamata and Associate Professor of Financial Management of the Department of Health and Welfare Services.

Date: June 2009

The main aim of this study is the evaluation of the operation and financial administration of the eight state general hospital of Cretan Region. The applied methodology consists of the comparison of efficiency indexes, for every hospital during 2001-2007 and between hospital in three benchmark years (2001, 2004 and 2007). The hospitals are divided in three categories according to the number of beds (large ≥ 401 , medium=101-250, small=0-100 beds). The efficiency indexes are estimated by the ratio inputs/outputs of the hospitals. The indexes are used for the comparison of the hospital in each category and among the three categories.

The results indicate that the large hospitals are characterized by greater staff productivity and operational efficiency than the others. The comparison of financial indexes among hospitals of the same category shows that the General University Hospital of Heraklion is the most efficient large hospital, the General Hospital of Rethymno is the most efficient medium hospital and the General Hospital – Health Center of Ierapetra is the most efficient small hospital.

Key words: evaluation, efficiency, index, hospital, Cretan Region

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1	5
Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 2	6
Αξιολόγηση μονάδων υγείας-θεωρητικό μέρος	6
2.1. Αξιολόγηση	6
2.1.1. Βασικές Έννοιες για την σωστή Αξιολόγηση	7
2.1.2. Διάκριση της αξιολόγησης	8
2.1.3. Στάδια αξιολόγησης	9
2.1.4. Οικονομική Αξιολόγηση	9
2.2. Αποδοτικότητα	11
2.3. Δείκτες Αξιολόγησης.....	13
Κεφάλαιο 3	17
Μεθοδολογική Προσέγγιση και γενική ανάλυση.....	17
3.1. Τρόπος Ποσοτικής ανάλυσης.....	17
3.2. Ανάλυση Δείγματος.....	20
3.2.1. Δημογραφικά	20
3.2.2. Παρουσίαση δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στην Κρήτη.....	22
3.2.2.α. Εισαγωγή	22
3.2.2.β Ανάλυση Δημόσιου Νοσοκομειακού Τομέα Κρήτης.....	22
3.2.2.γ. Τα 8 νοσοκομεία της Περιφέρειας Κρήτης	23
3.2.3. Υποδομές – Χρήση : Επιλογή Δεικτών και συγκρίσεις	25
3.2.3. Ανθρώπινο Δυναμικό : Συγκρίσεις και παραγωγικότητα.....	31
2.3.2. Οικονομικός Απολογισμός : γενική ανάλυση	37
3.3 Συμπέρασμα	40
Κεφάλαιο 4	42
Ανάλυση Αποτελεσμάτων Έρευνας.....	42
4.1. Λειτουργικοί Δείκτες.....	43
4.1.1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	43
4.1.2. Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	46
4.1.3. Νοσοκομείο Αγ. Νικολάου.....	48
4.1.4. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας	51
4.1.5. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας.....	53
4.1.6. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης	56

4.1.7. Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου	58
4.1.8. Νοσοκομείο Χανίων «Αγ.Γεώργιος»	60
4.2. Οικονομικοί Δείκτες.....	63
4.2.1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	64
4.2.2. Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο.....	69
4.2.3. Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου.....	72
4.2.4. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας	75
4.2.5. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας.....	77
4.2.6. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης	80
4.2.7. Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου.....	83
4.2.8. Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος».....	86
4.4. Σύγκριση Νοσοκομείων	90
4.4.1. Λειτουργικοί Δείκτες.....	90
4.4.2. Οικονομικοί Δείκτες.....	97
Κεφάλαιο 5.....	102
Συμπεράσματα.....	102
5.1. Συμπεράσματα ανάλυσης αποτελεσμάτων έρευνας.....	102
5.2. Δυσκολίες αντιμετώπισης μη αποδοτικής λειτουργίας των νοσοκομείων	105
5.3. Προτάσεις αντιμετώπισης δυσκολιών συστήματος και προβλημάτων νοσοκομειακής λειτουργίας	107
5.3.1. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση του συστήματος υγείας (σε μακρο επίπεδο)	107
5.3.2. Προτάσεις Βελτίωσης της λειτουργίας των νοσοκομείων (σε μικρο επίπεδο) ...	109
5.3.3. Προτάσεις περαιτέρω έρευνας	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	116
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ.....	141
ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ 7 ^η Υ.Πε. ΚΡΗΤΗΣ	144

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Από τη δεκαετία του '70, αλλά κυρίως στις δεκαετίες του '80-'90, η σημασία στην προτυποποίηση-μοντελοποίηση της οικονομικής και λειτουργικής συμπεριφοράς του νοσοκομείου στράφηκε εσωτερικά στην διαμόρφωση εργαλείων αναζήτησης της αποδοτικότητας-παραγωγικότητας, με στόχο τη μέτρηση του προϊόντος και την αναζήτηση καλών προτύπων διαχείρισης νοσηλευτικής κίνησης και χρηματοδότησης, με βάση τα κίνητρα «καλής» απόδοσης (Evans, 1981). Για αυτό το λόγο η ακαδημαϊκή έρευνα και η πρακτική εμπειρία οδηγούνται στην αξιολόγηση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας και έπειτα στη συγκρισιμότητα αποδοτικών συμπεριφορών των νοσοκομείων. Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την αξιολόγηση και σύγκριση εργαλείων-δεικτών για την τεκμηρίωση μιας αποδοτικής νοσοκομειακής αγοράς της Κρήτης σε επίπεδο δημόσιων νοσοκομείων όσον αφορά τον λειτουργικό και οικονομικό τομέα. Η μελέτη γίνεται διαχρονικά για την χρονική περίοδο 2001-2007 και μεταξύ των διαφορετικών 8 δημόσιων γενικών νοσοκομείων κατηγοριοποιημένα ανάλογα του μεγέθους τους σε: μεγάλα (401+ κλινών), μεσαία (100-250 κλίνες) και μικρά (0-100 κλίνες) και αφορά στην λειτουργία και την οικονομική αποδοτικότητα τους.

Κεφάλαιο 2

Αξιολόγηση μονάδων υγείας-θεωρητικό μέρος

2.1. Αξιολόγηση

Τα τελευταία χρόνια υπό το βάρος των δυσμενών οικονομικών εξελίξεων, το κόστος για το υγειονομικό τομέα και την παροχή των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα μόνιμο πρόβλημα για όλες τις κυβερνήσεις και οργανισμούς δημόσιους ή ιδιωτικούς, οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με την παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών. Η σπανιότητα των οικονομικών πόρων έφερε στο προσκήνιο μια σειρά από πολιτικές για την συγκράτηση των δαπανών υγείας. Από αυτές τις πολιτικές σημαντική θέση κατέχει η αξιολόγηση των παρεχομένων φροντίδων υγείας (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994).

Η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου μοντέλου και μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση **Δεικτών Αξιολόγησης**. Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, εκτιμά την επίδραση των εφαρμοζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων (Μεϊντάνης, 2004).

Κατά τον Π.Ο.Υ. (1981), η αξιολόγηση είναι μέρος της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Πρέπει να βασίζεται σε πληροφορίες που απαιτήθηκαν από την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών, των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης και από την εκτίμηση της αποδοτικότητας των δραστηριοτήτων του προγράμματος, καθώς επίσης και από την αποτελεσματικότητα και την επίδραση στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού.

Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας παρέχεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων της υπηρεσίας και αντιμετώπισης τους. Ακόμα, καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της και η εισαγωγή νέων εφαρμογών και πρακτικών στη λειτουργία. Το αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των ανθρωπίνων και

οικονομικών πόρων με σκοπό τη διόρθωση και τη βελτίωση του συστήματος στο σύνολο του, προς όφελος της υγείας του πληθυσμού ευθύνης του και τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού (Τούντας, Οικονόμου, 2007)

Συνεπώς η αξιολόγηση έχει άμεση σχέση με τους σκοπούς και τους στόχους που θέτουμε στη διαμόρφωση του κοινωνικού σχεδιασμού του συστήματος.

2.1.1.Βασικές Έννοιες για την σωστή Αξιολόγηση

Η βασικές έννοιες που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε τους σκοπούς, τους στόχους και τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι : α) επάρκεια, β) αποτελεσματικότητα, γ) αποδοτικότητα, δ) αποδοχή των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων.

Επάρκεια είναι ο βαθμός που ανταποκρίνονται οι πόροι του συστήματος στις υγειονομικές ανάγκες και τη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού, σε σχέση με τους στόχους που έχουμε θέσει.

Από την άλλη πλευρά, αποτελεσματικότητα είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός των ιατρικών φροντίδων και των στόχων που επιτεύχθηκαν τελικά από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων και διαδικασιών. Η αποτελεσματικότητα είναι τις περισσότερες φορές ο βασικότερος δείκτης της ποιότητας των φροντίδων υγείας, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να μετρηθεί σε όρους όπως ανάκαμψη και επιβίωση.

Αποδοτικότητα είναι η σχέση μεταξύ εισροών/αποτελεσμάτων-εκροών, δηλαδή με ποιά οικονομική επιβάρυνση, με ποιους χρησιμοποιούμενους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα.

Τέλος, η αποδοχή είναι η μέτρηση του βαθμού που οι πολίτες, οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο κάνουν αποδεκτή μια ιατρική διαδικασία (π.χ. ευθανασία), μια ιατρο-οργανωτική μεταρρύθμιση (π.χ. αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών), μιας θεραπευτικής μεθόδου (π.χ. μετάγγιση αίματος) ή μια διοικητικής μεταρρύθμισης (π.χ. αλλαγή της ιεραρχικής δομής στο νοσοκομείο). Η αποδοχή είναι περισσότερο ψυχολογικός όρος και όταν μιλάμε για βαθμό αποδοχής χρήσης ή λειτουργίας συστήματος υγείας εξαρτάται από τις έννοιες της ισότητας και δικαιοσύνης (Σούλης, 1998).

Έτσι ανάλογα με ποια βασική έννοια της αξιολόγησης θέλουμε να ασχοληθούμε χρησιμοποιούμε τις αντίστοιχες τεχνικές σε μάκρο και μικρό επίπεδο ανάλυσης (Σούλης 1998):

1. Εκτίμηση της επάρκειας δηλαδή αξιολόγηση ως προς την ικανοποίηση των αναγκών.
2. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με προσδιορισμός βαθμού επίτευξης των στόχων
3. Προσδιορισμός του βαθμού αποδοχής τους συστήματος
4. Απλή ποσοτική αποτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται και των πόρων που καταναλίσκονται.
5. Εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
6. Εκτίμηση της βελτίωσης των δεικτών υγείας που επιφέρει η λειτουργία του συστήματος
7. Προσδιορισμός χρησιμότητας των υπηρεσιών υγείας και συμβολή στην ποιότητα ζωής
8. Σύγκριση χρησιμοποιούμενων πόρων και εκροών – αποτελεσμάτων ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός αποδοτικότητας σε μικρο επίπεδο (νοσοκομείο)
9. Αξιολόγηση της λειτουργίας ιατρικών τμημάτων
10. Αξιολόγηση των εκροών σε μικρο – επίπεδο

Για την υλοποίηση των παραπάνω τεχνικών αξιολόγησης συστημάτων υγείας και υπηρεσιών σε μακρο και μικρο επίπεδο χρειάζονται ολοκληρωμένα στατιστικά δεδομένα, όπως δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, στατιστικές που αφορούν τη δομή, την οργάνωση και την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, δεδομένα από ιατρικούς φακέλους ασθενών, γνώμες ασθενών για ποιοτικά δεδομένα και άλλες πληροφορίες από πηγές εκτός υγειονομικού τομέα και τέλος μια σειρά από δείκτες υγείας.

2.1.2. Διάκριση της αξιολόγησης

Η διάκριση της αξιολόγησης είναι σε γενική, τομεακή και ειδική. Η γενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται σε μακρο-επίπεδο και δείχνει κατά πόσο το σύστημα υγείας συμβάλλει συνολικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μετρώντας επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας. Αυτό το είδος αξιολόγησης παρουσιάζει δυσκολίες λόγω εξωγενών αιτιολογικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία π.χ. περιβάλλον, οικονομική κατάσταση, μορφωτικό περιβάλλον.

Η τομεακή γίνεται κι αυτή σε μάκρο-επίπεδο και χρησιμοποιείται στον κοινωνικό σχεδιασμό-προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας για να κρίνει τις τομεακές πολιτικές, όπως της Προληπτικής Ιατρικής, της Ψυχιατρικής Περίθαλψης ή της Τρίτης Ηλικίας. Τέλος, η ειδική αξιολόγηση, η οποία αφορά την μελέτη αυτή, είναι η αξιολόγηση των μονάδων υγείας ή των επιμέρους παρεμβάσεων-διαδικασιών του συστήματος υγείας. (Σούλης, 1998)

2.1.3. Στάδια αξιολόγησης

Στα πλαίσια του μόνιμου οικονομικού προβλήματος της στενότητας των πόρων κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγικής διαδικασίας παροχής ιατρικών φροντίδων στο σύνολο της.

Σύμφωνα με τον Γεωργούση και Κυριόπουλο (1992) αλλά και παλιότερα τον Donabedian (1966) η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί σε τέσσερα διαφορετικά στάδια :

- α) Εκτίμηση των προσφερόμενων πόρων ή αξιολόγηση των εισροών (προσωπικό, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις, κόστος κ.α.).
- β) Ποσοτική εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχονται και καταναλώνονται ή αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών, όπου εκτιμάται η χρήση των υπηρεσιών υγείας και ο όγκος του άμεσα παραγόμενου προϊόντος. Η σχέση εισροών προς εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μίας υπηρεσίας.
- γ) ποιοτική εκτίμηση των υπηρεσιών αυτών ή αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών.
- δ) εκτίμηση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας από την επίδραση των αξιολογούμενων υπηρεσιών ή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Η συνδυασμένη αξιολόγηση και των τεσσάρων επιπέδων φροντίδας με την χρήση κατάλληλων δεικτών μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας.

2.1.4. Οικονομική Αξιολόγηση

Η τεχνική αυτή αξιολόγησης αναπτύχθηκε στα πλαίσια της Δημόσιας Οικονομικής για την ανάλυση των δημόσιων δαπανών λόγω των σημερινών συνθηκών όπου τα δημόσια οικονομικά και το δημόσιο χρέος έχουν ανέλθει σε οριακό σημείο διατήρησης της οικονομικής ισορροπίας των ανεπτυγμένων δυτικών κοινωνιών. Έχει σκοπό να προσδιορίσει τις κατάλληλες δημόσιες δαπάνες του κράτους για την επίτευξη επενδυτικού σχεδίου, να προσδιορίσει τον τρόπο κατανομής των δαπανών

κατά δραστηριότητα και τέλος, να πραγματοποιήσει τον στόχο του ή την μεγιστοποίηση του κέρδους – αν πρόκειται για ιδιωτικό τομέα – με το ελάχιστο κόστος.

Οι οικονομική αξιολόγηση προσδιορίζει την αποδοτικότητα ενός συστήματος, ενός προγράμματος ή μιας παρέμβασης και είναι η σχέση κόστους – οφέλους, όπου κόστος είναι η νομισματική αξία των χρησιμοποιούμενων εισροών (inputs) για την πραγματοποίηση μιας διαδικασίας (process) και το όφελος είναι τόσο οι εκροές (outputs) όσο και τα αποτελέσματα (outcomes) με σημαντικό στοιχείο το κοινωνικό όφελος.

Οι κυριότερες μορφές οικονομικής αξιολόγησης είναι :

- Ανάλυση κόστους (cost analysis)
- Ανάλυση κόστους – ωφέλειας (cost – benefit analysis)
- Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (cost – effectiveness)
- Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας (cost – utility)
- Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost – minimization)

Η πρώτη μορφή ανάλυση κόστους αποτελεί την προαπαιτούμενη για τις υπόλοιπες μεθόδους και χρησιμοποιείται στα πλαίσια της παρούσας μελέτης. Η μέθοδος cost-analysis είναι ο υπολογισμός του κόστους για κάθε δραστηριότητα που αναπτύσσεται (Drummond, 1980). Το κόστος είναι ο σημαντικότερος παράγοντας διαμόρφωσης του νοσοκομειακού προϊόντος και αφορά τις πληρωμές του νοσοκομείου. Η ανάλυση του γίνεται από τις επιμέρους δαπάνες των εξόδων-κόστος και αξιολογείται το ποσοστό συμμετοχής της κάθε δαπάνης και την μεταβολή της διαχρονικά.

Στις υπόλοιπες μορφές οικονομικής αξιολόγησης δεν θα αναφερθούμε περαιτέρω λόγω του ότι αφορούν αξιολόγηση επενδυτικών προγραμμάτων με όρους αποτίμησης κοινωνικής ωφέλειας, άμεσου, συμπληρωματικού και έμμεσου κόστους, όπως επίσης αφορούν στις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους.

2.2. Αποδοτικότητα

Η αποδοτικότητα αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης σύμφωνα με τον Cochrane (1972). Τα άλλα δύο είναι η ισότητα και η αποτελεσματικότητα. Το κριτήριο της ισότητας αφορά πρωτίστως στα συστήματα υγείας και είναι μέλημα της πολιτικής υγείας, το κριτήριο της αποτελεσματικότητας αφορά τόσο στα ιατρικά μέτρα και προγράμματα υγείας όσο και στις υπηρεσίες υγείας και είναι μέλημα των άμεσα παραγώγων δηλαδή των ιατρών. Τέλος το κριτήριο της αποδοτικότητας αφορά στα συστήματα και στις υπηρεσίες υγείας και αποτελεί μέλημα των διοικούντων τις υπηρεσίες υγείας.

Με τον όρο αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας εννοείται ο βαθμός αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την παραγωγή εκροών, που μπορεί να αρχίζουν με ενδιάμεσα προϊόντα – εκροές (νοσηλευθέντες ασθενείς, ημέρες νοσηλείας κλπ) και να φθάνουν στο τελικό αποτέλεσμα, που είναι η υγεία των πολιτών (N.I.C.H.S.R.,2008)

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους – οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους - που χρησιμοποιούνται (Τούντας, Οικονόμου, 2007). Η αποτίμηση της αποδοτικότητας σε επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών γίνεται μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς (benchmark analysis techniques), όπου χρησιμοποιούνται διάφορες εισροές και εκροές μετρούμενες σε χρηματικές ή φυσικές μονάδες για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας (Peacock et all, 2001). Επίσης εκτιμάται με τη χρήση πινάκων αποτελούμενων από δείκτες, όπως δείκτες αποδοτικότητας, δείκτες παραγωγικότητας και δείκτες κόστους (Οικονόμου και συν,2007).

Η αξιολόγηση με τις μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης γίνεται ως προς ένα σημείο αναφοράς, επιλεγμένο είτε με βάση διαχρονικές αποδόσεις, είτε από ένα σύνολο συγκρίσιμων τωρινών μονάδων, είτε τέλος, ως προς ένα σημείο ορισμένο εξωτερικά ως πρότυπο(Τούντας, Οικονόμου,2007).

Το «πιο αποδοτικό», σύμφωνα με τον Πολύζο (1999), δεν σημαίνει απαραίτητα και «καλύτερο» ή το «πιο αποδοτικό» δεν είναι πάντα το «βέλτιστο». Για την κατανόηση και την χρήση του όρου αποδοτικότητα σημαντικός είναι ο προσδιορισμός του όρου «οικονομική αποδοτικότητα» και η ένταξη της έννοιας αυτή σε ένα περιβάλλον όπου συνεκτιμώνται ή συγκρίνονται διάφορες πολιτικές με διαφορετικό βαθμό κοινωνικής αποδοχής. Η στενή οικονομική έννοια του παραπάνω όρου, σύμφωνα με McGuire

(1988) και Barr (1987), είναι η παραγωγή κάποιου προϊόντος στο χαμηλότερο δυνατόν κόστος και στη καλύτερη δυνατή ποιότητα.

Είναι σημαντικό να αναφερθούν οι μορφές της αποδοτικότητας, οι οποίες σύμφωνα με Πλατή και Πρεζεράκο είναι (2006):

A. Η αποδοτικότητα έναντι παραγωγικότητας

Η παραγωγικότητα είναι έννοια σχετική σε σχέση με την παραγωγικότητα που είναι έννοια απόλυτη. Η αποδοτικότητα ενός παραγωγού ορίζεται μέσα από τη σύγκριση του λόγου των εισροών και των προϊόντων του με τους αντίστοιχους λόγους των πλέον παραγωγικών παραγωγών της ομάδας σύγκρισης. Άρα η αποδοτικότητα ορίζεται από τη σύγκριση της παρατηρούμενης με την ιδανική παραγωγική διαδικασία.

B. Συνολική λειτουργική αποδοτικότητα εξετάζει τα εν δυνάμει λειτουργικά χαρακτηριστικά της μονάδας (Κοντοδημόπουλος, 2006) και διακρίνεται σε δύο βασικούς άξονες:

- **Αποδοτικότητα εκροής**, που αφορά στην βελτιστοποίηση των εκροών, ώστε ένα νοσοκομείο να εκμεταλλεύεται πλήρως τις οικονομίες κλίμακας και εύρους παραγωγής και χωρίζεται σε :

i) *αποδοτικότητα κλίμακος* η οποία χαρακτηρίζει μια άριστη από άποψη κόστους υγειονομική μονάδα. Όταν μετράται μέσω : α) της συνάρτησης κόστους περιγράφει την έννοια των οικονομικών κλίμακας δηλαδή τις επιδράσεις στο μακροχρόνιο κόστος παραγωγής ενός νοσοκομείου, οι οποίες προκύπτουν από τις μεταβολές στην κλίμακα παραγωγής του νοσοκομείου.

β) της συνάρτησης παραγωγής περιγράφεται με την έννοια των αποδόσεων κλίμακας (σταθερές, αύξουσες, φθίνουσες)

ii) *αποδοτικότητα εύρους παραγωγής* η οποία αφορά στο ενδεχόμενο εξοικονόμησης δαπανών μέσω της διεύρυνσης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Σκιαγραφείται από την έννοια των οικονομιών εύρους παραγωγής και αναφέρεται στον τρόπο που επιδρά επί του κόστους παραγωγής, η επέκταση του οργανισμού σε πρόσθετες παραγωγικές γραμμές.

- **X – αποδοτικότητα** συνίσταται από :

i) την *τεχνική X – αποδοτικότητα* που είναι η αξιολόγηση, μέσω μετρήσεων, της δυνατότητας μιας παραγωγικής μονάδας να παράγει τις μέγιστες δυνατές εκροές, δεδομένων των εισροών της δηλαδή των διαθέσιμων πόρων μιας μονάδας υγείας (Jacobs,2001). Ονομάζεται αλλιώς και επιχειρησιακή αποδοτικότητα (Donaldson-Gerard,1993), αφορά μικρο-οικονομικό επίπεδο και αναπτύσσεται μέσω δύο

μεθόδων, της μη παραμετρικής περιβάλλουσας ανάλυσης δεδομένων (DEA-data envelopment analysis) και της παραμετρικής των στοχαστικών συνόρων (SFA-stochastic frontier approach).

ii) την *αποδοτικότητα τιμών ή κατανομής* μέσω της οποίας υπολογίζεται εάν και κατά πόσο μια παραγωγική μονάδα επιλέγει τη βέλτιστη ποσοτική και ποιοτική αναλογία εισροών της, δεδομένων των σχετικών τιμών τους. Με άλλα λόγια αναφέρεται στην ικανότητα μιας μονάδας παραγωγής να χρησιμοποιεί εκείνη την αναλογία των εισροών που ελαχιστοποιεί το κόστος παραγωγής. Αφορά την αποδοτικότητα σε μάκρο – επίπεδο με κοινωνική προοπτική και συνολική κατανομή των πόρων και άριστη χρησιμοποίηση τους. Βασίζεται στο σύνολο των επεμβάσεων ή προγραμμάτων ή υπηρεσιών μιας δεδομένης υγειονομικής πολιτικής και συνεπώς βρίσκεται σε αλληλουχία με τη τεχνική αποδοτικότητα.

Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος-εκροής (McGuire και συν.,1992). Σε επίπεδο υπηρεσίας η αποδοτικότητα συνήθως μετράται με το λόγο εκροών/εισροών, όπου οι εκροές είναι είτε ενδιάμεσες είτε τελικές και οι εισροές είτε μετρώνται σε φυσικές μονάδες, είτε μετατρέπονται σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος. Για παράδειγμα, κατά την αξιολόγηση ενός νοσοκομείου, οι εισροές συχνά περιλαμβάνουν το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, τις κλίνες, τον εξοπλισμό, ενώ στις ενδιάμεσες εκροές συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός ημερών νοσηλείας συνολικά ή ανά ιατρικό τομέα, ο αριθμός χειρουργικών ή εργαστηριακών πράξεων και ο αριθμός νοσηλευθέντων και στις τελικές εκροές, τα λεγόμενα outputs ,η βελτίωση των δεικτών νοσηρότητας ή θνησιμότητας.

2.3. Δείκτες Αξιολόγησης

Οι δείκτες είναι τα βασικά εργαλεία για την εφαρμογή της αξιολόγησης. Είναι οι μεταβλητές που μετράνε τις αλλαγές. Ανάλογα με το αντικείμενο της αξιολόγησης υπάρχει ο κατάλληλος δείκτης ο οποίος πρέπει να χαρακτηρίζεται από τέσσερα στοιχεία: εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μπορούν να μετράνε με σαφήνεια το προσδιοριζόμενο αντικείμενο, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τους

χρησιμοποιούν, να είναι ευαίσθητοι στις τυχόν πραγματοποιούμενες αλλαγές των υπό μελέτη φαινομένων και καταστάσεων και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μιας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχουμε οριοθετήσει για μελέτη.

Οι δείκτες είναι δύσκολο να ταξινομηθούν αφού το εύρος των μετρήσεων που δίνουν είναι πολύ μεγάλο.

Στη ξένη βιβλιογραφία η κατάταξη έχει γίνει από Breyer (1992) και οι δείκτες έχουν ταξινομηθεί ανάλογα με το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας του οποίου τα αποτελέσματα μετρούν:

- Εισροές: ποσότητες παραγωγικών συντελεστών (π.χ. ώρες εργασίας γιατρών ή νοσηλευτών ή άλλων απασχολούμενων, κλίνες, τεχνολογία, φάρμακα, λοιπό υλικό, λειτουργικά κ.ο.κ)
- Ενδιάμεσες εισροές ή εκροές: ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες υπηρεσίες πολλές από τις οποίες δύναται να διαχωριστούν ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι «εσωτερικός» ή «εξωτερικός»
- Εκροές: ημέρες νοσηλείας
- Τελική (ποσοτική) εκροή : νοσηλευθέντες ασθενείς ή ιατρικές περιπτώσεις κατηγοριοποιημένες ανά ιατρική ειδικότητα, ασθένεια, διάγνωση κ.ο.κ.
- Τελική (ποιοτική) εκροή /αποτέλεσμα: επίπεδο υγείας του ασθενούς που νοσηλεύτηκε.

Οι δείκτες που προσδιορίζουν τον τρόπο λειτουργίας και την αποδοτικότητα όλων των τύπων και μορφών νοσοκομείων είναι (Πολύζος,2007):

- Οι κλίνες: προσδιορίζουν το μέγεθος και τις δυνατότητες του νοσοκομείου στην παροχή υπηρεσιών
- Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών: προσδιορίζεται από τις εξόδους των ασθενών ή τα «επεισόδια νοσηλείας», ενώ το μεθοδολογικό πρόβλημα που ανακύπτει για να εξομοιωθεί με την ιατρική περίπτωση είναι η συνολική νοσηλεία του ίδιου ασθενούς (συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς σε άλλο τμήμα ή/και νοσοκομείο)
- Οι ημέρες νοσηλείας: η αναφορά γίνεται στις ημέρες νοσηλείας μιας ιατρικής περίπτωσης ή συνολικά ενός νοσοκομείου
- Η μέση διάρκεια νοσηλείας: υπολογίζεται με τις ημέρες νοσηλείας δια τον αριθμό των νοσηλευθέντων. Το αποτέλεσμα της αντανάκλα στην οργάνωση και στην ποιότητα των υπηρεσιών

- Η πληρότητα ή η κάλυψη : μετράται την δεδομένη στιγμή ή ημέρα και υπολογίζεται από το γινόμενο των νοσηλευθέντων επί εκατό (100) διά αριθμό κλινών ή μετράται συνολικά ετησίως και υπολογίζεται με τις ημέρες νοσηλείας δια το γινόμενο 365 επί αριθμό κλινών. Αποτελεί δείκτη σύγκρισης της απόδοσης των νοσοκομείων.
- Ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη : υπολογίζεται από το άθροισμα του γινομένου 365 επί ποσοστό πληρότητας διά το γινόμενο 100 επί ΜΔΝ και μετρά τον ρυθμό χρησιμοποίησης μιας κλίνης και εκφράζεται σε αριθμό ασθενών ανά μονάδα χρόνου.
- Χρόνος Αδράνειας κλίνης: υπολογίζεται από την διαφορά του ηλικίου 365 δια ρυθμός εισροής μείον ΜΔΝ και μετρά τον ρυθμό εναλλαγής των νοσηλευομένων ή τον αριθμό ημερών που μένει κενή μια κλίνη. Ο δείκτης αυτός δηλώνει την ένταση της αξιοποίησης των νοσοκομειακών υποδομών.
- Δείκτες στελέχωσης ενός νοσοκομείου (εκροές) π.χ. γιατροί προς κλίνες, νοσηλευτές προς κλίνες, κ.ο.κ.

Σε μικρο – επίπεδο που ενδιαφέρει την μελέτη αυτή, δηλαδή σε επίπεδο παραγωγής των υπηρεσιών υγείας και απόδοσης ιατρικών τμημάτων, οι δείκτες αξιολόγησης κατατάσσονται σε :

- α. Δείκτες εισροών και επάρκειας που αφορούν υλικούς πόρους (αριθμός κλινών, μονάδες τεχνητού νεφρού κ.α.), ανθρώπινο δυναμικό (γιατροί/κλίνη, νοσηλευτές/κλίνη κ.α.)
- β. Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας – χρήσης που αφορούν απλούς δείκτες (ημέρες νοσηλείας, εισαγωγές, μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης, μέση αδράνεια κλίνης)
- γ. Δείκτες αποδοτικότητας που αποτελείται από δείκτες οικονομικής αξιολόγησης , παραγωγικότητας, κόστους (Τούντας, Οικονόμου,2007).

2.4.Συμπέρασμα

Συνοπτικά κλείνοντας το κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι απαιτούμενο να αναφερθούμε στην μέθοδο ανάλυσης που επιλέξαμε για την παρούσα μελέτη και η οποία αναφέρεται και εφαρμόζεται στα επόμενα κεφάλαια. Στη μελέτη θα γίνει χρήση ειδικής αξιολόγηση των νοσοκομείων της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Θα εφαρμοστούν τα δύο από τα τέσσερα στάδια της αξιολόγησης σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η

ποσοτική εκτίμηση των εισροών και των εκροών των νοσοκομείων υπό μελέτη, η σχέση των οποίων αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας.

Με άλλα λόγια θα ασχοληθούμε με την ανάλυση των λειτουργικών και των οικονομικών δεδομένων των νοσοκομείων υπό μελέτη, δηλαδή την επεξεργασία ποσοτικών στοιχείων σε μικρό επίπεδο με χρήση δεικτών για την μέτρηση της αποδοτικότητας που αφορά τη σχέση εισροών και παραγόμενων εκροών.

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα της υπηρεσίας υγείας σε σχέση με τους οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους που χρησιμοποιούνται. Η τεκμηρίωση μιας αποδοτικής συμπεριφοράς νοσοκομειακής μονάδας μπορεί να γίνει με διάφορες μορφές αποδοτικότητας που αναφέρθηκαν. Στην μελέτη αυτή η εκτίμηση θα γίνει με την τεχνική σύγκρισης της σχέσης των χρησιμοποιούμενων πόρων προς τις εκροές ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός αποδοτικότητας του υπό μελέτη νοσοκομείου. Επιτυγχάνεται με την εκτίμηση μιας δέσμης δεικτών απόδοσης, με τους οποίους χαρτογραφείται η επίδοση του κάθε νοσοκομείου για την περίοδο 2001-2007, καθώς η περίοδος αυτή είναι ικανή να τεκμηριώσει την πλήρωση τυχόν βελτιώσεων σε διαφορετικά επίπεδα λειτουργίας και να προσδώσει στοιχεία κριτικής. Η τεχνική της σύγκρισης της αποδοτικότητας των ιατρικών υπηρεσιών και οικονομικών στοιχείων θα γίνει με βάση τρία χρονικά σημεία αναφοράς, τρία βασικά έτη της επταετίας καθώς επίσης και ένα σημείο αναφοράς είτε ορισμένο εξωτερικά ως πρότυπο όπως αποτελέσματα άλλης μελέτης (benchmarking analysis technique) (Peacock et al, 2001).

Δεν θα προβούμε σε μελέτη μαθηματικών συναρτήσεων και τεχνικών ανάλυσης που απαιτούν να δηλώνεται ένα σύνολο βέλτιστης πρακτικής όπως στην τεχνική αποδοτικότητα.

Για την οικονομική αποδοτικότητα θα βοηθήσει η οικονομική αξιολόγηση του κόστους δηλαδή η ανάλυση των επιμέρους δαπανών του νοσοκομείου για να είναι σαφές ποιο επηρεάζει περισσότερο τα έξοδα του και πρέπει ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθεί διεξοδικά η μεθοδολογική μας προσέγγιση και τα βασικά στοιχεία της γενικής μας ανάλυσης.

Κεφάλαιο 3

Μεθοδολογική Προσέγγιση και γενική ανάλυση

3.1. Τρόπος Ποσοτικής ανάλυσης

Στο σημερινό οικονομικό και επιχειρηματικό περιβάλλον, ο αριθμός των οικονομικών μεγεθών που εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, έχει αυξηθεί σημαντικά, ενώ οι σύγχρονες μεθοδολογίες επιτρέπουν την ανάλυση σε όλο και περισσότερα στατιστικά δεδομένα.

Σύμφωνα με τον Leger και συν. (1992), η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας ακολουθεί την εξής μεθοδολογία την οποία ακολουθεί και αυτή η μελέτη (Εικόνα 3.1.). Το πρώτο βήμα της αξιολόγησης μιας υπηρεσίας υγείας είναι η συλλογή μιας σειράς στοιχείων που θα οδηγήσουν στην πραγματική κατανόηση της και θα βοηθήσουν στην επιλογή των αντικειμένων της αξιολόγησης. Για την μελέτη αυτή υπήρχε η ιδέα της παρουσίασης και αξιολόγησης του λειτουργικού και οικονομικού μέρους των νοσοκομείων της Κρήτης. Έτσι αναζητήθηκαν στοιχεία για το **ποιά** είναι τα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κρήτης, **από ποιά υπηρεσία ελέγχονται** και **ποιοί είναι οι στόχοι** που υπηρετούν τα νοσοκομεία αυτά (πρώτο και δεύτερο βήμα από το διάγραμμα 3.1). Τα νοσοκομεία για την μελέτη μας είναι οκτώ, τα οποία αναφέρονται στο επόμενο κεφάλαιο, και ελέγχονται από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης. Μακροχρόνιος στόχος τους είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της Κρήτης, ενώ ενδιάμεσο στόχο έχουν την αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών με το παραγωγικότερο προσωπικό.

Η προσέγγιση της αξιολόγησης γίνεται στο επίπεδο των επιμέρους δραστηριοτήτων των υπηρεσιών και επιλέγεται συγκεκριμένος τομέας της υπηρεσίας. Στη μελέτη αυτή αξιολογείται ο οικονομικός τομέας και ο τομέας λειτουργίας όσον αφορά τη νοσηλευτική κίνηση. Για να είναι μια αξιολόγηση ολοκληρωμένη πρέπει οι στόχοι της να αφορούν όλα εκείνα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας – εισροές, διαδικασίες, εκροές και τελικά αποτελέσματα. Οι στόχοι αντιστοιχούνται στην συνέχεια με κατάλληλους δείκτες.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται **επιλέγονται οι κατάλληλοι δείκτες** (τρίτο βήμα του διαγράμματος 3.). Στη μελέτη μας επιλέχθηκαν οι εξής: α. δείκτες

εισροών, αξιολογούν τις υποδομές και τη στελέχωση του : ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη, αριθμός γιατρών ανά νοσηλευτή, κλίνες ανά 1000 κατοίκους.

β. δείκτες εκροών, είναι δείκτες χρήσης των υπηρεσιών : ποσοστό κάλυψης κλινών, μέση διάρκεια νοσηλείας, ρυθμός εισροής ασθενών, μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης.

γ. δείκτες αποδοτικότητας που στην μελέτη αυτή αφορούν δείκτες οικονομικής αξιολόγησης : μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα νοσηλείας, μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή, έσοδα/έξοδα ανά ασθενή/ημέρα νοσηλείας (λόγος κόστος προς αποτέλεσμα) και δείκτες παραγωγικότητας : νοσηλευθέντες ανά ιατρό/νοσηλευτικό προσωπικό/λοιπό προσωπικό.

Όσοι δείκτες έχουν συντελεστή το προσωπικό θα υπολογιστούν μόνο για το τελευταίο έτος μελέτης, το 2007, καθώς δεν υπάρχουν διαχρονικά στοιχεία.

Στην συνέχεια ανάλογα με το εύρος της αξιολόγησης **επιλέγεται η κατάλληλη μέθοδος αξιολόγησης** (τέταρτο βήμα διαγράμματος 3.1). Η μέθοδος αυτής της μελέτης είναι ανάλυση ποσοτικών δεδομένων σε χρονολογικές ταξινομήσεις, επτά διαδοχικών ετών με τρία έτη αιχμής (2001,2004,2007) ανά τρία έτη, η οποία έγινε με πινακοποιήσεις των στοιχείων ανά νοσοκομείο και διαχρονικά για κάθε νοσοκομείο για τα έτη 2001 έως 2007 (Υφαντόπουλος, Νικολαΐδου,2008). Τα αποτελέσματα αποδίδονται με τους δείκτες που προαναφέραμε και αποτυπώνονται σε γραφήματα για να μπορεί η σύγκριση να είναι πιο εμφανής. Κατά τον Peacock και συνεργάτες (2001) η ανάλυση που χρησιμοποιείται στην μελέτη αυτή αναφέρεται ως «συγκριτική ανάλυση με βάση σημεία αναφοράς», η λεγόμενη “benchmarking analysis techniques”, όπως έχουμε προαναφέρει στον προηγούμενο κεφάλαιο 2 και γίνεται ως προς ένα σημείο αναφοράς, επιλεγμένο είτε με βάση διαχρονικές αποδόσεις, είτε από ένα σύνολο συγκρίσιμων τωρινών μονάδων, είτε τέλος, ως προς ένα σημείο ορισμένο εξωτερικά ως πρότυπο. Συνεπώς η λειτουργία και η αποδοτικότητα υπολογίζεται από τη σχέση εισροών και εκροών και γίνεται σύγκριση ως προς ένα χρονικό σημείο αναφοράς επιλεγμένο με βάση διαχρονικές αποδόσεις είτε ορισμένο εξωτερικά ως πρότυπο π.χ. δείκτης χώρας, αποτελέσματα άλλης μελέτης (βλ. «Αποδοτικότητα Νοσοκομείων»,Πολύζος,1999).

Αφού επιλέχθηκε η κατάλληλη μέθοδος, άρχισε η διεξαγωγή της μελέτης.

Πραγματοποιήθηκε, λοιπόν, **η συλλογή των δεδομένων της μελέτης** (πέμπτο βήμα διαγράμματος 3.1), η οποία στηριζόμενη σε δευτερογενή έρευνα της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, αποτελεί τη συγκέντρωση οικονομικών στοιχείων και στοιχείων νοσηλευτικής κίνησης από τις διοικητικές υπηρεσίες των νοσοκομείων.

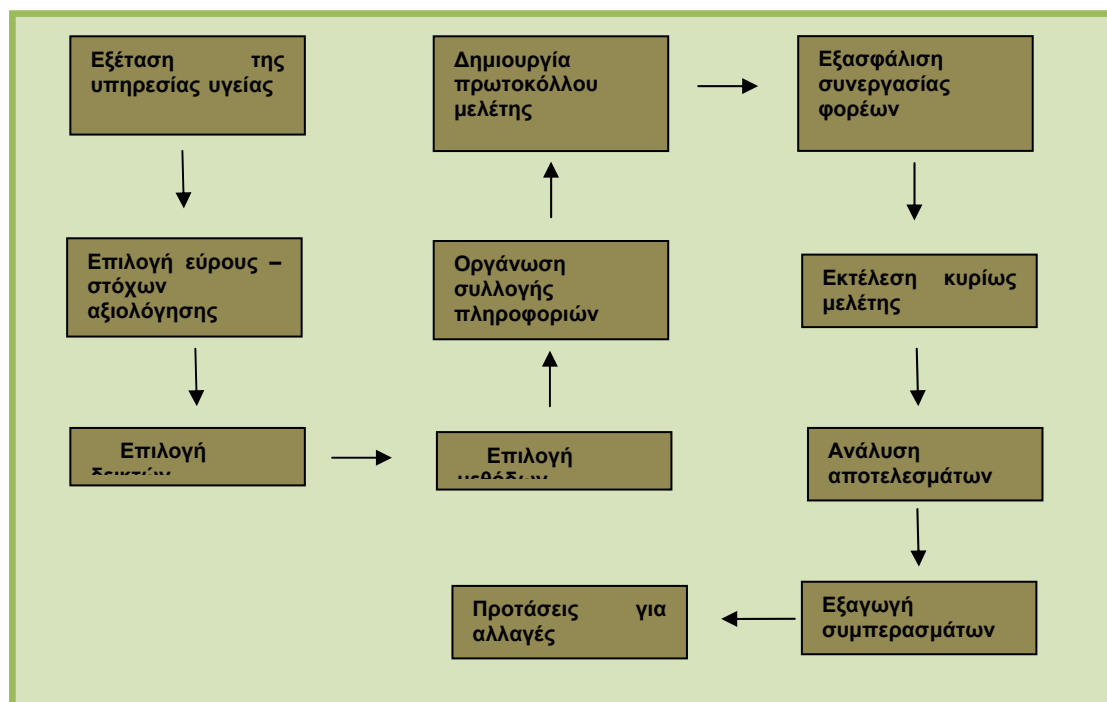
Η επαφή έγινε με τον **Διευθυντή της Διεύθυνσης Οικονομικής Οργάνωσης και**

Υποστήριξης της Υ.Πε. Κρήτης και αφού **εγκρίθηκε η αίτηση συνεργασίας** (παράρτημα: αίτηση και χορήγηση άδειας) από τον Διοικητή προχωρήσαμε στην συλλογή των στοιχείων. Επίσης πηγή δευτερογενούς πληροφόρησης αποτελεί **η Ε.Σ.Υ.Ε.** από της οποίας τα αρχεία συγκεντρώθηκαν τα απαραίτητα δημογραφικά στοιχεία για Ελλάδα και Κρήτη και στοιχεία λειτουργίας για το σύνολο των νοσοκομείων της Ελλάδας. Η επαφή έγινε με ηλεκτρονική και τηλεφωνική επικοινωνία με τους αρμόδιους υπάλληλους (έκτο και έβδομο βήμα διαγράμματος 3.1).

Σημειώνεται ότι παρουσιάζονται μόνο τα στοιχεία που αφορούν τα δημόσια νοσοκομεία της Περιφέρειας, δεν παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν τις ιδιωτικές κλινικές της Κρήτης.

Στην συνέχεια μετά την **ανάλυση κυρίως μελέτης**, βιβλιογραφική ανασκόπηση, μεθοδολογία και αξιολόγηση στοιχείων (όγδοο βήμα διαγράμματος 3.1) πραγματοποιήθηκε **η ανάλυση των αποτελεσμάτων** (ένατο βήμα διαγράμματος 3.1) και το τελευταίο βήμα (δέκατο βήμα διαγράμματος 3.1) είναι **η εξαγωγή συμπερασμάτων**. Τα συμπεράσματα αυτά αφορούν προανατολισμούς και μεθόδους περεταίρω έρευνας ή τροποποιήσεις που μπορούν να γίνουν ώστε να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της υπηρεσίας. Τέλος, επισημαίνονται ευρύτερα κοινωνικά ή πολιτικά ζητήματα που αναδεικνύονται από την αξιολόγηση.

Εικόνα 3.1. Στάδια ενός προγράμματος αξιολόγησης



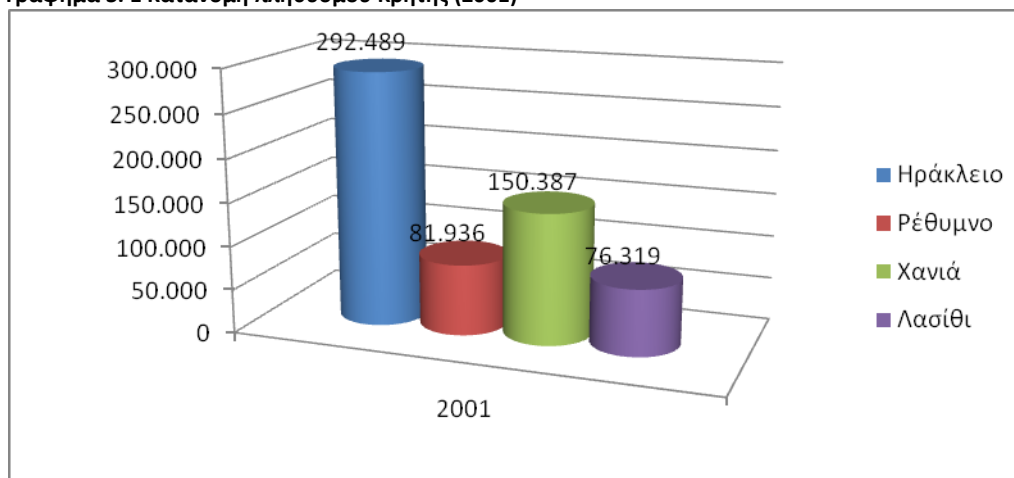
3.2. Ανάλυση Δείγματος

3.2.1. Δημογραφικά

Η αποτύπωση των δημογραφικών εξελίξεων και τάσεων αποτελεί σημαντική παράμετρο που επηρεάζει και επιδρά στις σύγχρονες τάσεις για την ανάπτυξη της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Από έρευνα της ΕΣΥΕ το 2001 ο πραγματικός πληθυσμός της Κρήτης είναι 601.131, αναλυτικά στο Ηράκλειο 292.489 άτομα, στο Ρέθυμνο 81.936 άτομα, στα Χανιά 150.387 άτομα και στο Λασιθί 76.319 άτομα.

Γραφήμα 3. 1 Κατανομή πληθυσμού Κρήτης (2001)



Πηγή ΕΣΥΕ 2001

Σε σύγκριση με την απογραφή του 1991 έχουμε τις εξής μεταβολές στον πληθυσμό που παρουσιάζονται στον πίνακα 3.2.:

Πίνακας 3. 1 Μεταβολές Πληθυσμού Κρήτης

	Απογραφή 1991	Απογραφή 2001	Μεταβολή %
Κρήτη	540.054	601.131	11,31%
Ηράκλειο	264.906	292.489	10,41%
Λασιθί	71.279	76.319	7,07%
Ρέθυμνο	70.095	81.936	16,89%
Χανιά	133.774	150.387	12,42%

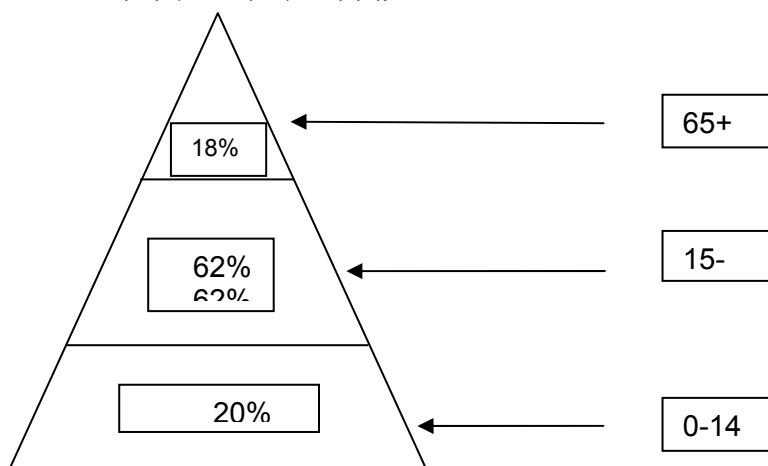
Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε. 2001

Από την δεκαετία του '70 και μετά ο πληθυσμός παρουσίασε υψηλό ρυθμό αύξησης (17,1%) με μετακίνηση σε αστικές περιοχές και ενώ το 1971 μόλις 1 στους 3 Κρήτες ζούσε σε πόλη, σήμερα το 58% ζει σε αστικές περιοχές και το 42% σε αγροτικό. Η Κρήτη ακολουθεί την υπόλοιπη Ευρώπη στην τάση για δημογραφική γήρανση του

Πληθυσμού της σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης του Ι.Κυριόπουλου και συν (1996). Η τάση αυτή συνεχίζεται και στο μέλλον και είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η Κρήτη γηράσκει ταχύτερα από το μέσο όρο της χώρας με επίπτωση στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Το 1991 η ποσοστιαία διάρθρωση του πληθυσμού ανά ηλικιακές ομάδες είναι 20% ηλικίας 0-14, 62% ηλικίας από 15-64 και 18% ηλικίας 65 και πάνω. Τα στοιχεία απεικονίζονται στην παρακάτω πυραμίδα.

Εικόνα 3.2. Ηλικιακή πυραμίδα πληθυσμού Κρήτης



Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε. 2001

Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο ο πληθυσμός ευθύνης των γενικών νοσοκομείων της Κρήτης φαίνεται στο πίνακα 3.2.:

Πίνακας 3. 2 Πληθυσμός ευθύνης ανά νοσοκομείου σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

	Πα.Γ.Ν.Η.	Β.Π.Γ.Ν.Η.	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Ν.ΧΑΝΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	Ν.-Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ	Ν.-Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ (ΑΠΟΓΡΑΦΗ 2001)	14.5554	145.554	28.987	70.159	10.906	7.387	22.291	24.649

Πηγή: Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας, Πε.Σ.Υ. Κρήτης (2003)

Ο υπόλοιπος πληθυσμός της Κρήτης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας απευθύνεται στα 14 κέντρα υγείας και τα 132 περιφερειακά ιατρεία. Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο ο πληθυσμός ευθύνης για κάθε νοσοκομείο είναι όλος ο πληθυσμός του νομού στο οποίο ανήκει και σε τριτοβάθμιο επίπεδο ο πληθυσμός αναφέρεται στα τρία μεγαλύτερα Πα.Γ.Ν.Η., Β.Π.Γ.Ν, Γ.Ν.Χανίων «Άγιος Γεώργιος», τα οποία διαθέτουν τον μεγαλύτερο εξοπλισμό και καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού.

3.2.2. Παρουσίαση δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στην Κρήτη

3.2.2.α. Εισαγωγή

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν πλήρεις νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά και ένα μεγάλο μέρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σε όλους τους Έλληνες πολίτες και σε πολλούς αλλοδαπούς. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ προσφέρουν υψηλής στάθμης περίθαλψη, υποχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και παρέχουν χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι χρήστες των υπηρεσιών τους, οι οποίοι καταφεύγουν τελικά σε ιδιωτικές κλινικές επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα (Οικονόμου και συν.2007)

Στην έκθεση του ΟΟΣΑ για την Ελληνική Οικονομία (Ιούνιος 1998) επισημαίνονται τα παρακάτω προβλήματα του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα:

- Η έλλειψη ευελιξίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων
- Η έλλειψη κινήτρων απόδοσης για τους ιατρούς και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό
- Η ελαχιστοποίηση του περιθωρίου άσκησης διοίκησης και εξοικονόμησης προσωπικού, αφού τα πάντα καθορίζονται από το υπουργείο.
- Η απώλεια πόρων εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού κάλυψης στην επαρχία συγκριτικά με τις μακρές λίστες αναμονής στο κέντρο.
- Η μη χρησιμοποίηση της αγοραστικής μονοπωνιακής δύναμης των νοσοκομείων του ΕΣΥ (π.χ. στις διαδικασίες προμηθειών).
- Η ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των ιατρών.
- Η συνολική αναποτελεσματικότητα, όπως αναδεικνύεται και από τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, 2001)

3.2.2.β Ανάλυση Δημόσιου Νοσοκομειακού Τομέα Κρήτης

Η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας στην Κρήτη ακολουθεί, όπως είναι αναμενόμενο, την πορεία του συστήματος υγείας της χώρας. Με την δημιουργία του ΕΣΥ ανασυγκροτήθηκαν τα Δημόσια Νοσοκομεία του νησιού, από τα οποία ένα, το Πανάνειο-Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, ορίστηκε ως Περιφερειακό Νοσοκομείο. Το 1989 άρχισε να λειτουργεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, επίσης ως Περιφερειακό. Δημιουργήθηκαν 16 Κέντρα Υγείας από τα οποία 3 (της Νεάπολης, της Σητείας και της Ιεράπετρας) συστεγάζονται με τα Νοσοκομεία στα οποία υπάγονται, με αποτέλεσμα να επικαλύπτονται οι λειτουργίες τους. Στις αστικές

περιοχές λειτουργούν οι ιδιωτικές κλινικές, τα ιατρεία του ΙΚΑ, τα ιδιωτικά διαγνωστικά και τα ιδιωτικά ιατρεία (Φιλαλήθης και συν.,2000).

Όπως αναφέρεται στην μελέτη του Πανεπιστημίου Κρήτης το 2000, με την εφαρμογή του ΕΣΥ, ιδιαίτερα μετά τη λειτουργία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, η Κρήτη θεωρήθηκε πως πρέπει να λειτουργήσει ως μια υγειονομική περιφέρεια «πρότυπο» για το ΕΣΥ: Η νησιώτικη φύση της Περιφέρειας, με τα σαφή γεωγραφικά όρια και τον πληθυσμό του μισού εκατομμυρίου και η ύπαρξη επαρκούς υποδομής μονάδων περίθαλψης, καλύπτουν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη αυτοδύναμων υπηρεσιών υγείας, δηλαδή για την εξάλειψη της ανάγκης διακομιδής ασθενών στην Αθήνα ή το εξωτερικό. Αρχικά, η Υγειονομική Περιφέρεια περιελάμβανε και τα νησιά του Νότιου Αιγαίου, στην πράξη όμως αυτή η σύνδεση ουσιαστικά δεν λειτούργησε ποτέ.

Τα ελληνικά κρατικά Νοσοκομεία είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ), δηλαδή οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Στην μελέτη αυτή θα επικεντρωθούμε στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και στα πανεπιστημιακά.

3.2.2.γ. Τα 8 νοσοκομεία της Περιφέρειας Κρήτης

Ο τρόπος λειτουργίας και η αποστολή των νοσοκομείων του ΕΣΥ τα κατατάσσει σε διαφορετικές ομάδες νοσοκομείων:

Το **Πα.Γ.Ν.Η.** είναι Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και αποτελεί το ένα από τα δυο Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία της Κρήτης. Βρίσκεται στην πόλη του Ηρακλείου και παρέχει εξειδικευμένη Τριτοβάθμια Φροντίδα με Πανεπιστημιακές Κλινικές και Εργαστήρια και υποστηρίζουν προ- και μεταπτυχιακή εκπαίδευση και ερευνητικό έργο. Παρέχει επίσης, Δευτεροβάθμια Φροντίδα για «γενικά» περιστατικά που δεν απαιτούν εξειδικευμένες υπηρεσίες, με τα εξωτερικά ιατρεία και με τη συμμετοχή στη γενική εφημερία κάθε δεύτερη μέρα και παρέχει επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για απλά περιστατικά. Ακόμα συνεργάζεται με τα Κέντρα Υγείας της Περιφέρειας για προγράμματα προληπτικής ιατρικής.

Είναι η μεγαλύτερη νοσηλευτική μονάδα στην Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, ενώ συγκαταλέγεται μεταξύ των μεγαλύτερων νοσοκομείων της χώρας. Εκτός από τους ασθενείς που προσέρχονται στο Πα.Γ.Ν.Η. από ολόκληρο τον κρητικό πληθυσμό, διακομίζονται έκτακτα περιστατικά και από τα Δωδεκάνησα και άλλα νησιά του Νότιου Αιγαίου.

Διαθέτει 735 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί στο σύνολο 2043 εργαζομένους από όλες τις ειδικότητες.

Το **Βενιζέλειο Νοσοκομείο** είναι το δεύτερο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Κρήτης. Βρίσκεται στη πόλη του Ηρακλείου και μοιράζεται τις εφημερίες μέρα παρά μέρα με τον Πα.Γ.Ν.Η. Είναι παλαιότερο από το Πα.Γ.Ν.Η και διασπάται σε δύο κτιριακές μονάδες, το κυρίως συγκρότημα και τη μονάδα του Απολλώνειου στο κέντρο της πόλης, του οποίου τα τελευταία χρόνια δεν λειτουργεί λόγω ανεπάρκειας ξενοδοχειακής υποδομής. Παρέχει Τριτοβάθμια Φροντίδα, με τις εξειδικευμένες κλινικές και εργαστηριακές μονάδες του, καθώς και Δευτεροβάθμια Φροντίδα που καλύπτεται από ένα σημαντικό μέρος της λειτουργίας του.

Σε αυτό υπάγονται 6 Κέντρα Υγείας του Νομού Ηρακλείου, της Αγίας Βαρβάρας, του Χάρακα, των Μοιρών, του Αρκαλοχωρίου, του Καστελλίου Πεδιάδος και της Βιάννου.

Διαθέτει 495 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί στο σύνολο 1286 εργαζομένους από όλες τις ειδικότητες.

Τα **Νοσοκομεία Αγ.Γεώργιος Χανίων, Ρεθύμνου και Αγίου Νικολάου** είναι Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία τα οποία καλύπτουν υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης στον κάθε νομό που εδρεύουν αντίστοιχα. Παρέχουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών και εργαστηριακών υπηρεσιών και βρίσκονται σε Γενική Εφημερία κάθε μέρα. Τα Νοσοκομεία Χανίων και Ρεθύμνου έχουν την ευθύνη για όλα τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν στους νομούς και το Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου έχει την ευθύνη μόνο για το Κέντρο Υγείας Τζερμιάδου.

Το Νοσοκομείο Χανίων διαθέτει 454 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί στο σύνολο 964 εργαζομένους. Το Νοσοκομείο Ρεθύμνου διαθέτει 191 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί συνολικά 478 εργαζομένους. Και το Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου διαθέτει 144 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί στο σύνολο 399 εργαζομένους

Τα **Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας Ιεράπετρας, Νεάπολης και Σητείας** παρέχουν Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Περίθαλψη και καλούνται να τις υποστηρίξουν στον ίδιο χώρο με σαφή δυσκολία στην εφαρμογή τους λόγω αισθητής διάκρισης του σκοπού και της λειτουργίας των δύο αυτών τύπων φροντίδας. Συνεπώς, στα πλαίσια της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας καλύπτουν περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και παρέχουν ειδικευμένες υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία και στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας καλύπτουν υπηρεσίες Γενικής Ιατρικής, όπως υπηρεσίες «πρώτης επαφής», συνεχούς φροντίδας, πρόληψης κ.ο.κ.

Το Νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρα διαθέτει 72 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί στο σύνολο 200 εργαζομένους. Το Νοσοκομείο – Κ.Υ. Νεάπολης διαθέτει 20 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί συνολικά 65 εργαζομένους. Και το Νοσοκομείο – Κ.Υ. Σητείας διαθέτει 75 αναπτυγμένες κλίνες και απασχολεί στο σύνολο 216 εργαζομένους.

(Φιλαλήθης και συν.,2000)

3.2.3.Υποδομές – Χρήση : Επιλογή Δεικτών και συγκρίσεις

Στην Κρήτη λειτουργούν στο σύνολο (δημόσια και ιδιωτικά) 15 γενικά νοσοκομεία (διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες) και 3 ειδικά (διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία), στα οποία πρώτα περιλαμβάνονται 2.508 κλινικές και στα δεύτερα 404 κλινικές. Από αυτά τα 9 είναι δημόσια γενικά και διαθέτουν 2.090 κλίνες, 1 είναι δημόσιο ειδικό (Θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων) και διαθέτει 323 κλίνες, τα 7 είναι γενικές ιδιωτικές κλινικές και διαθέτουν 418 κλίνες και τέλος 2 ειδικές ιδιωτικές κλινικές που διαθέτουν 81 κλίνες. Επίσης λειτουργούν 14 Κέντρα Υγείας, 132 Περιφερειακά Ιατρεία και 593 Εξεταστήρια.

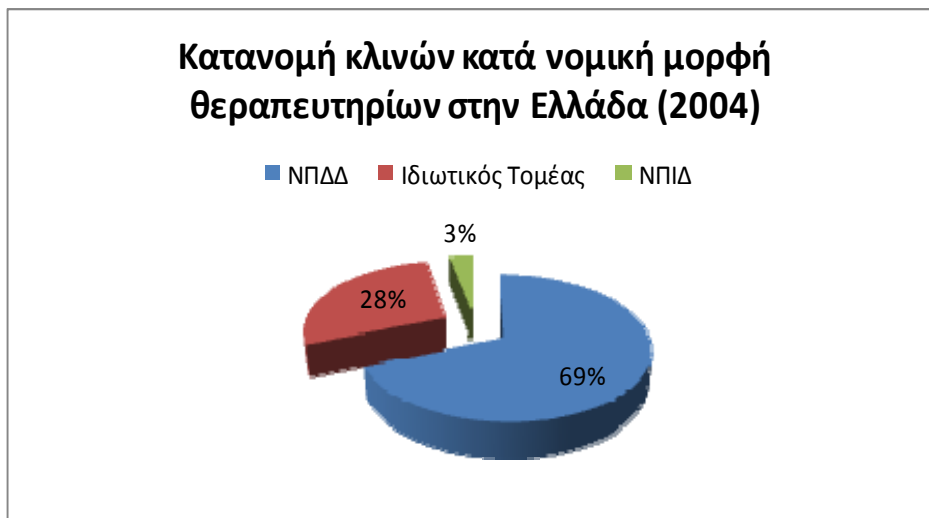
Γραφημα 3. 2 Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίων στην Κρήτη (2004)



Πηγή ΕΣΥΕ 2004

Στην Ελλάδα η αναλογία αυτή είναι περίπου ανάλογη, συν ένα μικρό ποσοστό 3% στα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου που δεν υπάρχουν στην Κρήτη στον τομέα υγείας.

Γραφήμα 3. 3 Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίων στην Ελλάδα (2004)



Πηγή ΕΣΥΕ 2004

Η περιφέρεια της Κρήτης συγκεντρώνει το 6% των κλινών στο σύνολο της Ελλάδας με μεγαλύτερη συγκέντρωση στην περιφέρεια της πρωτεύουσας (43,3%) και με μικρότερη στη περιφέρεια των Ιονίων Νήσων 2% (Τούντας και συν.,2008).

Αναλυτικά για το κάθε νοσοκομείο οι αναπτυγμένες κλίνες είναι : Πα.Γ.Ν.Η. 735, Γ.Ν.Η. «Βενιζέλειο – Πανάνειο» 495, Γ.Ν.Ρεθύμνου 191, Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος» 454, Γ.Ν. Αγ. Νικολάου 144, Γ.Ν.-Κ.Υ. Νεάπολης 20, Γ.Ν.-Κ.Υ. Σητείας 75 και Γ.Ν.-Κ.Υ. Ιεράπετρας 72.

Ο πραγματικός πληθυσμός της Κρήτης ανέρχεται στις 601.131 και αναλογιζόμενοι ότι το σύνολο των αναπτυγμένων κλινών των δημόσιων γενικών νοσοκομείων του νησιού είναι 2.186, εκτός του ψυχιατρικού θεραπευτηρίου Χανίων λόγω της ειδικής φύσης του, η αναλογία των κλινών ανά 1000 κατοίκους είναι 3,6.

Πιο αναλυτικά για κάθε νοσοκομείο ο δείκτης κλίνες ανά 1000 κατοίκους δεν είναι εφικτό να υπολογιστεί λόγω δυσκολίας προσδιορισμού του πληθυσμού αναφορά σε επίπεδο τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Συγκριτικά στο σύνολο της χώρας διατίθενται 35.808 κλίνες σε δημόσια γενικά νοσοκομεία και αναλογικά με τον πληθυσμό της Ελλάδας 10.964.020 (ΕΣΥΕ,2001) η αναλογία είναι 2,4 κλίνες ανά 1000 κατοίκους.

Στο σύνολο η Κρήτη έχει υψηλότερο δείκτη από το σύνολο της χώρας γεγονός που αποδεικνύει την ραγδαία ανάπτυξη νέων υποδομών στο νησί της Κρήτης.

Σημειώνεται, πάντως, πως η ανάγνωση τέτοιων δεικτών πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή αφού επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό και από παράγοντες εκτός του συστήματος υγείας, όπως π.χ. η πυκνότητα του πληθυσμού και η γεωγραφική

έκταση που καλύπτουν οι υπό εξέταση υγειονομικές δομές. Έτσι, η ανάλυση της οργάνωσης και λειτουργίας ενός συστήματος υγείας απαιτεί και την αξιοποίηση των δεικτών χρησιμοποίησης των διαθέσιμων φροντίδων, ιδιαίτερα σε μία χώρα όπως η Ελλάδα, όπου διαπιστώνονται συνεχείς και εκτεταμένες διαπεριφερειακές ροές ασθενών.

Την χρήση των υπηρεσιών υγείας θα την εκφράσουμε με :

- α. το **ποσοστό κάλυψης**, το οποίο υπολογίζεται με το πηλίκο του γινομένου των ημερών νοσηλείας επί εκατό (100) διά το γινόμενο του αριθμού των κλινών επί τις ημέρες της περιόδου που μετράμε (π.χ.365 για ένα χρόνο). Επίσης, υπολογίζεται από τις ημέρες νοσηλείας σε σχέση με τις ημέρες νοσηλείας βάσει ανεπτυγμένων κλινών.
- β. τη **μέση διάρκεια νοσηλείας**, η οποία υπολογίζεται με το πηλίκο του συνόλου ημερών νοσηλείας έτους δια αριθμό των νοσηλευθέντων έτους.

Ο δείκτης κάλυψης ή πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών αποτελεί βασικό παράγοντα αξιολόγησης της αποδοτικότητας της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Αυτή η αξιολόγηση είναι πολλή σημαντική όταν γίνεται συγκριτικά μεταξύ των νοσοκομείων γιατί προβάλλει τις διαφορές στη χρήση των πόρων και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την καταγραφή των αναγκών και σχεδιασμού αποφάσεων για το μέλλον.

Στον πίνακα 3.3 (παράρτημα) εμφανίζονται τα στοιχεία για κάθε νοσοκομείο για το τελευταίο έτος μελέτης, το 2007. Θα μελετήσουμε ενδεικτικά την νοσηλευτική κίνηση με τους δείκτες εκροών για το έτος 2007 και στο επόμενο κεφάλαιο θα συνεχίσουμε περαιτέρω την ανάλυση τους διαχρονικά.

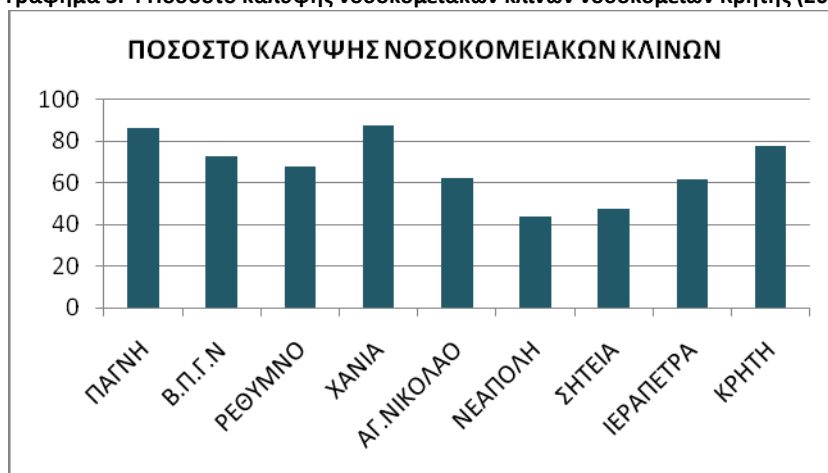
Αρχίζοντας με τις ημέρες νοσηλείας στο Πα.Γ.Ν.Η. ανέρχονται το 2007 στις 231.163 και συγκρινόμενες με τις 268.275 που είναι οι αναμενόμενες σύμφωνα με τον αριθμό των ανεπτυγμένων κλινών επί τις ημέρες ενός έτους (365) διαπιστώνουμε σχεδόν πλήρη εκμετάλλευση-χρήση των διαθέσιμων υποδομών με 86,17% ποσοστό κάλυψης. Στο Βενιζέλειο-Π.Γ.Ν.Η. έχουν καταμετρηθεί 131.435 ημέρες νοσηλείας σε σχέση με τις 180.675 αναμενόμενες δηλαδή 72,75% ποσοστό κάλυψης. Η διαφορά αποδίδεται στην μειωμένη εκμετάλλευση των κλινών. Στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου οι ημέρες νοσηλείας κυμαίνονται στις 42.274. Το νοσοκομείο παρουσιάζει μειωμένη χρήση αναλογικά με τις 69.715 που αναμενόταν να είναι. Το ποσοστό κάλυψης είναι 67,81%, η αιτία πιθανολογείται ίδια με του προηγούμενου νοσοκομείου. Στο νοσοκομείο Χανίων Αγ.Γεώργιος οι ημέρες νοσηλείας για το έτος 2007 είναι 145.052, πολύ κοντά στις αναμενόμενες 165.710 με πληρότητα 87,53%. Στο Γενικό Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου καταγράφηκαν 32.920 ημέρες νοσηλείας,

αριθμός μικρός σε σχέση με το 52.560 που αναμενόταν. Από τα στοιχεία υπολογίζεται το ποσοστό κάλυψης σε 62,63%. Το ίδιο παρουσιάζεται και στο Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Νεάπολης με 3.223 ημέρες νοσηλείας και 7.300 αναμενόμενες σύμφωνα με την διαθεσιμότητα εκμετάλλευσης-αξιοποίησης των κλινών, ποσοστό κάλυψης 44,15%. Στο Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Σητείας με 12.979 ημέρες νοσηλείας σε σχέση με τις 27.375 αναμενόμενες και συνεπώς το ποσοστό κάλυψης υπολογίζεται στο 47,41%. Η διαφορά ενδεχομένως οφείλεται σε μειωμένη ζήτηση υπηρεσιών λόγω χαμηλού επιπέδου εμπιστοσύνης του πληθυσμού και μειωμένη ικανότητα κάλυψης περιστατικών υψηλού κινδύνου. Παρομοίως στο Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας οι ημέρες νοσηλεία ανέρχονται στις 16.302, μικρός αριθμός αναλογικά με τις 26.280 αναμενόμενες, δηλαδή ποσοστό κάλυψης 62,03%. Η πληρότητα είναι ένας δείκτης που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την επάρκεια του εξοπλισμού και των νοσοκομειακών δομών να διαχειριστούν περιστατικά που θα προκύψουν.

Από τα στοιχεία της 7^{ης} Υ.ΠΕ. Κρήτης το ποσοστό κάλυψης για το σύνολο των δημόσιων γενικών νοσοκομείων Κρήτης είναι 77,7% .

Το γράφημα 3.4 «ποσοστό κάλυψη – πληρότητα νοσοκομειακών κλινών» απεικονίζει τις υπάρχουσες διαφορές στην χρήση των νοσοκομειακών κλινών.

Γραφήμα 3. 4 Ποσοστό κάλυψης νοσοκομειακών κλινών νοσοκομείων Κρήτης (2007)



Πηγή 7^η Υ.ΠΕ.

Από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ (2001) για το σύνολο των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των ιδιωτικών νοσοκομείων δείχνουν στην Κρήτη πληρότητα 70%, σχετικά καλή συγκρινόμενη με το γεωγραφικό διαμέρισμα της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας που είναι πολλή μικρή στο 47% πληρότητα αλλά μειονεκτεί σε σχέση με της περιφέρειας των ιόνιων νησιών και των νησιών του Αιγαίου με 100% και 95% πληρότητα

αντίστοιχα. Η ερμηνεία του παραπάνω αποτελέσματος συνδέεται με τα προβλήματα μετακίνησης των ασθενών της νησιώτικης χώρας σε αντιδιαστολή με τη γειτνίαση των περιοχών με χαμηλή κάλυψη με την περιφέρεια της πρωτεύουσας (Τούντας,2008).

Συνολικά η Κρήτη παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό διαπεριφερειακών ροών στη χώρα – μόλις 6% το 1997, χωρίς να είναι ξεκάθαρο σε ποιο βαθμό αυτό το ικανοποιητικό ποσοστό κάλυψης του τοπικού πληθυσμού οφείλεται στην ανάπτυξη των τοπικών υγειονομικών υπηρεσιών και κατά πόσο επηρεάζεται από τη δυσμενή για μετακινήσεις γεωγραφική θέση της μεγαλονήσου. Από την άλλη, ο τρόπος ανάπτυξης των υπηρεσιών παρουσιάζει μεγάλες αδυναμίες στην κάλυψη του πληθυσμού και στην αποδοτικότητα τους (Πολύζος,1997).

Τέλος, πολύ σημαντικό είναι να δούμε την πληρότητα ανά νοσοκομειακό τμήμα για να καταλάβουμε πως διαρθρώνεται η συνολική πληρότητα του νοσοκομείου.

Σε μελέτη του Ν.Πολύζου (1999) για την αποδοτικότητα νοσοκομείων εκτιμάται από τους δείκτες κάλυψης ότι η χρησιμοποίηση των κλινών είναι χαμηλή και κυμαίνεται σταθερά κάτω από 70% τα χρόνια 1995-1999. Στη μελέτη διαπιστώνεται στατιστική σημαντικότητα στη διακύμανση της κάλυψης των κλινών με βάση τον παράγοντα ειδικότητα-κλινική και αναφέρει ότι οι ειδικότητες με χαμηλή κάλυψη είναι η παιδιατρική (40%), οι ΩΡΛ – οφθαλμολογία (42%) και η γυναικολογική – μαιευτική (46%) ενώ στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους λειτουργούν τα τμήματα της παθολογίας, της γενικής χειρουργικής, της ορθοπεδικής και της ουρολογίας (69-74%).

Δεύτερο μέτρο χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι η **Μ.Δ.Ν. (Μέση διάρκεια νοσηλείας)**, η οποία υπολογίζεται από τις ημέρες νοσηλείας δια τους νοσηλευθέντες ασθενείς.

Ο χρόνος νοσηλείας καθορίζεται από την είσοδο και την έξοδο ενός ασθενούς στο νοσοκομείο. Η διάρκεια του καθορίζεται από τις συνθήκες νοσηλείας και τη συμπεριφορά της νόσου. Είναι δηλαδή μια συνεχιζόμενη διαδικασία την οποία επηρεάζουν οι αποφάσεις του γιατρού αλλά και η συμπεριφορά του ασθενή και της νόσου. Επίσης επίδραση στην Μ.Δ.Ν. έχει η θέση και η οργανωτική διάρθρωση του νοσοκομείου (Πολύζος,1999).

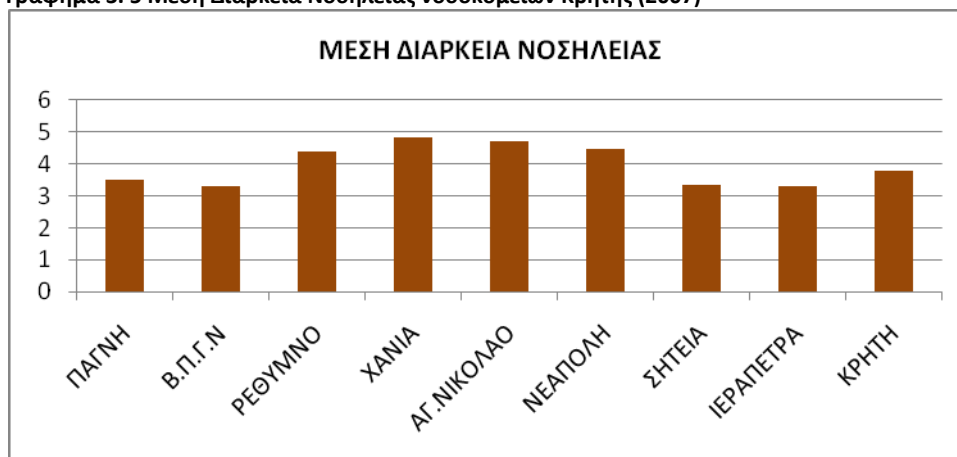
Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2006) η Μ.Δ.Ν. στην Ελλάδα το έτος 2000 για το σύνολο των νοσοκομείων (δημόσια και ιδιωτικά) της χώρας ήταν 8,4 δηλαδή σχετικά χαμηλή (18^η από τις 26 χώρες στη σχετική κατάταξη). Στο δημόσιο τομέα, η Μ.Δ.Ν.

για το 2000 ήταν 6 ημέρες για τα μεγάλα νοσοκομεία, 5 ημέρες για τα μεσαία και 4,8 για τα μικρότερα (Τούντας,2008).

Σε επαρχιακά νοσοκομεία παρουσιάζεται μικρή Μ.Δ.Ν. και σημαντική αιτία αποτελεί το πρόβλημα που προκύπτει από τις διαπεριφερειακές ροές ή μεταφορές ασθενών προς άλλα νοσοκομεία, κυρίως του μεγαλύτερου αστικού κέντρου της περιφέρειας Αττικής, χωρίς να σημαίνει πως τα προαναφερθέντα δεν παρέχουν γρήγορες και αποτελεσματικές υπηρεσίες (Πολύζος,1994).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει συλλέξει η Υ.Πε. Κρήτης για το έτος 2007 η Μ.Δ.Ν. για τα νοσοκομεία της Κρήτης είναι η εξής : Το Πα.Γ.Ν.Η. έχει 3,50 ημέρες, το Βενιζέλειο Π.Γ.Ν.Η. 3,31 ημέρες, το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου 4,40 ημέρες, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Αγ.Γεώργιος 4,84 ημέρες, το Γενικό Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου 4,7, το Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης 4,45, το Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας 3,35 ημέρες και το Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας 3,29 ημέρες. Ο μέσος όρος για το σύνολο των νοσοκομείων της Κρήτης είναι 3,80 ημέρες.

Γραφήμα 3. 5 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας νοσοκομείων Κρήτης (2007)



Πηγή: Υ.Πε.Κρήτης

Σε αντίθεση με τα στοιχεία μας για τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Κρήτης η μελέτη «Αποδοτικότητα των νοσοκομείων» (Πολύζος,1999), υποστηρίζει πως υπάρχει θετική συσχέτιση (με την μέθοδο συσχέτισης Pearson) της Μ.Δ.Ν. με το μέγεθος του νοσοκομείου (0.391), είτε προσμετρείται σε κλίνες ή κατά ομάδες νοσοκομείων – μικρά, μικρό-μεσαία, μεγαλομεσαία, μεγάλα (0.361). Είναι γνωστό ότι τα πανεπιστημιακά τμήματα έχουν συνήθως μεγαλύτερη Μ.Δ.Ν. γιατί συνήθως θεραπεύουν τις σοβαρότερες ασθένειες (Van Vliet,1988).

Επίσης από την ίδια μελέτη με στατιστική σημαντικότητα βγήκε να έχει θετική συσχέτιση- με στατιστική σημαντικότητα ο αριθμός των κλινών και ο αριθμός των

γιατρών με την Μ.Δ.Ν. ως εισροές και στον τομέα των εκροών αρνητική συσχέτιση έχει η παραγωγικότητα των γιατρών και θετική συσχέτιση έχει το κόστος ανά ασθενή, δείκτες που θα μελετήσουμε παρακάτω.

3.2.3. Ανθρώπινο Δυναμικό : Συγκρίσεις και παραγωγικότητα

Θα διενεργήσουμε συγκρίσεις εκτιμώντας την παραγωγικότητα του προσωπικού του νοσοκομείου για το έτος 2007. Η εκτίμηση της παραγωγικότητας των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και του λοιπού προσωπικού δεν θα γίνει σε διαχρονική μελέτη στο επόμενο κεφάλαιο, καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία του προσωπικού τα προηγούμενα έτη.

Στον πίνακα 3.3. εμφανίζεται το ανθρώπινο δυναμικό που υπηρετεί στον συνολικό νοσοκομειακό τομέα ανά νοσοκομείο της Κρήτης:

Πίνακας 3. 3 Αριθμός ιατρικού προσωπικού και δείκτες παραγωγικότητας (2007)

	Πα.Γ.Ν.Η.	Β.Π.Γ.Ν.Η.	Ν.ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Ν.ΧΑΝΙΩΝ	Ν.ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	Ν.-Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑ	Ν.-Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	565	329	111	205	84	16	41	43
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ/ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠ.	117	121	97	146	83,4	47,3	94,6	115,2
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ/ΙΑΤΡ.ΠΡΟΣ.	409	400	426	708	392	201	317	379

Πηγή 7^η Υ.ΠΕ. Κρήτης

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει επιλέξει ένα ιδιότυπο – και δαπανηρό – μίγμα παραγωγικών συντελεστών όσον αφορά την εργασία, αφού κατέχει σταθερά τα τελευταία χρόνια μια από τις πρώτες θέσεις στον αριθμό των ιατρών που στελεχώνουν τις νοσηλευτικές μονάδες σε αντίθεση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας – και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό – όπου διαπιστώνονται σημαντικά κενά στη στελέχωση (Σουλιώτης και συν.2006).

Σύμφωνα με την μελέτη Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006 (Τούντας,2008) δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το προσωπικό των νοσοκομείων, αφού τα διαθέσιμα στοιχεία συμπεριλαμβάνουν και το προσωπικό των κέντρων Υγείας που υπάγονται στα νοσοκομεία. Επομένως, ο πραγματικός αριθμός των εργαζομένων στο νοσοκομειακό τομέα μπορεί να προκύψει μόνο με έμμεσο τρόπο και κατά προσέγγιση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας (ΥΥΚΑ 2005) υπάρχουν 22.086 ιατροί απασχολούμενοι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ένα μέρος

αυτών των ιατρών εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας μελέτης, ο αριθμός των αγροτικών ιατρών –που εργάζονται στη μεγάλη τους πλειοψηφία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη– είναι 1.922. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Χάρτη Υγείας του υπουργείου Υγείας του 2004, στα Κέντρα Υγείας εργάζονται 1.420 ιατροί, πλην των αγροτικών. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι το σύνολο των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ είναι 3.342, οπότε, αν αφαιρεθεί ο αριθμός αυτός από το σύνολο των 22.086 ιατρών, προκύπτει ένας αριθμός 18.744 ιατρών που εργάζονται στον νοσοκομειακό τομέα του ΕΣΥ.

Σε πίνακα της μελέτης που προαναφέρθηκε (Τούντας, 2008) δίνει αναλογία ιατρικού προσωπικού Κεντρικών Υπηρεσιών (Κε. Υπ.), Νοσοκομείων-ΚΥ και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (ΜΚΦ) 2 ανά 1000 κατοίκους, η μελέτη έγινε σύμφωνα με στοιχεία του Υ.Υ.Κ.Α. (2005)

Ακολουθώντας την μεθοδολογία της μελέτης του Γ.Τούντα (2008) υπολογίζεται ότι ο δείκτης αναλογίας ιατρικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους για το σύνολο της Κρήτης κυμαίνεται στο 2,3, πολύ κοντά στο αποτέλεσμα του αντίστοιχου δείκτη στο σύνολο της Ελλάδας. Ο ίδιος δείκτης δεν μπορεί να υπολογιστεί ανά νοσοκομείο διότι δεν είναι εύκολα προσδιορίσιμος ο πληθυσμός αναφοράς του κάθε νοσοκομείου σε επίπεδο δευτεροβάθμιας και ειδικά στο επίπεδο τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Γενικότερα όμως στην Ελλάδα υπάρχει πρόβλημα ανισοκατανομής του προσωπικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών. Συγκεκριμένα ο δείκτης του ιατρικού δυναμικού ανά 1000 κατοίκους κυμαίνεται από 1,3 για τη Στερεά Ελλάδα έως 3,7 για την Α' Περιφέρεια Αττικής (Τούντας, 2008).

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας. Στη χώρα μας συνθέτει μια μεγάλη κατηγορία ατόμων με διαφορετική εκπαίδευση. Συγκεκριμένα η εκπαίδευση των νοσηλευτριών/τών διαχωρίζεται σε τέσσερα επίπεδα εκπαίδευσης: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τέλος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Στο νοσηλευτικό προσωπικό ανήκουν επίσης οι επισκέπτες υγείας και οι μαιευτές. Οι τελευταίες δυο ομάδες του νοσηλευτικού προσωπικού προέρχονται από την Τεχνολογική Εκπαίδευση.

Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, συνολικά στην Ελλάδα απασχολούνταν το 2004 41.753 νοσηλευτές – συμπεριλαμβανομένων και τους νοσηλευτές των Κέντρων Υγείας. Από αυτούς, και με βάση τον Χάρτη Υγείας του 2004, στα Κέντρα Υγείας εργάζονται 1.317 νοσηλευτές και 322 μαιευτές. Το συνολικό νοσηλευτικό δυναμικό των

Κέντρων Υγείας υπολογίζεται, επομένως, σε 1.639 άτομα και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 40.114 νοσηλευτές. Επομένως ο δείκτης κυμαίνεται στους 3,8 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (Τούντας,2008).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της 7^{ης} Υ.ΠΕ.Κρήτης το νοσηλευτικό προσωπικό ανά νοσοκομείο είναι:

Πίνακας 3. 4 Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού και δείκτες παραγωγικότητας (2007)

	Πα.Γ.Ν.Η.	Β.Π.Γ.Ν.Η.	Ν.ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Ν.ΧΑΝΙΩΝ	Ν.ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	Ν.-Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑ	Ν.-Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	829	533	201	438	162	20	94	86
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΠΡΟΣΩΠ.	80	75	53,4	68,4	43,2	38	41,2	58
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ/ΝΟΣ.ΠΡΟΣ.	279	247	235,1	331,1	203,1	160,6	138	190

Πηγή 7^η Υ.ΠΕ. Κρήτης

Ομοίως ακολουθώντας την μεθοδολογία του Τούντα (2008) ο σχετικός δείκτης «αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους για την Κρήτη υπολογίστηκε 3,9, πάρα πολύ κοντά στην αναλογία του συνόλου της Ελλάδας.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως οι ΜΕΘ, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω ελλείψεως προσωπικού. Πάνω από 20.000 υπολογίζονται οι αναγκαίες νέες προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού. Ο λόγος του προβλήματος εστιάζεται στο γεγονός ότι οι προσλήψεις νοσηλευτών μέσω ΑΣΕΠ χρειάζονται 18-24 μήνες για να ολοκληρωθούν, ενώ το αρμόδιο υπουργείο Εθνικής Οικονομίας καθυστερεί ή αναβάλλει τις σχετικές διαδικασίες για λόγους δημοσιονομικής πολιτικής.

Πέραν των μεγάλων ελλείψεων, ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκεται αποσπασμένος σε διοικητικές θέσεις, εντός αλλά και εκτός του υγειονομικού συστήματος, παρά τις εκάστοτε κυβερνητικές εξαγγελίες περί άμεσης επιστροφής στις θέσεις του. Παράλληλα, υπάρχει μια συνεχής ροή νοσηλευτικού προσωπικού από τα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας. Μεγάλα κενά παρουσιάζονται και στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες. Οι προσλήψεις στις υπηρεσίες αυτές είναι πλέον ελάχιστες και τα κενά συχνά συμπληρώνονται με μετατάξεις μη κατάλληλου προσωπικού.

Σε ό,τι αφορά την ιατρική υπηρεσία, μπορεί μεν να μην υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις, παρουσιάζονται όμως κενά που δυσχεραίνουν τη λειτουργία κρίσιμων τμημάτων. Οι καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των κρίσεων είναι πολύ μεγάλες –έως και 3 χρόνια– με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τείνει να μετατραπεί σε ένα «γερασμένο» και κουρασμένο σώμα λειτουργών, χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο προσφοράς (Τούντας, 2008).

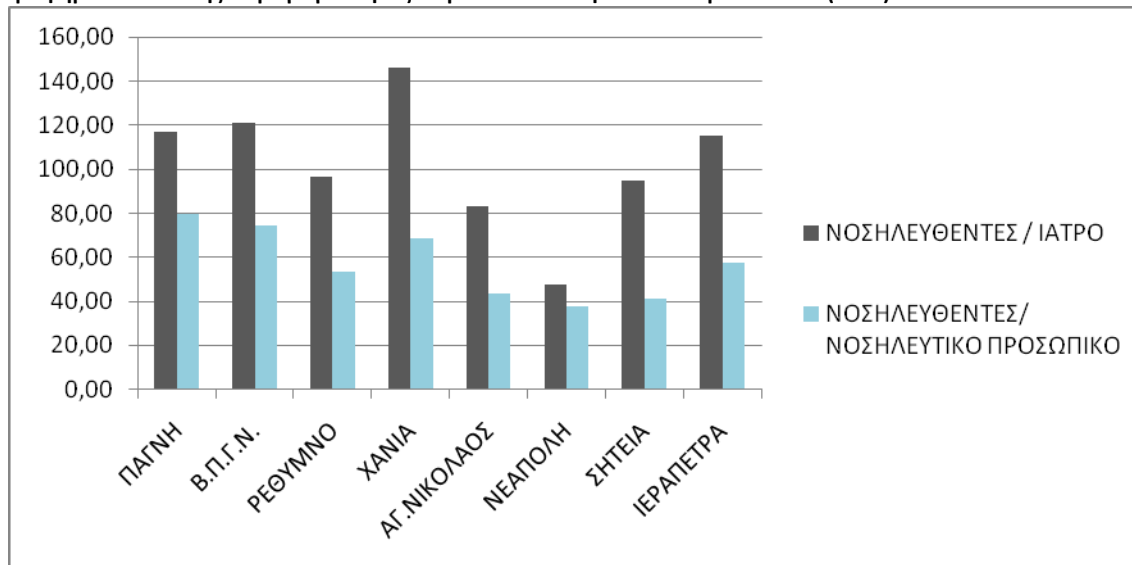
Το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό περιλαμβάνει τις κατηγορίες :

- Διοικητικοί υπάλληλοι
- Λοιπό επιστημονικό (φυσικοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.)
- Προσωπικό εργαστηρίων
- Προσωπικό καθαριότητας
- Προσωπικό εστίασης
- Τεχνικό προσωπικό
- Λοιπό προσωπικό

Ο τρόπος αξιολόγησης του προσωπικού που θα εφαρμοστεί σε αυτήν την μελέτη είναι ο δείκτης παραγωγικότητας που ορίζεται ως το πηλίκο των νοσηλευθέντων ή/και των ημερών νοσηλείας ξεχωριστά διά τον αριθμό του συνόλου του προσωπικού που θέλουμε να αξιολογήσουμε.

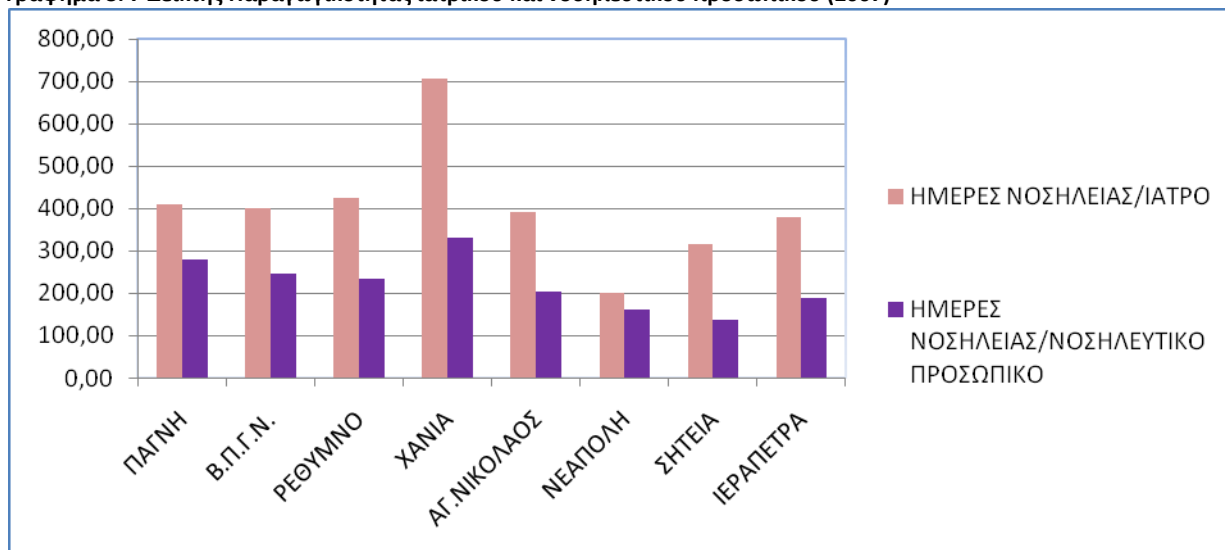
Έτσι οι δείκτες παραγωγικότητας για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίστηκαν για κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά σύμφωνα με τα στοιχεία της 7^{ης} Υ.ΠΕ. Κρήτης στους πίνακες 3.4. και 3.5. παραπάνω και γραφικά παρουσιάζονται στο γράφημα 3.6. και 3.7

Γραφήμα 3. 6 Δείκτης Παραγωγικότητας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (2007)



Πηγή 7^η Υ.ΠΕ. Κρήτης

Γραφήμα 3. 7 Δείκτης Παραγωγικότητας ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (2007)



Πηγή 7^η Υ.ΠΕ. Κρήτης

Τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα με βάση την επάρκεια των υποδομών και του προσωπικού.

Σχετικά με τον δείκτη «νοσηλευθέντες ανά ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό»:

Το ιατρικό προσωπικό του Πα.Γ.Ν.Η. παρόλο που υπερτερεί σε αριθμό καθώς και σε αριθμό κλινών φαίνεται λιγότερο παραγωγικό από το Βενιζέλειο Π.Γ.Ν. και το νοσηλευτικό προσωπικό κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα.

Το νοσοκομείο Αγ.Γεώργιος Χανίων με τον μικρότερο αριθμό γιατρών και κλινών σε σχέση με τα 2 περιφερειακά νοσοκομεία του Ηρακλείου εμφανίζει την μεγαλύτερη παραγωγικότητα γιατρών αλλά όχι και νοσηλευτικού προσωπικού.

Η παραγωγικότητα των γιατρών στο Νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας, υπερτερεί με μεγάλη διαφορά των υπόλοιπων μικρών νοσοκομείων και ακριβώς το ίδιο ισχύει και για την παραγωγικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού. Το αποτέλεσμα δεν είναι ενδεικτικό καθώς πιθανόν τα περιστατικά δεν είναι της ίδιας βαρύτητας με τα περιστατικά των άλλων νοσοκομείων μεγαλύτερου μεγέθους όπως Ν.Ρεθύμνου και Ν.Αγ.Νικολάου που είχαν μεγαλύτερη από αυτό ετήσια Μ.Δ.Ν. Τα στοιχεία αυτά απο Σχετικά με τον δείκτη «**ημέρες νοσηλείας ανά ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό**»: Την μεγαλύτερη παραγωγικότητα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό από τα μεγάλα νοσοκομεία (401+ κλίνες) την παρουσιάζει το Ν.Χανίων και από τα μεσαία νοσοκομεία (101-200 κλίνες) πιο παραγωγικό φαίνεται το Ν.Ρεθύμνου με μικρή διαφορά από το Ν.Αγ.Νικολάου. Από τα μικρά νοσοκομεία (0-100 κλίνες) το Ν.-Κ.Υ. Ιεράπετρας είναι περισσότερο παραγωγικό. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν ίσως την επιβεβαίωση της συνήθους πρακτικής των μικρότερων νοσοκομείων που νοσηλεύουν ήπια περιστατικά, σε αντίθεση με τα μεγάλα νοσοκομεία που νοσηλεύουν τα σοβαρότερα. Άλλωστε το Πα.Γ.Ν.Η. και το Β.Π.Γ.Ν.Η. έχουν τις μεγαλύτερες ροές από άλλα νοσοκομεία του νησιού.

Τα αποτελέσματα των δεικτών δείχνουν μια γενική εικόνα του κάθε νοσοκομείου, η οποία όμως επηρεάζεται από την παραγωγικότητα του προσωπικού ανά τμήμα, στα οποία πιθανόν να υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις λόγω διαφοροποίησης περιστατικών. Στην μελέτη του Ν.Πολύζος (1999), πιο παραγωγικές ειδικότητες εμφανίζονται η ουρολογία (281 νοσηλευθέντες/ιατρό ετησίως), η καρδιολογία (205) και η παθολογία (172), ενώ αντίθετα όλες οι υπόλοιπες βρίσκονται κάτω από τη μέση συνολική τιμή, ιδιαίτερα η οφθαλμολογία (101), η ΩΡΛ (118), η γυναικολογία-μαιευτική (131) και η παιδιατρική (132). Σύμφωνα με την ίδια μελέτη το έτος 1995 η παραγωγικότητα των γιατρών κατά μέσο όρο όλων των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. στη Ελλάδα ήταν 160 ασθενείς και της Κρήτης 166. Συνεπώς, παρατηρούμε από τον πίνακα 3.3. πως η παραγωγικότητα των ιατρών στα νοσοκομεία της Κρήτης (103) το 2007 είναι χαμηλότερη από μέσο όρο του 1995. Όσον αφορά τον δείκτη «ημέρες νοσηλείας/ιατρό» σύμφωνα με τη μελέτη το 1995 προηγούνται οι ειδικότητες ουρολογία (1088), ορθοπεδική (1080), η καρδιολογία (877), η παθολογία (868) και η γεν.χειρουργική (851), ενώ στην αντίθετη πλευρά παρουσιάζονται η παιδιατρική (350), η οφθαλμολογία (376), η ΩΡΛ (427) και η γυναικολογία-μαιευτική (506) και αιτιολογείται στην αντιστοιχία «υπερ-επάρκειας» γιατρών στις «μη παραγωγικές ειδικότητες», ενώ το αντίθετο συμβαίνει σε όσες στην ανάλυση αυτή παρουσιάζονται ως «παραγωγικές». Από τον πίνακα 3.3. βγάζουμε μέσο όρο 404 ημέρες νοσηλείας

ανά γιατρό ετησίως, η οποία παραγωγικότητα είναι μικρότερη από τον αντίστοιχο μέσο όρο το 1995 που ήταν 802 και το μέσο όρο των νοσοκομείων της Ελλάδας (741).

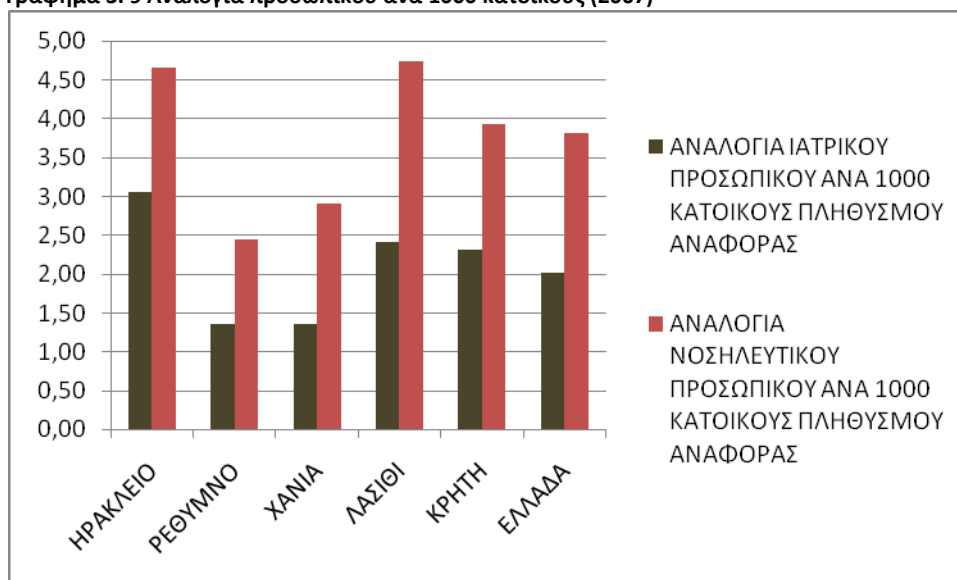
Τέλος ακολουθώντας την μεθοδολογία της μελέτης του Περιφερειακού συστήματος υγείας με παράδειγμα το Πε.Σ.Υ. Κρήτης (Μπαρδής,2002) υπολογίσαμε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κάθε νομού της Κρήτης ανά 1000 κατοίκους αθροίζοντας τον αριθμό του προσωπικού των νοσοκομείων ανά νομό και θεωρώντας πληθυσμό αναφορά τον πληθυσμό του νομού. Έτσι έχουμε:

Γραφήμα 3. 8 Αναλογία προσωπικού ανά 1000 κατοίκους (2007)

	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	ΡΕΘΥΜΝΟ	ΧΑΝΙΑ	ΛΑΣΙΘΙ	ΚΡΗΤΗ	ΕΛΛΑΔΑ
ΙΑΤΡΟΣ/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	3,06	1,35	1,36	2,41	2,32	2,01
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	4,66	2,45	2,91	4,74	3,93	3,81

Υ.Π.Ε. ΚΡΗΤΗΣ (2008), Υ.Υ.Κ.Α. (2005)

Γραφήμα 3. 9 Αναλογία προσωπικού ανά 1000 κατοίκους (2007)



Πηγή 7^η Υ.Π.Ε. Κρήτης

Τα αποτελέσματα του Ηρακλείου είναι κατά προσέγγιση διότι ο αριθμός των ασθενών δεν είναι μόνο από τον νομό αυτό, λόγω της μεγάλης κάλυψης περιστατικών οι ασθενείς προσέρχονται από όλους τους νομούς της Κρήτης.

2.3.2.Οικονομικός Απολογισμός : γενική ανάλυση

Ο οικονομικός Απολογισμός είναι μια επίσημη και αναλυτική αναφορά της οικονομικής κατάστασης του οργανισμού που μελετάμε βασισμένη σε οικονομικά

στοιχεία ανά κατηγορία δαπάνης :έσοδα, έξοδα, υποχρεώσεις και απαιτήσεις, με σκοπό την κατανόηση των προβλημάτων και την άμεση δράση αποφάσεων.

Στην μελέτη αυτή παραθέτουμε στο πίνακα 3.9 στο παράρτημα τα οικονομικά στοιχεία των νοσοκομείων που θα αποτελέσουν τους συντελεστές για τους οικονομικούς δείκτες αποδοτικότητας τους.

Αυτά είναι:

- το Συνολικό κόστος λειτουργίας που είναι το άθροισμα του κόστους μισθοδοσίας και των λειτουργικών αναγκών,
- τα ίδια βεβαιωθέντα έσοδα τα οποία είναι όσα αποδόθηκαν από τα ταμεία ,
- το σύνολο των εσόδων που είναι το άθροισμα των «βεβαιωθέντων» και «μη βεβαιωθέντων» κατ' εκτίμηση, έσοδα από «επιχορηγήσεις» για δαπάνες λειτουργίας, αγορά εξοπλισμού, κτίρια και τα προγράμματα ΨΥΧΑΡΓΩ (για τα περιφερειακά νοσοκομεία)
- τα έμμεσα λειτουργικά έξοδα που είναι έξοδα για επισκευές και συντηρήσεις, για ΟΤΕ, ΔΕΗ, Ύδρευση - Άρδευση και λοιπές δαπάνες
- τα έξοδα για την αγορά υγειονομικού υλικού και του φαρμακευτικού υλικού γιατί είναι πολύ σημαντικό να μελετηθούν ξεχωριστά από το σύνολο των εξόδων αυτές οι δύο κατηγορίες δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ασθενή.
- το σύνολο των εξόδων δηλαδή τις συνολικές δαπάνες λειτουργίας που περιλαμβάνουν τα παραπάνω έξοδα συν δαπάνες για αγορά ορθοπεδικού υλικού, αγορά χημικών αντιδραστηρίων, αγορά υλικού αιμοδοσίας, αγορά υλικού καθαριότητας, αγορά τροφίμων, αγορά ηλεκτρομηχανολογικού υλικού, έξοδα για ανέγερση κτιρίων, αγορές εξοπλισμού από επιχορηγήσεις και πάγιου εξοπλισμού από λειτουργικές δαπάνες του νοσοκομείου, αμοιβή επικουρικών γιατρών και αποζημιώσεις μελών ΔΕΠ, δαπάνες για προγράμματα ΨΥΧΑΡΓΩ.
- το σύνολο της μισθοδοσίας που περιλαμβάνει την τακτική μισθοδοσία, εφημερίες, υπερωρίες, νυχτερινά εξαιρέσιμα, σύνολο έξτρα αμοιβών.

Από τα στοιχεία των οικονομικών απολογισμών του κάθε νοσοκομείου φαίνεται το τεράστιο έλλειμμα στο νοσοκομειακό τομέα της 7^{ης} Περιφέρειας Κρήτης. Συνολικά είναι 40.442.319€. Αναλυτικά σε κάθε νοσοκομείο αφαιρώντας το σύνολο των εσόδων από το σύνολο των εξόδων είναι : ΠΑΓΝΗ 10.088.333€ , ΒΠΓΝ 12.180.957€, Γ.Ν.Ρεθύμνου 2.173.510€, Γ.Ν.Χανίων 10.857.040€, Γ.Ν.Αγ.Νικολάου

1.928.102€, Γ.Ν.-Κ.Υ.Σητείας 684.189€, Γ.Ν.-Κ.Υ. Ιεράπετρας 565.384€ και το Γ.Ν.-Κ.Υ. Νεάπολης είναι το μόνο που εμφανίζει πλεόνασμα 191.685€. Λεπτομερέστερα για την οικονομική αποδοτικότητα με βάσει τους οικονομικούς δείκτες θα αναφερθούμε στο επόμενο κεφάλαιο με την ανάλυση των οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων.

Είναι λογικό να απασχολεί τις διοικήσεις των νοσοκομείων η βελτίωση των οικονομικών και ο περιορισμός των ελλειμμάτων, συνήθως όμως αυτό παίρνει δεύτερη μοίρα καθώς το δημόσιο νοσοκομείο οφείλει να αναπτύσσεται με κύριο γνώμονα την επιτέλεση κοινωνικού ρόλου και όχι με γνώμονα την κερδοφορία και μείωση ελλειμμάτων. Η διοίκηση του νοσοκομείου απέχει πολύ από την επιλογή ή προώθηση κερδοφόρων ιατρικών πράξεων και συνεπώς το νοσοκομείο δεν μπορεί να εγκαταλείψει ιατρικές πράξεις ζημιογόνες αλλά απολύτως απαραίτητες. Τα έσοδα των δημόσιων νοσοκομείων προέρχονται από την παροχή υπηρεσιών ως αποζημιώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία, οπότε παρεμβάσεις για την μείωση των ελλειμμάτων μπορεί να γίνουν μόνο προς την κατεύθυνση του περιορισμού των δαπανών. Αξίζει να αναφερθούν μερικοί από τους λόγους δημιουργίας των ελλειμμάτων που είναι κατά κανόνα εξωγενείς :

- α. Το μεγαλύτερο μέρος των εργαστηριακών εξετάσεων των ασφαλισμένων του ΟΓΑ (40% του συνόλου των ασθενών) παρέχονται δωρεάν.
- β. παρέχεται δωρεάν περίθαλψη, νοσηλεία και φάρμακα, στους οικονομικά αδύνατους.
- γ. οι υπάρχουσες τιμές χρέωσης των παρακλινικών εξετάσεων και υλικών χειρουργείου δεν έχουν προσαρμοστεί από το 1991 (τιμές ΦΕΚ) και το κόστος τους υπερβαίνει της αποζημίωσης.
- δ. το ημερήσιο νοσήλιο δεν έχει αναπροσαρμοστεί από το 1998.
- ε. πολλές ιατρικές πράξεις χρεώνονται ως «κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο» δηλ. χρεώνονται ως πακέτο ιατρικών πράξεων, νοσηλευτικών υπηρεσιών, διαμονών και κυρίως υλικών. Αυτό αποτελεί ζημιογόνο διότι το πραγματικό κόστος μόνο των υλικών σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να υπερβαίνει το δεκαπλάσιο ανά ασθενή.
- στ. αντιμετώπιση βαρέων περιστατικών από τα νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας με πολύ υψηλό κόστος περίθαλψης
- ζ. προσαυξημένες τιμές προμηθευτών λόγω αδυναμίας εξόφλησης τους σε εύλογο χρονικό διάστημα.
- η. άλλα εσωτερικά προβλήματα λειτουργίας κάθε νοσοκομείου που επιβαρύνουν το ταμείο του.

Πριν περάσουμε στο επόμενο κεφάλαιο έγινε σαφής ο τρόπος που θα μεθοδευτεί η αξιολόγηση της αποδοτικότητας, τόσο της λειτουργικής, όσο και της οικονομικής με τις ενδεικτικές αναλύσεις αυτού του κεφαλαίου. Για την λειτουργική αποδοτικότητα εκτιμήθηκαν ενδεικτικά οι λειτουργικοί δείκτες «Ποσοστό κάλυψης», «Μέση Διάρκεια Νοσηλείας» και στο επόμενο κεφάλαιο για την πιο ολοκληρωμένη εικόνα θα προστεθεί η εκτίμηση των δεικτών «Ρυθμός εισροής ασθενών» και «Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης» για το σύνολο της επταετίας. Για την οικονομική αποδοτικότητα εκτιμήθηκε σαν πρώτη εικόνα το έλλειμμα του κάθε νοσοκομείου και στο επόμενο θα μελετηθούν τα δεδομένα του οικονομικού απολογισμού κάθε έτους της επταετίας για να υπολογιστούν οι δείκτες «συνολικό κόστος λειτουργίας ανά ασθενή και ημέρα νοσηλείας», «έξοδα ανά ασθενή και ημέρα νοσηλείας», «έσοδα ανά ασθενή και ημέρα νοσηλείας» και οι επί μέρους δείκτες αυτών.

Σχετικά με την παραγωγικότητα του προσωπικού η μελέτη δεν μπορεί να γίνει διαχρονικά καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία για τα προηγούμενα έτη όπως έχει ξαναειπωθεί και η μελέτη θα περιοριστεί στα αποτελέσματα αυτού του κεφαλαίου.

3.3 Συμπέρασμα

Τα πιο σημαντικά αποτελέσματα για το έτος 2007 όσον αφορά του δείκτες λειτουργικότητας είναι ότι τα μεγάλα νοσοκομεία (400+ κλίνες) έχουν μεγαλύτερο ποσοστό πληρότητας επιβεβαιώνοντας το φαινόμενο προτίμησης των μεγάλων – τριτοβάθμιων νοσοκομείων από τους ασθενείς ανεξάρτητα την σοβαρότητα του περιστατικού. Επίσης χαμηλότερη Μ.Δ.Ν. εμφανίζουν τα δύο μεγάλα νοσοκομεία Ηρακλείου σε αντίθεση με τα συμπεράσματα άλλης μελέτης για θετική συσχέτιση Μ.Δ.Ν. και μεγέθους νοσοκομείου και μόνο το νοσοκομείο Χανίων ακολουθεί τον κανόνα αυτής της συσχέτισης. Η χαμηλή Μ.Δ.Ν. στα μεγάλα νοσοκομεία που είναι δεδομένη η νοσηλεία βαρέων περιστατικών δηλώνει μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Στα μεσαία νοσοκομεία η Μ.Δ.Ν. εμφανίζεται μεγαλύτερη και στα μικρά νοσοκομεία αρκετά πιο μικρή από τα υπόλοιπα λόγω μεταφοράς βαρέων περιστατικών προς τα μεγαλύτερα νοσοκομεία.

Όσον αφορά τους δείκτες παραγωγικότητας προσωπικού είναι ότι το νοσοκομείο Χανίων φαίνεται πιο παραγωγικό από τα μεγάλα νοσοκομεία, του νοσοκομείου Ρεθύμνου από τα μεσαία αλλά με μικρή διαφορά από του Αγ.Νικολάου και του νοσοκομείου-Κ.Υ. Ιεράπετρας από τα μικρά. Από όλα τα νοσοκομεία είναι ορατό πως πιο παραγωγικά είναι τα μεγάλα νοσοκομεία, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη μας τα αποτελέσματα του νοσοκομείου-Κ.Υ. Ιεράπετρας που δείχνει το ίδιο παραγωγικό με

τα μεγάλα αλλά δεν είναι ενδεικτικό καθώς τα περιστατικά του δεν είναι της ίδιας βαρύτητας με αυτή των μεγάλων.

Όσον αφορά το οικονομικό κομμάτι όλα τα νοσοκομεία της Κρήτης εμφανίζουν έλλειμμα εκτός του νοσοκομείο-Κ.Υ.Νεάπολης που ουσιαστικά υπολειτουργεί όπως θα φανεί στο επόμενο κεφάλαιο. Οι βασικότεροι λόγοι ύπαρξης ελλείμματός είναι οι ανασφάλιστοι, η δωρεάν παροχή μεγάλου μέρους εξετάσεων σε ασφαλισμένους του ΟΓΑ, αμέλεια αναπροσαρμογής νοσηλίου από το Υπουργείο Υγείας και το ζημιογόνο «κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο» ιατρικών πράξεων.

Κεφάλαιο 4

Ανάλυση Αποτελεσμάτων Έρευνας

Για λόγους εννοιολογικής συνέπειας και λογικής αλληλουχίας, τα στοιχεία υποδομής και λειτουργίας και τα οικονομικά στοιχεία των δημόσιων νοσοκομείων παρουσιάζονται κατηγοριοποιημένα σε υπο-ενότητες. Για κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά καταγράφεται η νοσηλευτική κίνηση και τα οικονομικά στοιχεία που ενδιαφέρουν την έρευνα για εξαγωγή αποτελεσμάτων για την περίοδο 2001-2007. Τα δεδομένα ανήκουν στην κατηγορία των χρονολογικών ταξινομήσεων που είναι στατιστικές πληροφορίες που αντιστοιχούν σε ίσα χρονικά διαστήματα (ένα έτος) και μας δείχνουν την πορεία της μεταβλητής μέσα στο χρόνο (Υφαντόπουλος, Νικολαΐδου, 2008).

Η ανάλυση των στοιχείων θα έχει ως σημεία αναφοράς τρεις χρονιές το 2001, το 2004 και το 2007. Το πρώτο σημείο αναφοράς αντιπροσωπεύει την έναρξη της μελέτης, με τον τότε ισχύσαντα νόμο 2889/01, που ξεκίνησε την μεταρρύθμιση στον τομέα της περιφερειακής συγκρότησης του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Το 2004 γίνονται εκλογές και ακολουθεί αλλαγή πολιτικής υγείας και το 2007 είναι τα τελευταία στοιχεία που έχουμε σήμερα. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει μια ιδιαιτερότητα στον υπολογισμό των συνολικών εσόδων που έγκειται στο ότι μαζί με τα «βεβαιωθέντα έσοδα» και τα «έσοδα από επιχορηγήσεις» συνυπολογίζονται οι απαιτήσεις από τα ασφαλιστικά ταμεία με αποτέλεσμα το σύνολο των εσόδων να μην είναι το ταμειακό που διαθέτει το νοσοκομείο αλλά το πραγματικό αν είχαν εξοφληθεί όλες οι απαιτήσεις.

Τα εκτενή δεδομένα και οι αντίστοιχοι δείκτες παραπέμπονται στους πίνακες 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, στο παράρτημα.

4.1. Λειτουργικοί Δείκτες

4.1.1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Αρχίζοντας από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η.) (πίνακας 4.1 παραρτήματος) όσον αφορά την υποδομή του παρατηρείται μια αυξητική μεταβολή της τάξεως του 2% στον αριθμό των αναπτυγμένων κλινών από το 2001 στο 2003 και το ίδιο από το 2004 στο 2007.

Οι ημέρες νοσηλείας ακολούθησαν μικρή αυξητική τάση από το 2001 μέχρι το 2003 της τάξεως του 2%, ακολούθησε 0,4% ενώ από το 2004 μέχρι το 2007 είχε θετική μεταβολή 5%.

Οι νοσηλευθέντες ασθενείς αυξήθηκαν κατά 11% από το 2001 στο 2003. Τον επόμενο χρόνο το 2004 αυξάνονται με μικρότερη μεταβολή κατά 7% από το 2003 στο 2004 και 2% από το 2004 στο 2007, λόγω μικρής μείωσης των νοσηλευθέντων από το 2006 στο έτος 2007.

Συνοπτικά αξιολογούμε τα παραπάνω στοιχεία με τα αποτελέσματα των δεικτών λειτουργίας του νοσοκομείου για την επταετία 2001-2007 (πίνακας 4.2. παραρτήματος):

- Το ποσοστό κάλυψης του νοσοκομείου (γράφημα 4.1) επηρεάζεται από την μεταβολή των ημερών νοσηλείας έχοντας 84% πληρότητα το 2001, 86% το 2002 και 84% το 2003. Το 2004 συμπληρώνει 83,6% πληρότητα και μέχρι το 2007 φτάνει στο 86,1%.

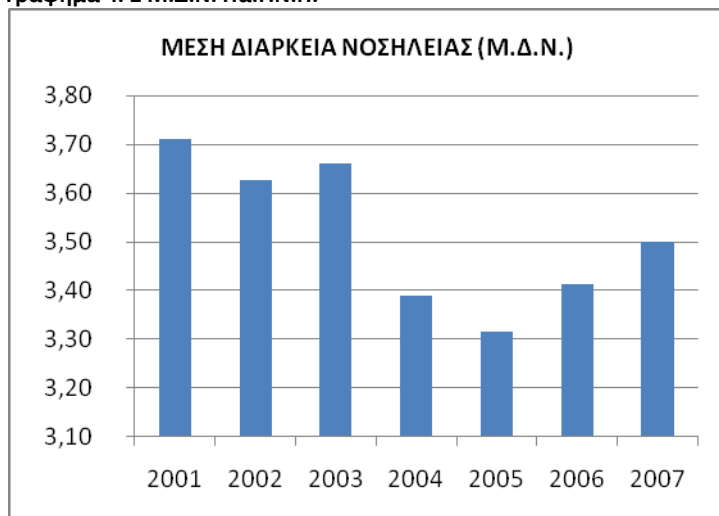
Γράφημα 4. 1 Ποσοστό κάλυψης νοσοκομειακών κλινών Πα.Γ.Ν.Η.



- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.2) εξαρτάται εξ' ορισμού από τις ημέρες νοσηλείας και τους νοσηλευθέντες. Είναι ανάλογη της μεταβολής των ημερών νοσηλείας και αντιστρόφως ανάλογη της μεταβολής τους αριθμού των νοσηλευθέντων ανά

έτος. Έχει μικρές αυξομειώσεις και κυμαίνεται από 3,7 το 2001, 3,6 το 2003, 3,4 το 2004 και 3,5 το 2007.

Γράφημα 4. 2 Μ.Δ.Ν. Πα.Γ.Ν.Η.



Το ποσοστό μείωσης της Μ.Δ.Ν. από το 2001 στο 2007 είναι 6% γιατί η αναλογία ημερών νοσηλείας ανά νοσηλευόμενο είναι μεγαλύτερη το 2001 από το 2007, καθώς η μεταβολή του παρονομαστή (νοσηλευόμενοι) διαχρονικά είναι μεγαλύτερη.

Την επταετία 2001-2007 στις περισσότερες κλινικές του νοσοκομείου η Μ.Δ.Ν. κυμαίνεται κατά μέσο όρο από 3 έως 6, με εξαίρεση την Μ.Ε.Θ., την Μ.Ε.Θ. παιδών, τη μονάδα νεογνών, την νεφρολογική, την ορθοπεδική, την νευροχειρουργική, την ψυχιατρική κλινική που κυμαίνονται από 7 έως 16 ημέρες Μ.Δ.Ν. και την οδοντιατρική κλινική και τις μονάδες βραχείας νοσηλείας, ημερησίας νοσηλείας, χημειοθεραπείας που έχουν 1 ημέρα Μ.Δ.Ν. και ως ακραίες τιμές επηρεάζουν τον μέσο όρο του νοσοκομείου (Έκθεση Διοίκησης Πα.Γ.Ν.Η. 2007).

- Ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη ετησίως (γράφημα 4.3) είναι συμπληρωματικό μέγεθος με το ποσοστό κάλυψης των κλινών και τη Μ.Δ.Ν. Υπολογίστηκε πως το 2001 ετησίως ανά κλίνη νοσηλεύτηκαν 82,58 ασθενείς, το 2003 υπήρξε μεταβολή + 1%, το 2004 ο ρυθμός ροής ασθενών ήταν 90,12 ανά κλίνη και διατηρήθηκε σταθερό μέχρι το 2007 με μια ενδιάμεση μικρή αύξηση 2% μόνο για το έτος 2005.

Γράφημα 4. 3. Ρυθμός Εισροής Ασθενών Πα.Γ.Ν.Η.



Σε έρευνα του Ν.Πολύζου (1999) αναφέρεται πως τα ουρολογικά και τα παιδιατρικά περιστατικά εναλλάσσονται γρηγορότερα καθώς η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη.

Σημαντικός και ουσιαστικότερος δείκτης είναι το μέσο ετήσιο διάστημα εναλλαγής ασθενών (ή αδράνειας) ανά κλίνη (γράφημα 4.4) ή πιο απλοϊκά πόσες ημέρες η κάθε κλίνη παραμένει κενή μέχρι την είσοδο του επόμενου ασθενούς. Στο Πα.Γ.Ν.Η. το 2001 ήταν 0,71, η τάση του είναι μειωτική με εξαίρεση το έτος 2003 και φτάνει το 2007 στο 0,56.

Γράφημα 4. 4. Διάστημα Εναλλαγής κλίνης Πα.Γ.Ν.Η.



- Ο πολλαπλασιασμός αυτού του δείκτη με τον προηγούμενο (ρυθμό εισροής) μας δίνει το μέγεθος «αδράνειας» των κλινών του νοσοκομείου για ένα έτος. Είναι η ετήσια χρονική περίοδος κατά την οποία δεν εισάγονται ασθενείς στο νοσοκομείο, οπότε για το 2001 είναι 58,6 ημέρες και για το 2007 50,33 ημέρες. Το γινόμενο αυτό δείχνει το μέγεθος του προβλήματος μη αποδοτικής χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κλινών και συνεπώς για Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου δεν είναι αποθαρρυντικό σε σύγκριση με το μέγεθος αδράνειας των κλινών του Ε.Σ.Υ. το 1995 που ήταν 100 ημέρες (Πολύζος,1999)

Συμπερασματικά, όλοι οι δείκτες πιθανολογούν βελτίωση του επιπέδου λειτουργικής αποδοτικότητας. Το ποσοστό αύξησης αυξάνεται, η μέση διάρκεια μειώνεται, ο ρυθμός εισροής αυξάνεται και η μέση αδράνεια ανά κλίνη μειώνεται.

4.1.2. Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Ο επόμενος πίνακας του παραρτήματος 4.3 αφορά τα στοιχεία του Βενιζέλειου - Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Κρήτης. Από το έτος 2001 έως 2007 ο αριθμός των κλινών του παρουσιάζει σταδιακή σταθερή αύξηση της τάξεως του 1% έως 4%.

Οι ημέρες νοσηλείας παρουσιάζουν μικρές αυξομειώσεις αλλά φτάνουν το 2007 αριθμό 23% μεγαλύτερου με εκείνο του 2001.

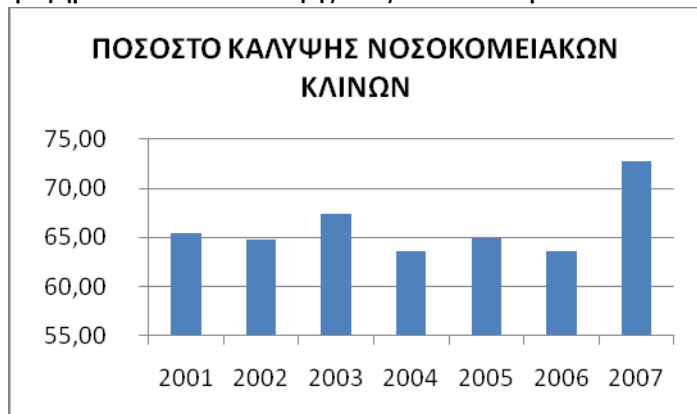
Οι νοσηλευθέντες ασθενείς αυξάνονται με ρυθμό μεταβολής 54% από το 2001 έως το 2007. Η αύξηση ανά έτος φαίνεται σταθερή.

Αξιολογώντας τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα των δεικτών αποδοτικότητας (πίνακας 4.4 παραρτήματος) :

- Το ποσοστό κάλυψης (γράφημα 4.5) μεταβάλλεται ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας έχοντας το 2001 65,4% πληρότητα, το 2004 πέφτει στο 63,6% και το 2007 φτάνει στο 72%. Η τελευταία αύξηση από το 2006 στο 2007 είναι της τάξεως του 14%. Οι τομείς που επέφεραν την αύξηση του συνολικού ποσοστού πληρότητας είναι το παθολογικό και το χειρουργικό λόγω νέας κατασκευής χειρουργείων το 2006 και αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων κατά 6,6% τον τελευταίο χρόνο.

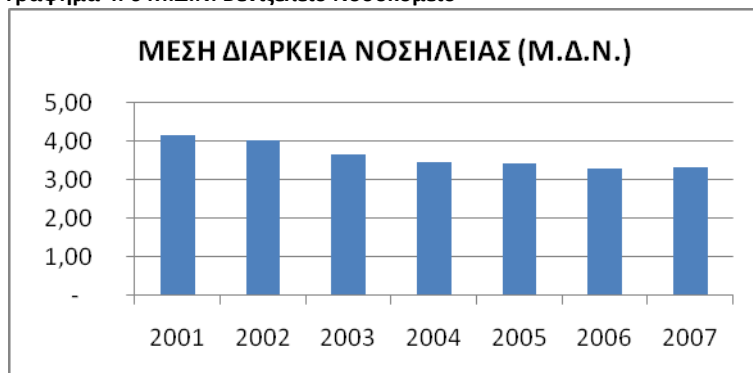
Από το παθολογικό τομέα τα εξής τμήματα: το γαστρεντερολογικό διότι το 2005 δημιουργήθηκε χώρος γαστρεντερολογικού εργαστηρίου και ιατρείου, τα παιδιατρικά, η ΜΕΝ, το ενδοκρινολογικό, διαβητολογικό και το τμήμα μεσογειακής αναιμίας. Από το χειρουργικό τομέα τα εξής τμήματα: ΩΡΛ, ορθοπαιδικά (εκτός σπονδυλικής στήλης), ουρολογικό, Αλκοολικό, Μ+Γ, Οφθαλμολογικό (Υ.ΠΕ. Κρήτης,2008).

Γράφημα 4. 5 Ποσοστό Κάλυψης Βενιζέλειο Νοσοκομείο



- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.6) ακολουθεί μια μείωση με την πάροδο της επταετίας ξεκινώντας με 17% από το 2001 στο 2004 και φτάνοντας στο 3,31 (4% μείωση) το 2007.

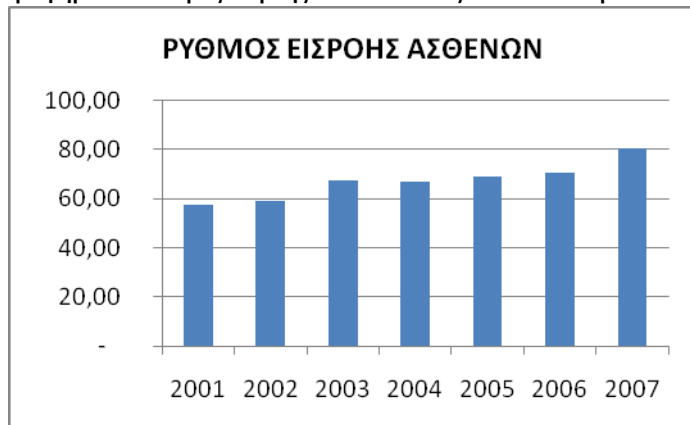
Γράφημα 4. 6 Μ.Δ.Ν. Βενιζέλειο Νοσοκομείο



Η Μ.Δ.Ν. πιθανότατα έχει ελαττωθεί και ίσως έτσι αποφέρει υψηλότερη παραγωγικότητα του προσωπικού καθώς οι νοσηλευθέντες αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό απ' ότι οι ημέρες νοσηλείας. Γεγονός που αποδεικνύει την βελτίωση της οργανωτικής διαχείρισης των περιστατικών.

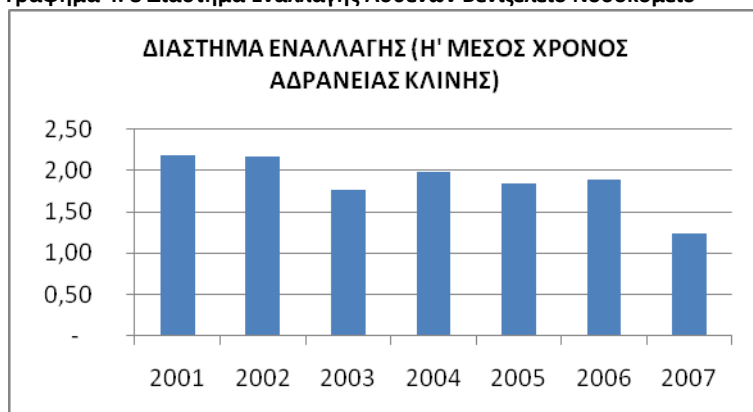
- Ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη ετησίως (γράφημα 4.7) μεταβάλλεται με αυξητικούς ρυθμούς, το διάστημα 2001-2004 αυξήθηκε κατά 17% και μέχρι το 2007 αυξήθηκε κατά 20%.

Γράφημα 4. 7 Ρυθμός Εισροής Ασθενών Βενιζέλιο Νοσοκομείο



- Τέλος το μέσο ετήσιο διάστημα εναλλαγής ασθενών ή μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (γράφημα 4.8) ξεκινάει από 2,19 ημέρες το 2001, βελτιώνεται στις 2 το 2004 και το 2007 είναι στις 1,24 ημέρες. Στην αρχή της μελέτης θεωρείται σχεδόν απογοητευτικός αλλά εν εξελίξει πέφτει και αυτό είναι θετικό.

Γράφημα 4. 8 Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών Βενιζέλιο Νοσοκομείο



Ο πολλαπλασιασμός αυτού του δείκτη με το δείκτη του ρυθμού εισροής ανά κλίνη μας δίνει το σύνολο της αδράνειας των κλινών στο νοσοκομείο που σε μέσες τιμές τουλάχιστον στην αρχή της επταετίας περιστρέφεται στις 100 ημέρες ανά έτος. Δυστυχώς αυτό μας δείχνει ότι η χρήση των κλινών είναι λιγότερο αποδοτική τουλάχιστον σε σχέση με το προηγούμενο νοσοκομείο.

4.1.3. Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου

Συνεχίζοντας με το Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου τα δεδομένα για την επταετία 2001-2007 βρίσκονται στον πίνακα 4.5 στο παράρτημα της μελέτης.

Η υποδομή του (κλίνες) αναπτύχθηκε από το 2001 στο 2004 κατά 22% και παρέμεινε σταθερή μέχρι το 2007.

Οι ημέρες νοσηλείας αυξήθηκαν κατά 25% μέσα στην τετραετία 2001-2004 και έπειτα άρχισαν να μειώνονται με ρυθμό μεταβολής 11% μέχρι το 2007.

Οι νοσηλευθέντες ασθενείς είχαν ανοδική πορεία από το 2001 έως το 2004 αλλά στη συνέχεια μέχρι το 2007 μειώθηκαν κατά 12% σε σχέση με το 2004.

Αξιολογώντας τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα των δεικτών αποδοτικότητας (πίνακας 4.6 παραρτήματος) :

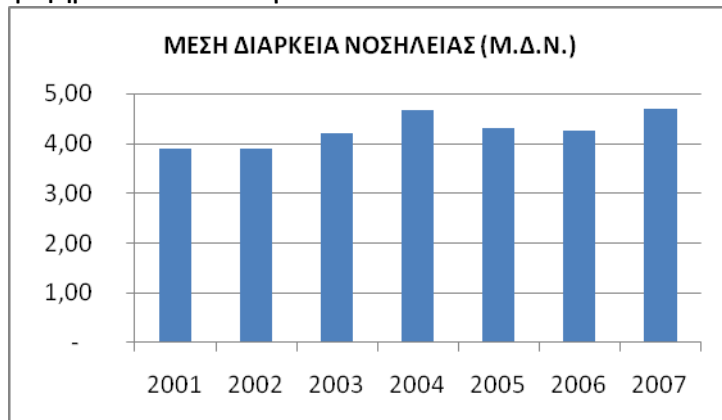
- Το ποσοστό κάλυψης του Γενικού Νοσοκομείου Αγ.Νικολάου (γράφημα 4.9) ξεκινάει με 69% και με ρυθμό μεταβολής 2% φτάνει το 2004 σε πληρότητα 73,6%. Η αύξηση αυτή οφείλεται πιθανόν οφείλεται στην λειτουργία οργανικών κλινών λόγω πρόσληψης προσωπικού κατά τη διάρκεια της επταετίας και σηματοδοτεί την αύξηση της αποδοτικότητας του. Τα επόμενα χρόνια όμως εμφανίζεται μεγάλη μείωση με ρυθμό μεταβολής 11%. Ενδεχομένως να υπάρχουν διαρροές ασθενών σε άλλα νοσοκομεία λόγω σοβαρότητας περιστατικών και ανεπάρκειας του εξοπλισμού να τα υποστηρίξει.

Γράφημα 4. 9 Ποσοστό Κάλυψης Ν.Αγ.Νικολάου



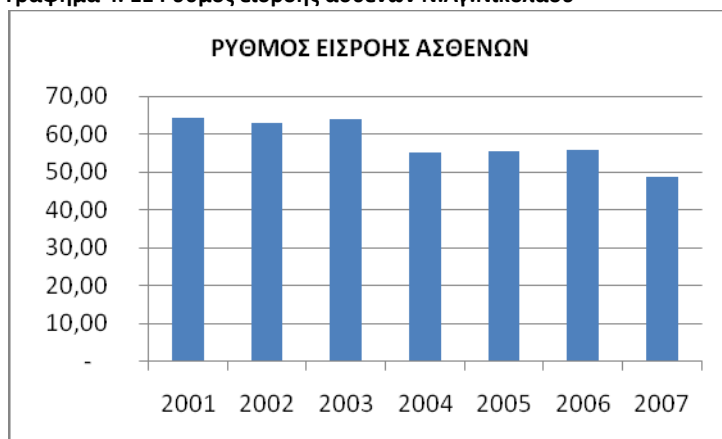
- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.10) από την άλλη πλευρά παρουσιάζει αύξηση από το 2001 στο 2004 της τάξεως του 20% και στην συνέχεια μέχρι το 2007 σχεδόν διατηρείται σταθερή με μικρή αυξητική μεταβολή κατά 1%. Το γεγονός μάλλον αιτιολογείται είτε από την σοβαρότητα των περιστατικών είτε από την μη αποδοτική διαχείριση τους

Γράφημα 4. 10 Μ.Δ.Ν. Ν.Αγ.Νικολάου



- Ο ρυθμός εισροής (γράφημα 4.11) έχει φθίνουσα τάση. Το 2001 νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο ανά κλίνη 64,5 ασθενείς, το 2004 55,2 και το 2007 48,7. Η μείωση αυτή είναι συμπληρωματική του ποσοστού κάλυψης.

Γράφημα 4. 11 Ρυθμός εισροής ασθενών Ν.Αγ.Νικολάου



- Το μέσο ετήσιο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη (γράφημα 4.12) δηλαδή ο χρόνος αδράνειας ανά κλίνη είναι αυξανόμενος στην διάρκεια της επταετίας 2001-2007. Από 1,76 ημέρες το 2001 φτάνει στις 2,80 ημέρες το 2007, με ποσοστιαία μεταβολή 59%.

Γράφημα 4. 12 Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών Ν.Αγ.Νικολάου



Πολλαπλασιάζοντας αυτό το δείκτη με τον ρυθμό εισροής διαπιστώνουμε πως το τελευταίο έτος της μελέτης μας οι μέρες αδράνειας του νοσοκομείου ήταν 136,6

αποδεικνύοντας τη λιγότερο αποδοτική χρησιμοποίηση των κλινών του σε σχέση με τα προηγούμενα νοσοκομεία.

4.1.4. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας είναι το μοναδικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα της Νότιας Κρήτης. Από το 2004 μέχρι το 2007 έγιναν πολλά έργα ανάπτυξης και υποδομής με ιδιαίτερη κάλυψη στο χειρουργικό και καρδιολογικό τομέα (Υ.Πε. Κρήτης, 2008)

Τα στοιχεία της νοσηλευτικής του κίνησης έχουν καταγραφεί στον πίνακα 4.7 στο παράρτημα της μελέτης.

Οι αναπτυγμένες κλίνες μειώθηκαν ελάχιστα κατά 3% από το 2001 στο 2006 και παρέμειναν το ίδιο το 2007.

Οι ημέρες νοσηλείας είχαν αυξητική τάση κατά 9% από το 2001 στο 2003. Την επόμενη χρονιά πήρε φθίνουσα πορεία με ρυθμό μεταβολής μείον 9% και μέχρι το 2007 είχαν μειωθεί κι άλλο κατά 17%.

Παράλληλα οι νοσηλευθέντες έχουν αυξομειώσεις. Αυξάνονται κατά 21% την τριετία 2001-2003, κατά 1% περισσότερο το 2004 και μετά ακολουθεί πτωτική πορεία κατά 9% λιγότερους νοσηλευθέντες από το 2004 και 10% περισσότερους από το 2001.

Σύμφωνα με στοιχεία της νοσηλευτικής του κίνησης εκτιμώνται οι δείκτες λειτουργίας του νοσοκομείου για την επταετία 2001-2007 (πίνακας 4.8 του παραρτήματος):

- Το ποσοστό κάλυψης (γράφημα 4.13) επηρεάζεται από την αυξομείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας καθώς ο αριθμός των κλινών είναι σχεδόν σταθερός. Το 2001 έχει 73,3% πληρότητα, αυξάνεται κατά 9% το 2003, το επόμενο έτος μειώνεται κατά 9% και συνεχίζει την μείωση του κατά 15% μέχρι το 2007 με ποσοστό 62%.

Γράφημα 4. 13 Ποσοστό κάλυψης Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας



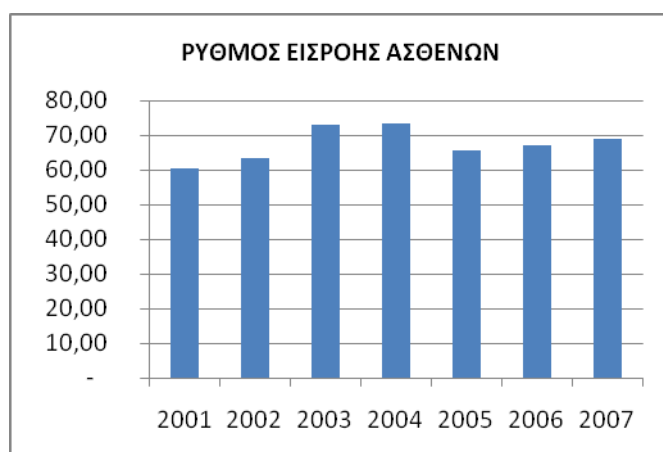
- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.14) ακολουθεί συνεχόμενη πτωτική τάση από 4,42 το 2001 σε 3,29 το 2007.

Γράφημα 4. 14 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας



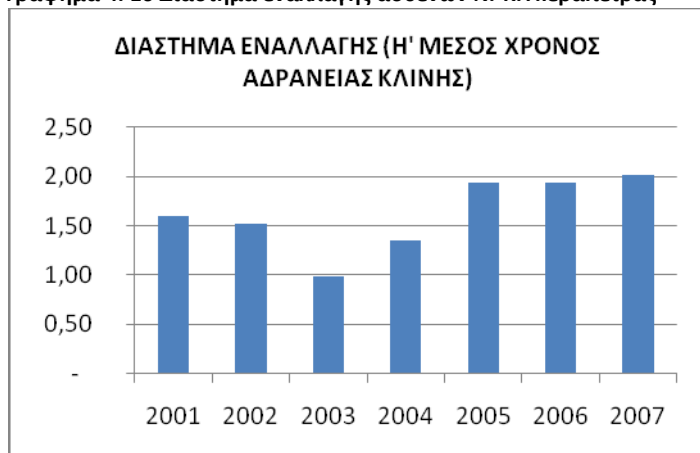
- Ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη (γράφημα 4.15) είναι κυμαινόμενος, έχοντας θετικό ρυθμό μεταβολής 21% από το 2001 στο 2003, παραμένει σχεδόν σταθερός το επόμενο έτος και μέχρι το 2007 έχει μειωθεί κατά 6%.

Γράφημα 4. 15 Ρυθμός εισροής ασθενών Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας



- Το μέσο ετήσιο διάστημα εναλλαγής ασθενών ανά κλίνη (γράφημα 4.16) παρουσιάζει την εξής εικόνα :

Γράφημα 4. 16 Διάστημα εναλλαγής ασθενών Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας



Τα έτη 2003 και 2004 ο μέσος χρόνος αδράνειας είναι χαμηλότερος από τα προηγούμενα και επόμενα έτη καθώς ο ρυθμός εισροής των ασθενών τότε είναι μεγαλύτερος. Το 2007 ο μέσος χρόνος αδράνειας ανά κλίνη είναι 2 ημέρες παρόλο που ο ρυθμός εισροής είναι από τους μεγαλύτερους της επταετίας αλλά επηρεάζεται από τη χαμηλή Μ.Δ.Ν.

Τέλος για να αξιολογήσουμε κατά πόσο είναι αποδοτική η χρησιμοποίηση των κλινών πολλαπλασιάζουμε τους δύο τελευταίους δείκτες και διαπιστώνουμε ότι για το τελευταίο έτος μελέτης οι ημέρες που συνολικά έμειναν αδρανείς οι κλίνες ήταν 138,6. Το αποτέλεσμα είναι το λιγότερο αποδοτικό από τα μέχρι τώρα νοσοκομεία και πιθανόν χρήζει κατάλληλων αποφάσεων για τη πιο αποδοτική χρήση των κλινών.

4.1.5. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

Το επόμενο νοσοκομείο που θα εξετάσουμε την λειτουργική του αποδοτικότητα είναι το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας. Τα στοιχεία της νοσηλευτικής του κίνησης είναι στον πίνακα 4.9 του παραρτήματος.

Ξεκινώντας από τις κλίνες παρατηρούμε ότι καθ' όλη τη διάρκεια της επταετίας παραμένουν σταθερές.

Οι ημέρες νοσηλείας αυξάνονται την πρώτη τριετία με ρυθμό μεταβολής 26%, το επόμενο χρόνο το 2004 έχουμε μείωση κατά 21% υπολογιζόμενες αριθμητικά ίσες με του 2001 και το 2007 μειώνονται ξανά με ρυθμό μεταβολής 12% από 2004.

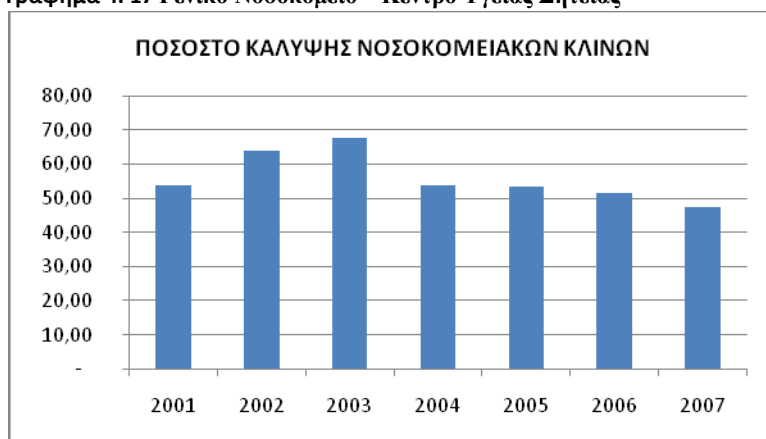
Οι νοσηλευθέντες από το 2001 στο 2003 αυξάνονται κατά 30%, το επόμενο έτος μειώνονται κατά 16% και την επόμενη τριετία υπάρχει μια πολύ μικρή αύξηση της

τάξεως του 2%. Σημειώνεται αναβάθμιση σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που καλύπτει μέρος των αναγκών του πληθυσμού της Σητείας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα μηχανημάτων είναι έγχρωμος υπερηχοτομογράφος, σπιρόμετρο φορητό, διάφορος εξοπλισμός ακτινολογικού, καρδιογράφος, αξονικός τομογράφος, θερμοκοιτίδα κ.α.

Με δεδομένα τα παραπάνω στοιχεία οι δείκτες λειτουργικής αποδοτικότητας (πίνακας 4.10 παραρτήματος) εκτιμήθηκαν παρακάτω :

- Το ποσοστό κάλυψης των κλινών (γράφημα 4.17) είναι αυξανόμενο μέσα στην πρώτη τριετία κατά 26%, το 2004 μειώνεται κατά 21% και συνεχίζει καθοδικά μέχρι το 2007 με ρυθμό μεταβολής 12%, γεγονός που χρήζει μεγαλύτερης αξιολόγησης από τους υπευθύνους του νοσοκομείου.

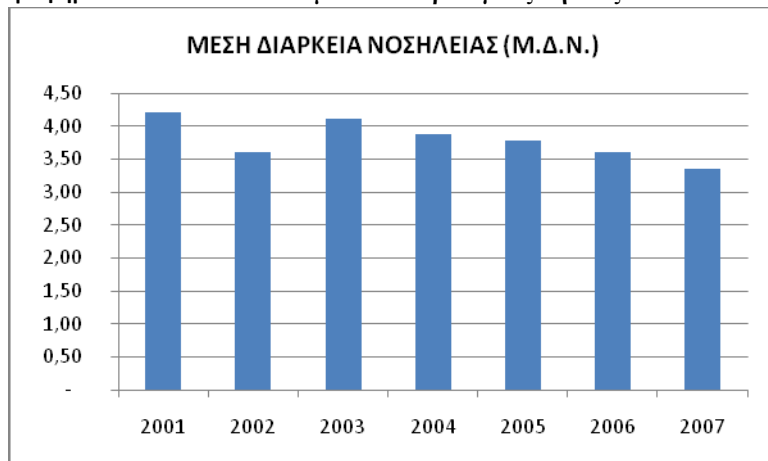
Γράφημα 4. 17 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας



Η μεταβολή του 2004 πιθανόν να οφείλεται στη μείωση των ημερών νοσηλείας καθώς μειώνονται και οι νοσηλευθέντες. Δεν είναι γνωστός ο λόγος μείωσης των νοσηλευθέντων, ενδεχομένως εκτιμάται διαρροή ασθενών προς τα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία.

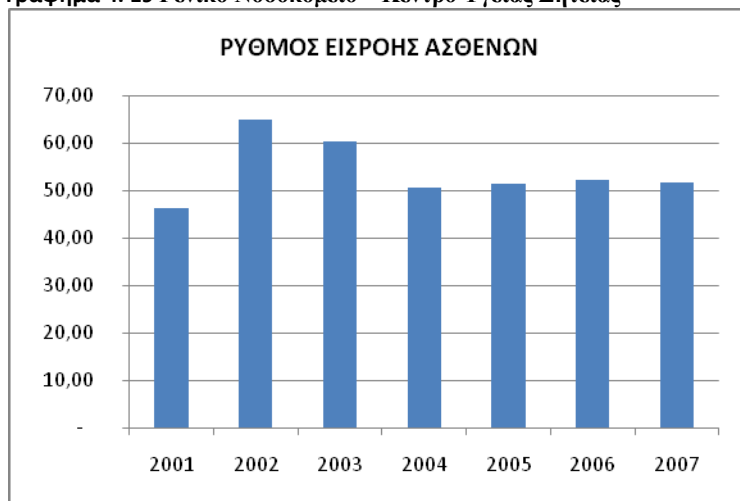
- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.18) ακολουθεί εξίσου πτωτική τάση, εκτός από μία μικρή αύξηση το 2003. Το 2001 η Μ.Δ.Ν. είναι 4,22, σχετικά μεγάλη για την φύση του συγκεκριμένου νοσοκομείου αλλά σταδιακά μειώνεται στο 3,3 το 2007, αφού εκείνο το έτος καταγράφονται οι λιγότερες μέρες νοσηλείας της επταετίας ενδεχομένως λόγω μικρού ποσοστού βαρέων και χρόνιων περιστατικών.

Γράφημα 4. 18 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας



- Ο δείκτης «ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη» (γράφημα 4.19) δείχνει ετησίως πόσοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν ανά κλίνη. Στην περίπτωση του Νοσοκομείου Σητείας από το 2001 μέχρι το 2003 επηρεάζεται από το ποσοστό κάλυψης και αυξάνεται κατά 30%. Στη συνέχεια ενώ το ποσοστό κάλυψης μειώνεται ο ρυθμός εισροής αυξάνεται με μικρή μεταβολή γιατί επηρεάζεται από την μείωση της Μ.Δ.Ν.. Το 2007 καταλήγει να είναι μεγαλύτερος κατά 11% από το 2001.

Γράφημα 4. 19 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

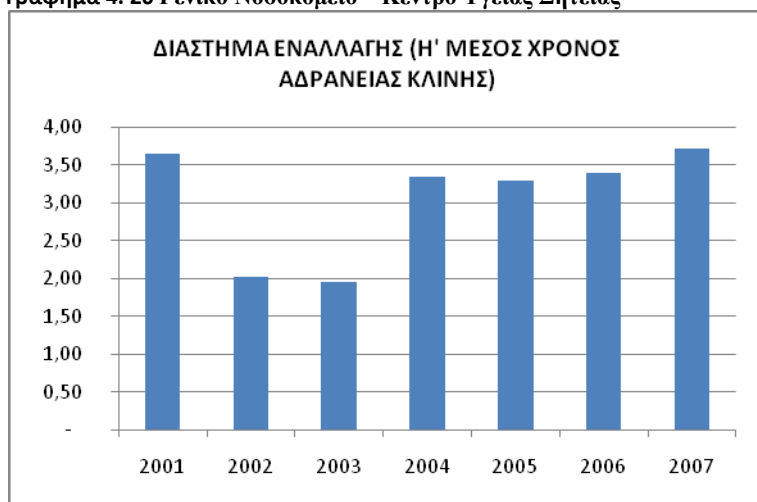


- Ο μέσος χρόνος αδράνειας ανά κλίνη (γράφημα 4.20) το 2007 είναι στα ίδια επίπεδα με το 2001, με ενδιάμεσες μεταπτώσεις. Την τριετία 2001-2003 μειώνεται με ρυθμό μεταβολής 47%, την επόμενη χρονιά αυξήθηκε κατά 71% με την αύξηση των νοσηλευθέντων αλλά στη συνέχεια επανέρχεται στο αρχικό 3,7 ημέρες αδράνειας με 11% μεταβολή από το 2004. Ο χρόνος

αδράνειας είναι ο μεγαλύτερος από τα προηγούμενα νοσοκομεία που μελετήσαμε.

- Συμπληρωματικά, για να εκτιμήσουμε κατά πόσο είναι αποδοτική η χρησιμοποίηση των αναπτυγμένων κλινών πολλαπλασιάζουμε τον δείκτη με τον ρυθμό εισροής ασθενών και υπολογίζουμε πόσες μέρες μένουν αδρανείς οι κλίνες ετησίως. Το 2007 φτάνουν στις 191 ημέρες δηλαδή σχεδόν τις μισές μέρες του χρόνου οι κλίνες δεν χρησιμοποιούνται.

Γράφημα 4. 20 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας



4.1.6. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης (πίνακας 4.11 παραρτήματος) έχει σε όλη τη διάρκεια της επταετίας τον ίδιο αριθμό αναπτυγμένων κλινών οι οποίες απέχουν κατά 25% από τις οργανικές που διαθέτει το νοσοκομείο.

Η ημέρες νοσηλείας αυξομειώνονται κάθε χρόνο με την υψηλότερο αριθμό το έτος 2002 και τον χαμηλότερο το 2006. Η μεταβολή των ημερών νοσηλείας είναι ανάλογη εκείνης των νοσηλευθέντων.

Με τα δεδομένα του πίνακα 4.11 από το παράρτημα εκτιμώνται οι ανάλογοι δείκτες λειτουργικότητας (πίνακας 4.12) που αναλύονται αμέσως παρακάτω:

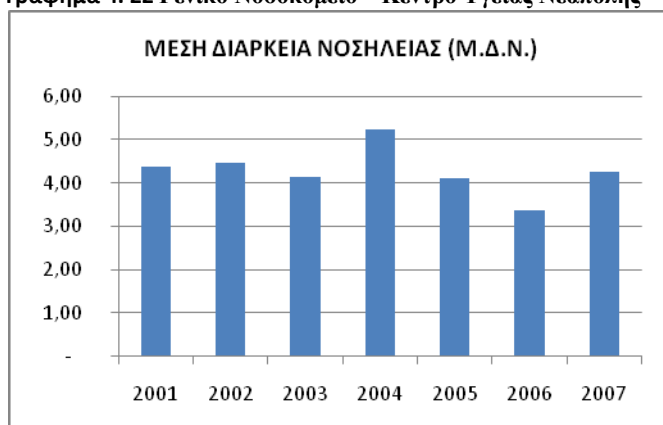
- Το ποσοστό κάλυψης (γράφημα 4.22) ακολουθεί τον ρυθμό μεταβολής των ημερών νοσηλείας. Η μεγαλύτερη πληρότητα παρουσιάζεται το 2002 με 52,77% και η μικρότερη το 2006 με 35,89%. Το 2007 παρουσιάζει 44,15% κάλυψη των κλινών του, δηλαδή χρησιμοποιεί σχεδόν τις μισές κλίνες που έχει στη διαθεσιμότητα του.

Γράφημα 4. 21 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης



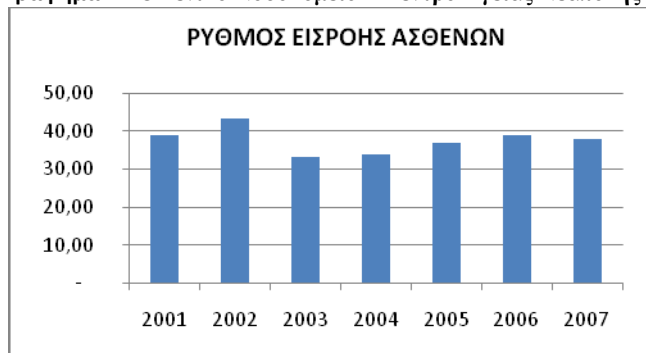
- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.22) κυμαίνεται από 3,4 το χαμηλότερο το 2006 μέχρι 5,2 το υψηλότερο το 2004. Πιθανόν να οφείλεται σε περισσότερα βαρέα περιστατικά ή ακόμα σε λάθος διαχείριση των περιστατικών με επιβάρυνση των ημερών νοσηλείας.

Γράφημα 4. 22 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης



- Η χαμηλότερος ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη (4.23) παρατηρήθηκε το 2003 (33,25) και ο υψηλότερος το 2002 (43,15).

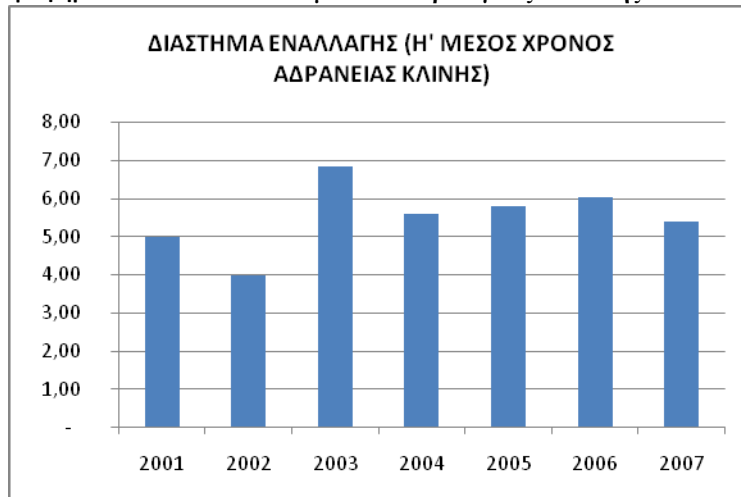
Γράφημα 4. 23 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης



- Το διάστημα εναλλαγής κλινών (γράφημα 4.24) είναι το μεγαλύτερο από τα προηγούμενα νοσοκομεία ως τώρα, ο χαμηλότερος μέσος χρόνος αδράνειας είναι

4 ημέρες το 2002 και υψηλότερος το 6,83 το 2003 . Επομένως η συνολική αδράνεια ανά κλίνη ετησίως κυμαίνεται από 172,4 έως 234 ημέρες. Δηλαδή κατά μέσο όρο το 64% των ημερών του χρόνου οι κλίνες είναι αναξιοποίητες δηλώνοντας την λιγότερο αποδοτική χρησιμοποίηση των κλινών από τα άλλα νοσοκομεία της Κρήτης.

Γράφημα 4. 24 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης



4.1.7. Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου

Το Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου όπως καταγράφηκε στον πίνακα 4.13 του παραρτήματος είχε 17% αύξηση το 2002, τα επόμενα έτη μέχρι το 2006 έχει μια μικρή αύξηση της τάξεως του 4% και το 2007 μειώθηκαν κατά 10 κλίνες (ποσοστό μεταβολής 5%).

Οι ημέρες νοσηλείας και ο αριθμός των νοσηλευθέντων κάθε χρόνο επιδέχονται μικρές αυξομειώσεις της τάξεως του 3%-8%, ουσιαστικά κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο. Τα χρόνια που εμφανίζεται αύξηση των νοσηλευθέντων οφείλεται στην προσέλευση ασθενών – ασφαλισμένων διαφόρων ταμείων (όπως ΙΚΑ) λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού και εργαστηρίων των τελευταίων όπως αναφέρεται στα «Πεπραγμένα 2004-2007» του Νοσοκομείου (Υ.Πε., 2008). Επίσης από το 2004 και μετά πραγματοποιήθηκε η αγορά ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (ακτινολογικό, αναισθησιολογικό μηχάνημα, βρογχοσκόπιο, ακτινολογικός υπέρηχος, γαστροσκόπιο-κολonosκόπιο, θερμοκιτίδα κ.α.) αξίας 900.000 € που ευνόησαν τις συνθήκες εξυπηρέτησης και φροντίδας και πιθανολογείται ότι μείωσαν την διαρροή ασθενών προς τα μεγαλύτερα νοσοκομεία.

Οι δείκτες που θα μας βοηθήσουν να εκτιμήσουμε την αποδοτικότητα του νοσοκομείου (πίνακας 4.14 παραρτήματος) είναι:

- Το ποσοστό κάλυψης (γράφημα 4.25) είναι σχετικά χαμηλό, καθώς το νοσοκομείο καλύπτει όλο το νομό Ρεθύμνου. Το 2001 είχε ικανοποιητικό ποσοστό 74,5%, μειώθηκε μέχρι το 2003 κατά 19% και μέχρι το 2007 αυξάνεται ξανά κατά 13% σε ποσοστό πληρότητας 67,8%.

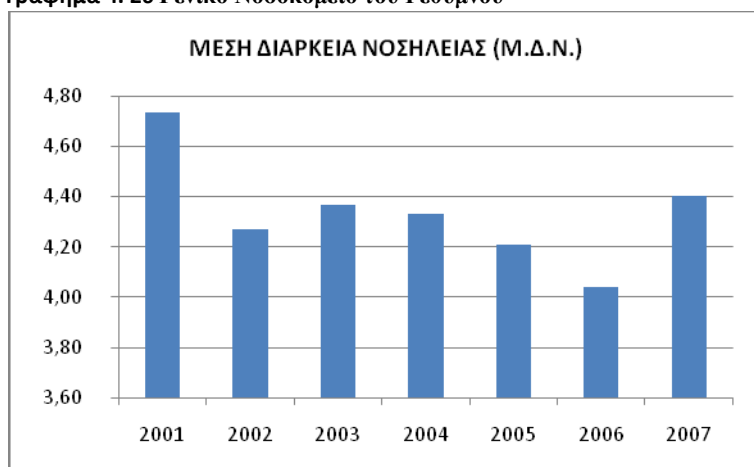
Το πρώτο έτος μελέτης το 74,5% πληρότητας οφειλόταν στον αυξημένο αριθμό ημερών νοσηλείας σε μικρότερο αριθμό ανεπτυγμένων κλινών. Στα επόμενα έτη η μεταβολή των ημερών νοσηλείας ήταν μικρότερη της μεταβολής των κλινών, οπότε υπάρχει πτώση του ποσοστού κάλυψης τους.

Γράφημα 4. 25 Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου



- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.26) παρουσιάζει κατά μέσο όρο πτωτική τάση από το 2001 έως 2006 και το 2007 αυξάνεται κατά 9%. Ενδεχομένως να υπήρξε μείωση βαρέων περιστατικών με μεγάλο μέσο χρόνο νοσηλείας.

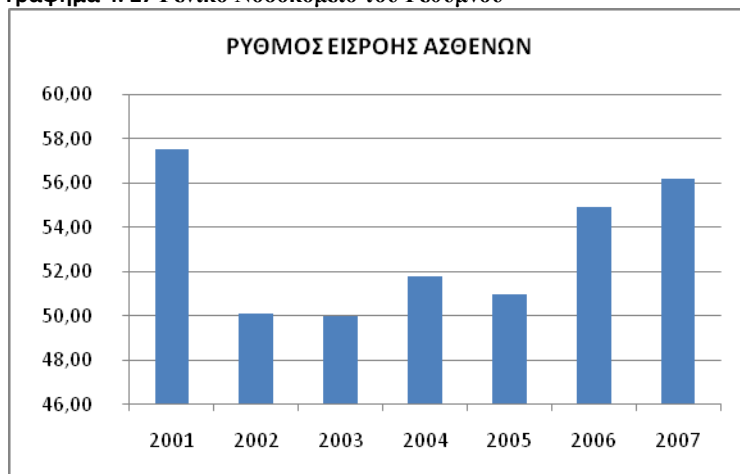
Γράφημα 4. 26 Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου



- Ο ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη (γράφημα 4.27) είναι αντίστοιχος σε μέγεθος εκείνων των γενικών νοσοκομείων-κέντρων υγείας. Κατά την επταετία εκτιμήθηκε χαμηλότερη εισροή ασθενών 50 ασθενείς ανά κλίνη και

υψηλότερη 57,5 ασθενείς ανά κλίνη. Αυτός ο δείκτης μετράει την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής και συνεπώς φαίνεται λιγότερο αποδοτική από το νοσοκομείο της ίδιας κατηγορίας κλινών (Ν.Γ.Αγ.Νικόλαος).

Γράφημα 4. 27 Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου



- Ο μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (γράφημα 4.28) από το 2001 έως το 2007 δεν είναι ικανοποιητικός καθώς κυμαίνεται από 1,6 το 2001 και καταλήγει 2,09 το 2007 με ενδιάμεσες μεγάλες αυξήσεις που είναι αποτέλεσμα της χαμηλής εισροής ασθενών και χαμηλής ποσοστιαίας κάλυψης των κλινών.

Γράφημα 4. 28 Γενικό Νοσοκομείο του Ρεθύμνου



Πολλαπλασιάζοντας τους δύο τελευταίους δείκτες για κάθε έτος της επταετίας και υπολογίζοντας το μέσο όρο τους το νοσοκομείο Ρεθύμνου είχε συνολική αδράνεια κλινών 134 ημέρες ετησίως. Το αποτέλεσμα δηλώνει την χαμηλή αποδοτική χρησιμοποίηση των κλινών του, με πιο αποδοτικό έτος το 2001 (93 ημέρες συνολικής αδράνειας ανά κλίνη).

4.1.8. Νοσοκομείο Χανίων «Αγ.Γεώργιος»

Τελευταίο αξιολογείται το Νοσοκομείο Χανίων. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4.15 στο παράρτημα, λειτουργούν 454 κλίνες, ξεκινώντας από 378 το 2001. Η αύξηση

ήταν ραγδαία κατά 20% λόγω λειτουργίας πολλών καινούργιων τμημάτων στις καινούργιες εγκαταστάσεις που λειτουργούν από το 2000. Συγκεκριμένα στο πλαίσιο των έργων ανάπτυξης λειτούργησαν τα εξής τμήματα: ψυχιατρική κλινική (2005), ΩΡΛ (2007), Θωρακος και Αγγείων, νευρολογικών κλινικών, ορθοπεδική, γαστρεντερολογική, μονάδα μεσογειακής αναιμίας, μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών, αναισθησιολογικό, νευροχειρουργική, ΤΕΠ, φυσικής αποκατάστασης (Υ.ΠΕ. Κρήτης, 2008).

Οι ημέρες νοσηλείας αυξάνονται κατά 39% στην διάρκεια των 7 ετών καθώς και η αύξηση των νοσηλευθέντων έχει ακριβώς το ίδιο ποσοστό αύξησης.

Οι δείκτες που θα μας βοηθήσουν να εκτιμήσουμε την αποδοτικότητα του νοσοκομείου (πίνακας 4.16 παραρτήματος) είναι:

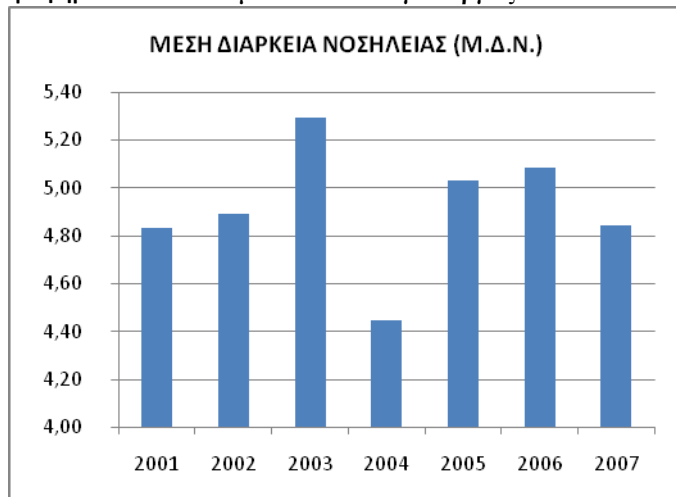
- Το ποσοστό κάλυψης (γράφημα 4.29) ξεκινάει με το χαμηλότερο ποσοστό το 2001 75,5% , στην συνέχεια το 2003 αυξανόμενο φτάνει το 91,3% και ακολουθώντας πτωτική τάση τα επόμενα έτη καταλήγει το 2007 ποσοστό πληρότητας 87,5%. Είναι ποσοστό που ανταποκρίνεται στο επίπεδο ενός μεγάλου νοσοκομείου άνω των 400 κλινών.

Γράφημα 4. 29 Νοσοκομείο Χανίων «Αγ.Γεώργιος»



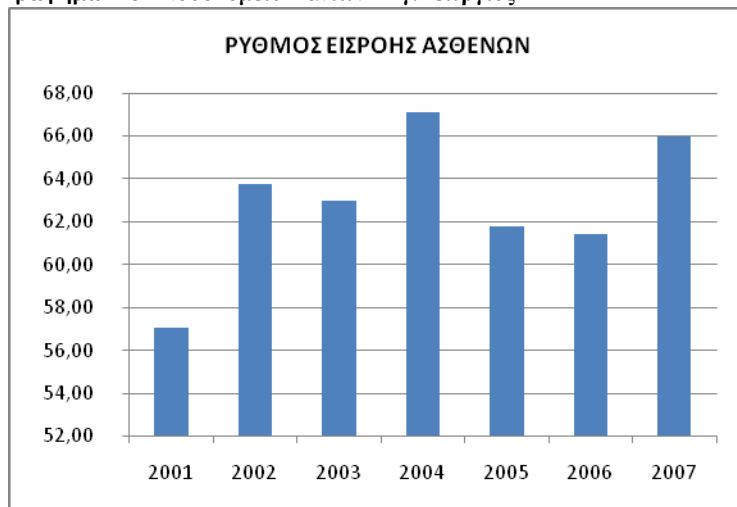
- Η Μ.Δ.Ν. (γράφημα 4.30) είναι και εκείνη αντιπροσωπευτική μεγάλου νοσοκομείου με βαριά περιστατικά. Το 2001 υπολογίζεται στις 4,83 ημέρες, ακολουθεί αύξηση κατά 10% το 2003, το επόμενο χρόνο ελαττώνεται κατά 16% λόγω μείωσης των ημερών νοσηλείας (κατά 11%) και μέχρι το 2007 αυξάνεται κατά 9%.

Γράφημα 4. 30 Νοσοκομείο Χανίων «Αγ.Γεώργιος»



- Ο ρυθμός εισροής των ασθενών ανά κλίνη (γράφημα 4.31) δεν είναι υψηλός λόγω της αντίστοιχης Μ.Δ.Ν. και παρουσιάζει την μεγαλύτερη του τιμή το 2004 (67,13) όταν η Μ.Δ.Ν. είχε την μικρότερη τιμή και τη μικρότερη το 2001(57,08) με το μικρότερο ποσοστό κάλυψης (σε σχέση με τα άλλα έτη).

Γράφημα 4. 31 Νοσοκομείο Χανίων «Αγ.Γεώργιος»



Ο μέσος χρόνος αδράνειας ανά κλίνη (γράφημα 4.32) από το 2001 στο 2003 μειώνεται κατά 68%, την επόμενη χρονιά αυξάνεται στο διπλάσιο και μέχρι το 2007 μειώνεται κατά 31%.

Γράφημα 4. 32 Νοσοκομείο Χανίων «Αγ.Γεώργιος»



Όσον αφορά την συνολική ετήσια αδράνεια ανά κλίνη, το πιο αποδοτικό αποτέλεσμα ήταν το 2007 45,5 ημέρες και το 2003 που είχε 32 ημέρες συνολικής αδράνειας. Το νοσοκομείο Χανίων «Αγιος Γεώργιος» φαίνεται να είναι από τα πιο αποδοτικά στη χρησιμοποίηση των κλινών του.

4.2. Οικονομικοί Δείκτες

Το κόστος ως κατεξοχήν δείκτης αξιολόγησης της οικονομικής αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζεται πολύ έντονα από τη Μ.Δ.Ν. καθώς και από τις εξετάσεις, τα φάρμακα και τα χειρουργεία. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ως κυρίαρχος δείκτης διαμόρφωσης του νοσοκομειακού προϊόντος. Μπορούμε να εκτιμήσουμε, λοιπόν, την σημαντικότητα της αξιολόγησης της οικονομικής αποδοτικότητας. Έτσι αποδοτικότητα με τη στενή οικονομική έννοια του όρου, σημαίνει τη παραγωγή κάποιου προϊόντος στο χαμηλότερο δυνατόν κόστος.

Τα οικονομικά στοιχεία του κάθε νοσοκομείου αναρτούνται σε πίνακες του παραρτήματος και για την ανάλυση της οικονομικής αποδοτικότητας του κάθε νοσοκομείου θα υπολογίσουμε την κάθε κατηγορία δαπάνης και εσόδων ως προς την ημέρα νοσηλείας και ως προς ασθενή. Η ανάλυση του προηγούμενου υποκεφαλαίου ήταν σημαντική και έλαβε υπόψη της τους παρακάτω τέσσερις παράγοντες κόστους:

- Η Μ.Δ.Ν. έχει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με το κόστος ανά ασθενή.
- Η αύξηση των κλινών προκαλεί μείωση του κόστους ανά ημέρα.
- Η αύξηση «ρυθμού εισροής» και η μείωση του «διαστήματος εναλλαγής ή μέσου χρόνου αδράνειας» ασθενών μειώνει το κόστος ανά ασθενή.
- Η πιο σημαντική εκροή και αντίστοιχα ο ποιος σημαντικός για το κόστος δείκτης παραγωγικότητας είναι οι νοσηλευθέντες.

Σημειώνεται ότι στα δημόσια νοσοκομεία μέχρι σήμερα το κόστος αφορά πληρωμές και το έσοδο αντίστοιχες εισπράξεις.

4.2.1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Στο Πα.Γ.Ν.Η. (πίνακας 4.17 παραρτήματος) το συνολικό κόστος λειτουργίας μεταβλήθηκε κατά 67% από το 2001 έως το 2007 δηλαδή αυξήθηκε πάνω από το διπλάσιο. Αναλυτικά το συνολικό κόστος λειτουργίας σημείωσε τεράστια αύξηση το 2004 λόγω αγοράς εξοπλισμού από επιχορηγήσεις αξίας 1.978.918,30 € και τις επόμενες χρονιές η αύξηση οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση αγοράς φαρμακευτικού υλικού. Μετά το 2004 έγιναν προσπάθειες μείωσης του ρυθμού μεταβολής των δαπανών ανά έτος και έκλεισε το 2007 με μείωση 1% σε σχέση με το 2006, όταν ο ρυθμός μεταβολής την τελευταία επταετία κυμαινόταν 7-18%. Η μείωση οφείλεται στην μείωση της μισθοδοσίας (για άγνωστους ως προς την μελέτη λόγους – πιθανές λήξεις συμβάσεων ορισμένου χρόνου εποχιακών), ενώ τα έξοδα λειτουργίας αυξήθηκαν σε πολύ μικρό ποσοστό δηλαδή κατά 0,79%. Αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο λειτούργησε κατά το 2007 με ίδιο περίπου κόστος ως προς τις αγορές του με το έτος 2006, παρά την αύξηση της νοσηλευτικής κίνησης και τις σημαντικές ανατιμήσεις των προϊόντων σε σχέση με το 2006. Από την άλλη πλευρά τα έσοδα σημείωσαν αύξηση το 2007 σε σχέση με το 2006, της τάξης του 1,94%.

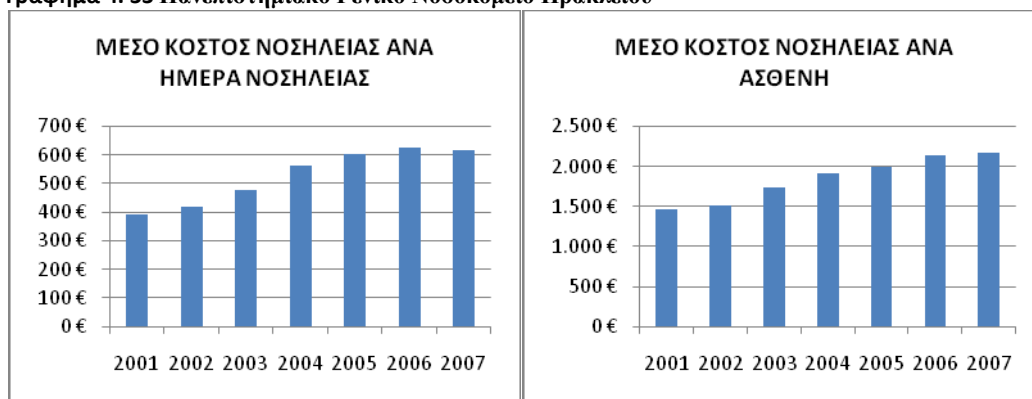
Είναι εμφανές ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού κόστους λειτουργίας είναι οι δαπάνες λειτουργίας (61% το 2001, 65% το 2004 και 70% το 2007) και το υπόλοιπο ποσοστό είναι η μισθοδοσία (39% το 2001, 35% το 2004 και 30% το 2007). Από τις δαπάνες λειτουργίας το μεγαλύτερο ποσοστό το έχει η αγορά φαρμακευτικού υλικού, μετά η αγορά υγειονομικού υλικού και τέλος τα έμμεσα λειτουργικά έξοδα και άλλες δαπάνες όπως οι αγορές χημικών αντιδραστηρίων, δαπάνες για προγράμματα, άλλες αγορές και αμοιβές.

Όπως αναφέρεται στα Πεπραγμένα 2004-2007 του νοσοκομείου έγιναν πολύ σημαντικά αναπτυξιακά έργα και δράσεις όπως ανάπτυξη καρδιοχειρουργικής κλινικής, δημιουργία τμήματος οξέων περιστατικών για ψυχιατρικούς ασθενείς, αγορά νέου γραμμικού επιταχυντή, δημιουργία μονάδας εξωσωματικής γονιμοποίησης, λειτουργία μονάδας οστικής πυκνότητας, μαιευτικού χειρουργείου και άλλων σημαντικών έργων ανάπτυξης της υποδομής των χώρων του νοσοκομείου και των υπηρεσιών του.

Τα έσοδα (πίνακας 4.18 παραρτήματος) αποτελούνται κατά μεγάλο ποσοστό (91% το 2001, 95% το 2004 και 76% το 2007) από τα «ίδια βεβαιωθέντα έσοδα», τα οποία είναι όσα έχουν αποδοθεί από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα υπόλοιπα έσοδα είναι από τα «μη βεβαιωθέντα κατ' εκτίμηση» και «έσοδα από επιχορηγήσεις». Στο σύνολο τα έσοδα αυξάνονται με ρυθμό μεταβολής 27% από το 2001 στο 2003, 11% από το 2003 στο 2004, 24% από το 2004 στο 2005 και στην συνέχεια η αύξηση είναι σχετικά μικρή. Συνοπτικά από το 2001 έως το 2007 ο ρυθμός μεταβολής ήταν 88%.

Συνοπτικά (πίνακας 4.19 παραρτήματος) έχουμε το μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα, που υπολογίζεται από το συνολικό κόστος λειτουργίας (σύνολο εξόδων και μισθοδοσία) διά το σύνολο των ημερών νοσηλείας, να αυξάνεται διαχρονικά.

Γράφημα 4. 33 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

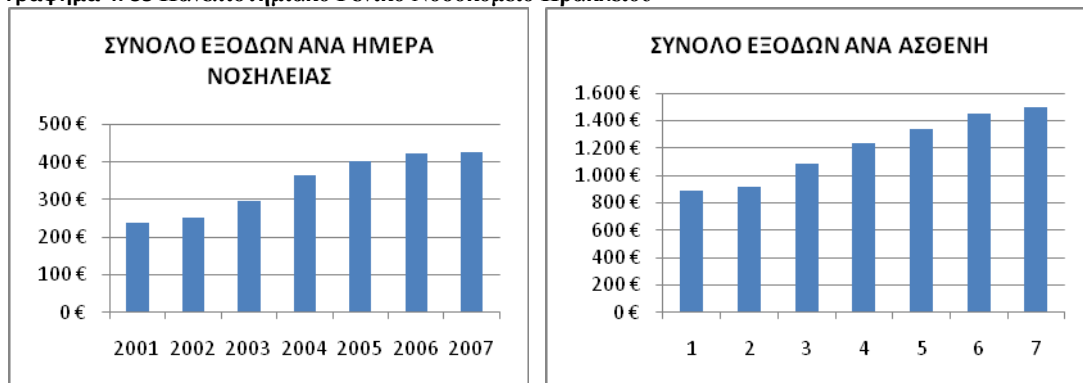


Γράφημα 4. 34

Το σύνολο της μισθοδοσίας από το 2001 μέχρι το 2007 έχει μια μεταβολή +24 % πιθανόν λόγω αύξησης του προσωπικού και παράλληλα αύξηση μισθολογίου. Ενώ το σύνολο των εξόδων την αντίστοιχη περίοδο αυξήθηκε κατά 47%. Συνεπώς λόγω της αύξησης του συνολικού κόστους λειτουργίας έχουμε και διαχρονικά αύξηση του δείκτη «σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας» αλλά με μικρή μείωση από το 2006 στο 2007 που απεικονίζεται στο γράφημα 4.35. Ο δείκτης « σύνολο εξόδων ανά ασθενή» ακολουθεί την ίδια αυξητική πορεία για τους ίδιους παραπάνω λόγους.

Σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 35 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

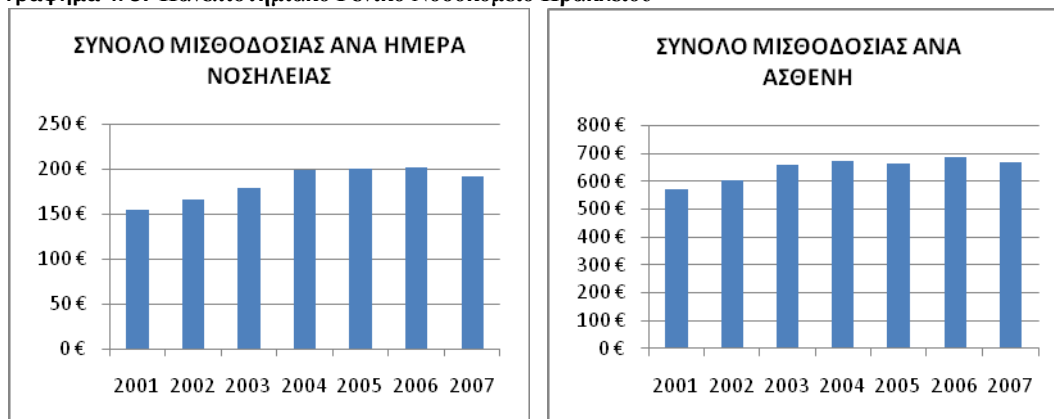


Γράφημα 4. 36

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά

Σύνολο μισθοδοσίας* ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 37 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου



Γράφημα 4. 38

Σύνολο Μισθοδοσίας = Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο Έξτρα Αμοιβών

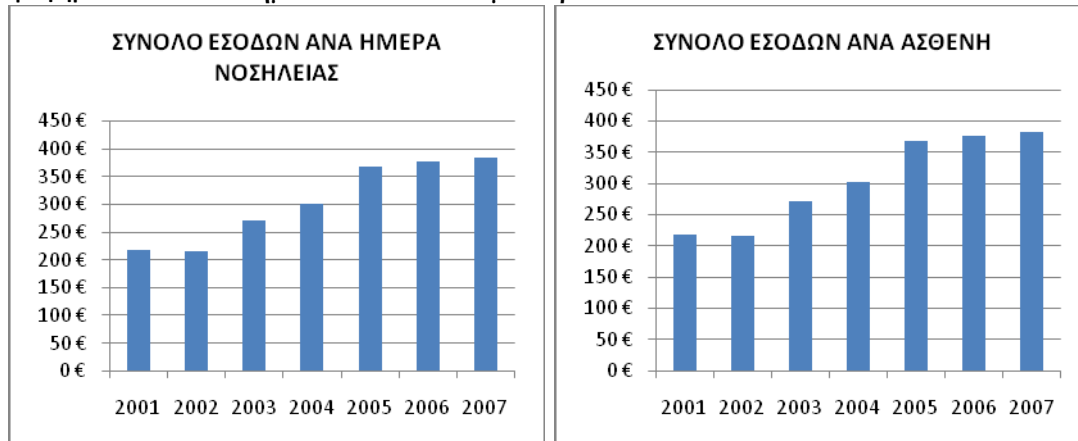
*Η μισθοδοσία προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό

Οι δείκτες «έμμεσα λειτουργικά έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή», «υγειονομικό υλικό ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή», «φαρμακευτικό υλικό ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή», «σύνολο μισθοδοσίας ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή» ουσιαστικά

αποτελούν τον δείκτη «μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή» και καταγράφονται στον πίνακα του παραρτήματος 4.18.

Από την άλλη πλευρά οι δείκτες των εσόδων σε σχέση με τις εκροές-ημέρες νοσηλείας και ασθενείς - παρουσιάζουν κατανομή όπως παρουσιάζεται στα γραφήματα 4.39, 4.40.

Γράφημα 4. 39 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου



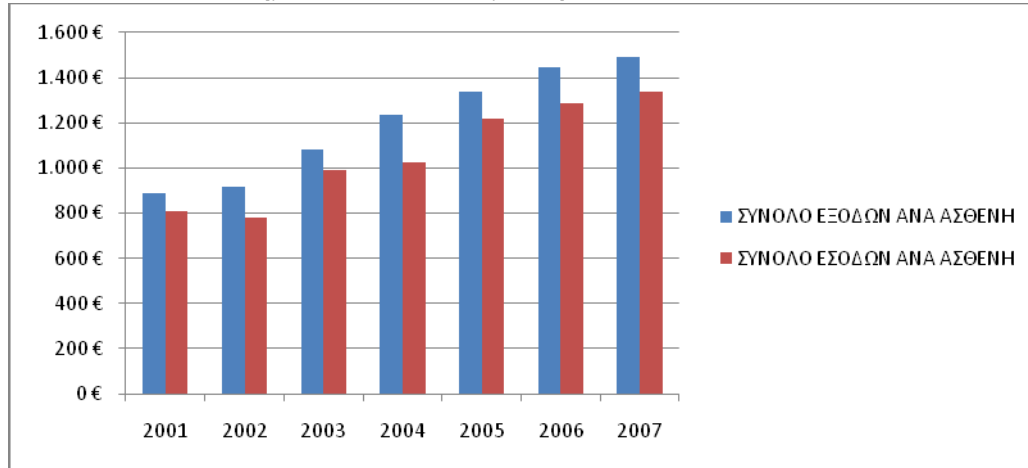
Γράφημα 4. 40

Σύνολο εσόδων = Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα + Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα + Έσοδα από επιχορηγήσεις

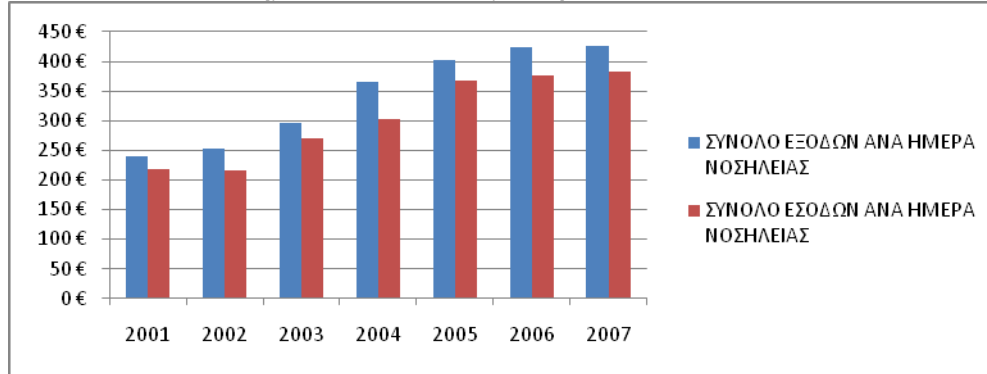
Η μεταβολή αύξησης των δεικτών «σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας» και «σύνολο εσόδων ανά ασθενή» από το 2006 στο έτος 2007 οφείλεται στην μείωση των αποδοθέντων από τα ασφαλιστικά ταμεία κατά 15% από την τελευταία είσπραξη το 2006 και ισοσταθμίζεται με την αύξηση επιχορηγήσεων για αγορά εξοπλισμού.

Τέλος είναι σημαντικό να εξετάσουμε αν τα έξοδα, χωρίς μισθοδοσία, καλύπτονται από τα έσοδα για διαπιστώσουμε κατά πόσο είναι αποδοτική η διαχείριση των οικονομικών του νοσοκομείου. Συγκρίνουμε τους δείκτες «ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΑΣΘΕΝΗ» με το «ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΑΣΘΕΝΗ».

Γράφημα 4. 41 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου



Γράφημα 4. 42 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου



4.2.2. Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο

Στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο (πίνακας 4.20 παραρτήματος) το 2002 το συνολικό κόστος λειτουργίας μειώνεται κατά 7% σε σχέση με το 2001 λόγω μείωσης της μισθοδοσίας και δαπανών λειτουργίας κατά το ίδιο ποσοστό. Το επόμενο έτος αυξάνεται κατά πολύ μεγάλο ποσοστό (31%), περισσότερο λόγω και μεγάλης αύξησης της μισθοδοσίας ενώ τις επόμενες χρονιές μεταβάλλεται με μικρό ρυθμό καταλήγοντας σε ποσό κατά 25% μεγαλύτερο από του 2001.

Η αύξηση των εξόδων κατά μέσο όρο οφείλεται στις εξής κατηγορίες δαπανών: αγοράς φαρμακευτικού υλικού, υγειονομικού υλικού, ορθοπεδικού υλικού, αγορά χημικών αντιδραστηρίων και λιγότερο η αγορά ηλεκτρομηχανολογικού υλικού.

Από τα έμμεσα λειτουργικά έξοδα αυξήθηκαν οι δαπάνες για : επισκευές και συντηρήσεις, ΟΤΕ, ΔΕΗ και ύδρευση. Επίσης για αγορές πάγιου εξοπλισμού και αμοιβές επικουρικών ιατρών και αποζημιώσεων μελών ΔΕΠ.

Είναι εμφανές ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού κόστους λειτουργίας είναι οι δαπάνες λειτουργίας, εκτός του έτους 2007 (69% το 2001, 54% το 2004 και 44,2% το 2007) και το υπόλοιπο ποσοστό είναι η συνολική μισθοδοσία (41% το 2001, 46% το 2004 και 55,8% το 2007). Από τις δαπάνες λειτουργίας το μεγαλύτερο ποσοστό το έχει η αγορά φαρμακευτικού υλικού, μετά η αγορά υγειονομικού υλικού και τέλος τα έμμεσα λειτουργικά έξοδα και άλλες δαπάνες όπως η αγορά ορθοπεδικού υλικού και χημικών αντιδραστηρίων, άλλες αγορές και αμοιβές.

Όπως αναφέρεται στα πεπραγμένα 2004-2007 το νοσοκομείο αγόρασε σύγχρονο εξοπλισμό και έκανε κατασκευές στις υποδομές του κτιρίου για τη βελτίωση της ποιότητας και την επιτάχυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

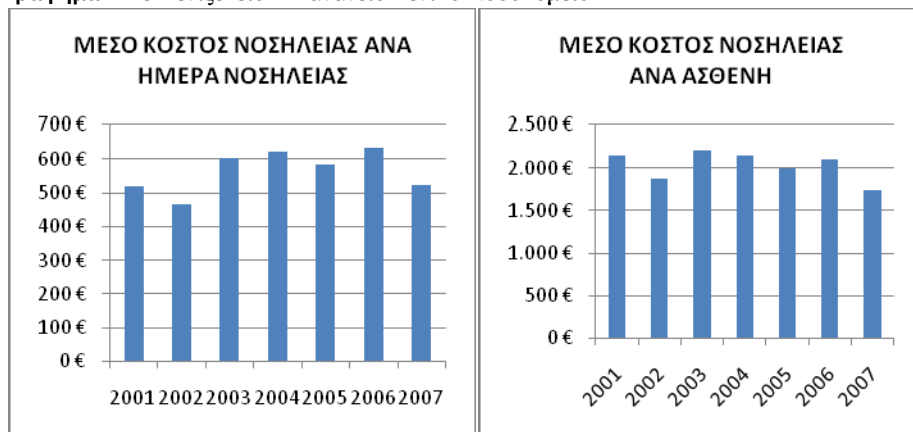
Από την άλλη πλευρά, τα ίδια έσοδα (πίνακας 4.21 παραρτήματος) παρουσιάζουν εντυπωσιακή αύξηση το 2003 με ρυθμό μεταβολής 85% από το 2001. Συνεχίζει με αυξήσεις χαμηλού ρυθμού της τάξεως του 3% και το 2007 μειώνεται με διαφορά 37% από το 2006. Το σύνολο των εσόδων ακολουθεί την ίδια ανοδική πορεία πορεία καθ'όλη τη διάρκεια της επταετίας. Την τελευταία περίοδο 2006-2007 που μειώνονται τα ίδια έσοδα, το σύνολο των εσόδων συμπληρώνεται από τα «έσοδα από επιχορηγήσεις για αγορά εξοπλισμού, για κτίρια και επιχορηγήσεις για προγράμματα του ΨΥΧΑΡΓΩ».

Έτσι από τα οικονομικά στοιχεία που διαθέτουμε για κάθε έτος μπορούμε να υπολογίσουμε δείκτες που να μας δείχνουν πόσο στοιχίζει στο νοσοκομείο κάθε

ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής σε σχέση με την εκάστοτε δαπάνη και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή :

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 43 Βενιζέλιο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο

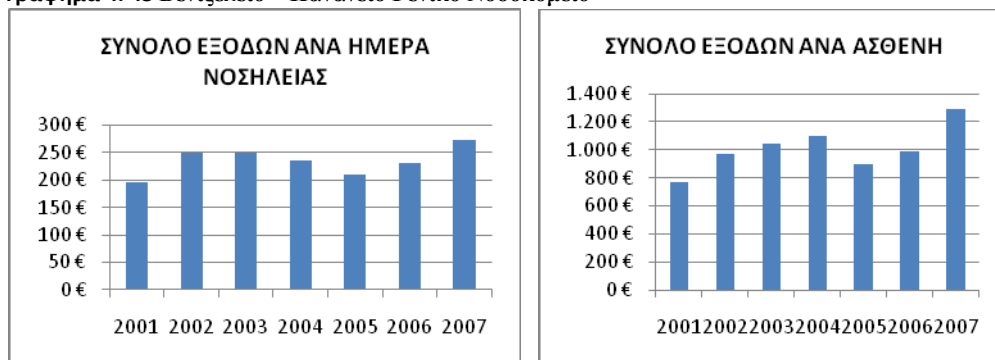


Γράφημα 4. 44

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο Εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 45 Βενιζέλιο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο

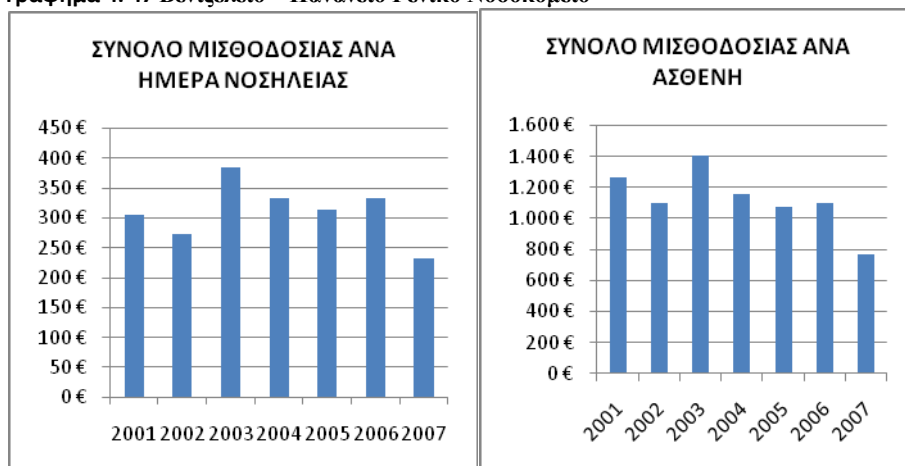


Γράφημα 4. 46

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά (βλ.πίνακα εξόδων).

Σύνολο μισθοδοσίας* ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 47 Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο



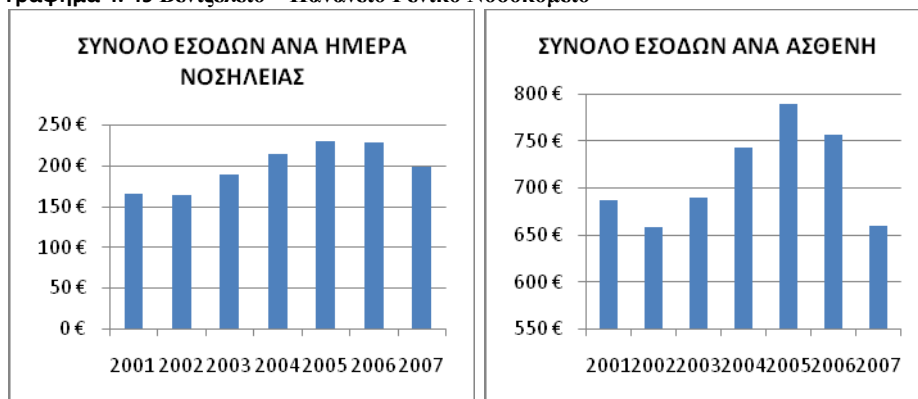
Γράφημα 4. 48

Σύνολο Μισθοδοσίας = Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο Έξτρα Αμοιβών

*Η μισθοδοσία προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 49 Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο

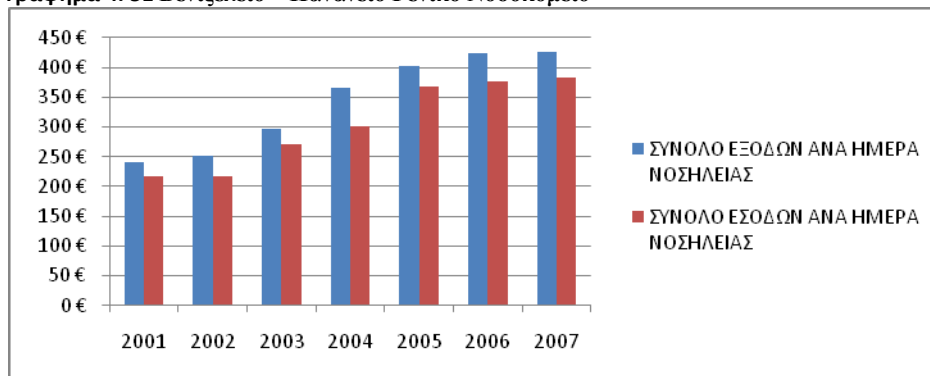


Γράφημα 4. 50

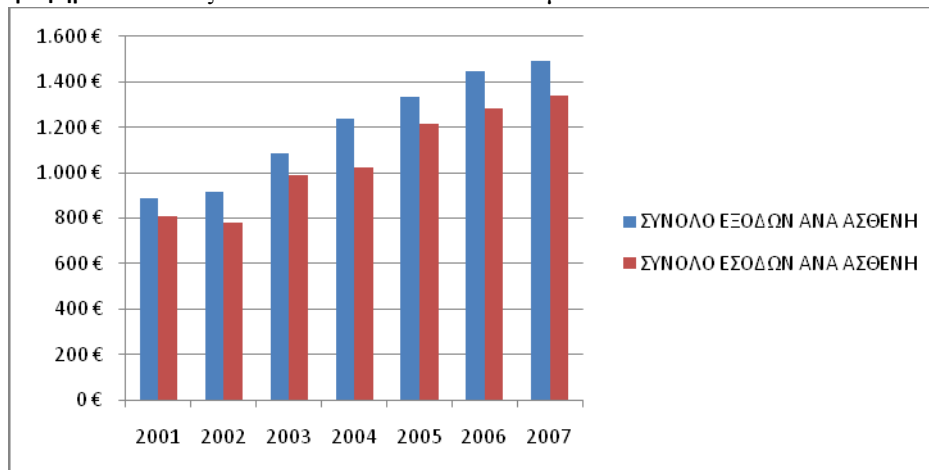
Σύνολο εσόδων = Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα + Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα + Έσοδα από επιχορηγήσεις

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 51 Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο



Γράφημα 4. 52 Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο



Συνολικά έξοδα = Συνολικό Κόστος Λειτουργίας – Μισθοδοσία

Είναι εμφανές από τα ανωτέρω γραφήματα 4.51, 452 πως τα έσοδα δεν καλύπτουν τα έξοδα. Η διαφορά τους είναι το πραγματικό έλλειμμα.

4.2.3. Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

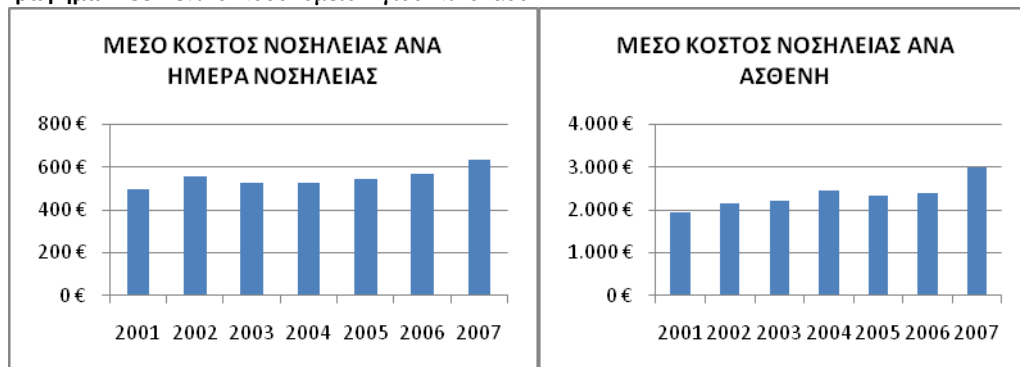
Στο Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου (πίνακας 4.23 Παραρτήματος) το συνολικό κόστος λειτουργίας μέσα στην επταετία αυξάνεται σημαντικά κατά 43%. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε το έτος 2002 και στην συνέχεια οι αυξομειώσεις ήταν μικρού ποσοστού (3-8%) μέχρι να φτάσει στο 2007. Η αύξηση του συνολικού κόστους λειτουργίας δεν δείχνει να επηρεάζεται πολύ από την μεταβολή της μισθοδοσίας διότι η τάση της κυμαίνεται από 0% έως 12% ενώ αντίθετα τα έξοδα για τις δαπάνες λειτουργίας έχουν υψηλότερες τάσεις ανόδου αλλά και μικρής καθόδου το έτος 2005 (-17%). Κατά κύριο λόγο οι δαπάνες που επηρεάζουν περισσότερο την μεταβολή των συνολικών εξόδων είναι η αγορά υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, η αγορά ηλεκτρομηχανολογικού υλικού, οι αγορές πάγιου εξοπλισμού και ανέγερση καινούργιων κτιρίων (Παιδιατρικής κλινικής). Από τα έμμεσα λειτουργικά έξοδα οι επισκευές και συντηρήσεις, καθώς και διάφορες άλλες δαπάνες λειτουργίας των κτιρίων (Πίνακας παραρτήματος 4.).

Από την άλλη πλευρά (πίνακας 4.24 παραρτήματος) τα ίδια έσοδα έχουν μικρές αυξομειώσεις με εξαίρεση το 2004 που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μεταβολή +39%. Στο σύνολο από το 2001 στο 2007 έχουμε αύξηση 14%. Τις χρονιές που παρουσιάζεται μείωση των βεβαιωθέντων εσόδων την διατήρηση των συνολικών εσόδων σε μία αύξουσα πορεία την παρέχουν τα έσοδα από επιχορηγήσεις. Τα συνολικά έσοδα από το 2001 έως το 2007 αυξήθηκαν κατά 38%.

Έτσι από τα οικονομικά στοιχεία που διαθέτουμε για κάθε έτος μπορούμε να υπολογίσουμε δείκτες που να μας δείχνουν πόσο στοιχίζει στο νοσοκομείο κάθε ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής σε σχέση με την εκάστοτε δαπάνη και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή ξεχωριστά (πίνακας 4.25 παραρτήματος):

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 53 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

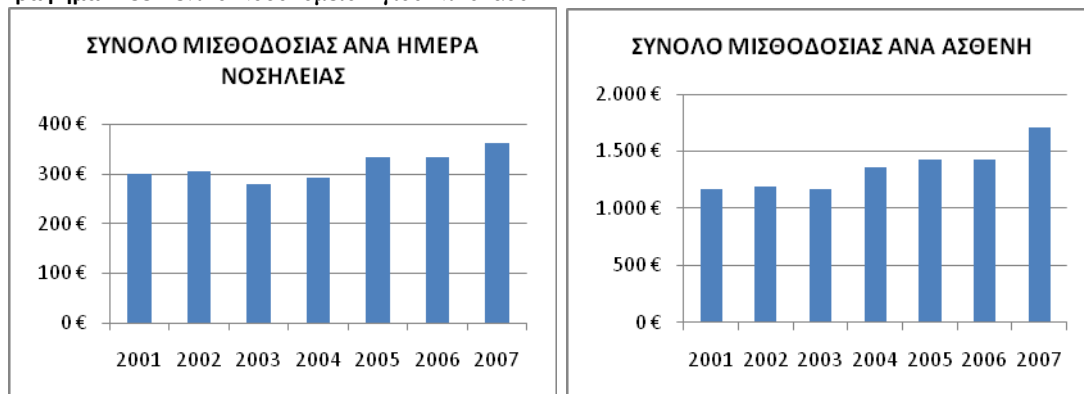


Γράφημα 4. 54

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο μισθοδοσίας ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 55 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

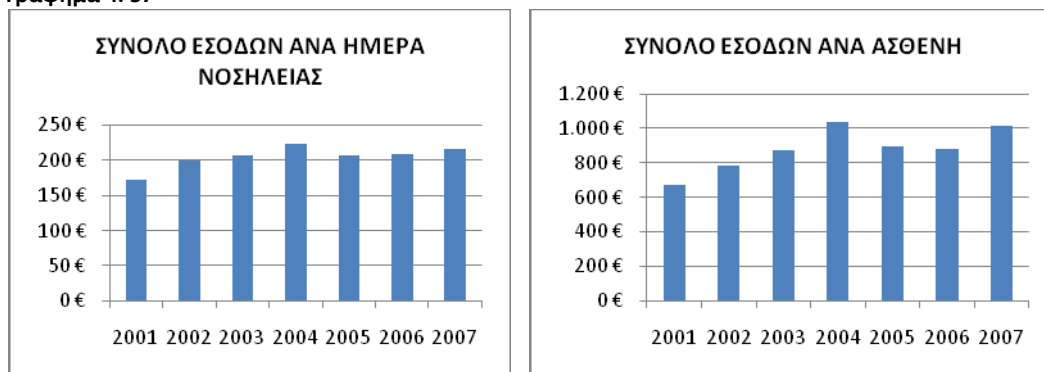


Γράφημα 4. 56

Σύνολο Μισθοδοσίας = Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο Έξτρα Αμοιβών

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 57

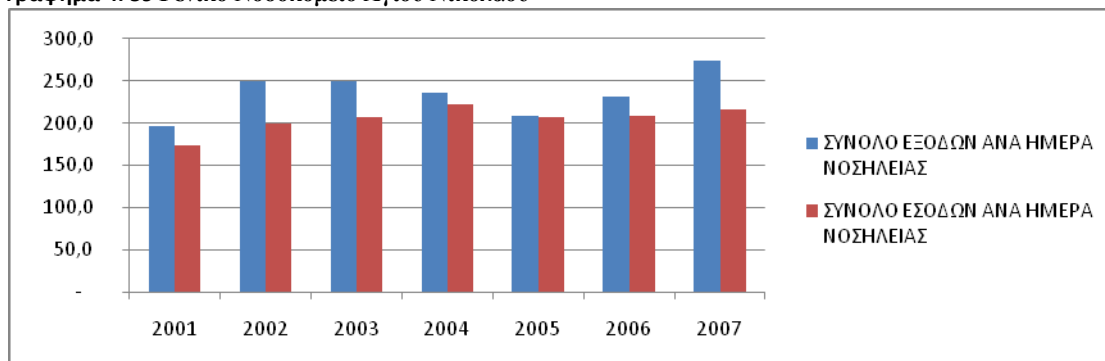


Γράφημα 4. 58

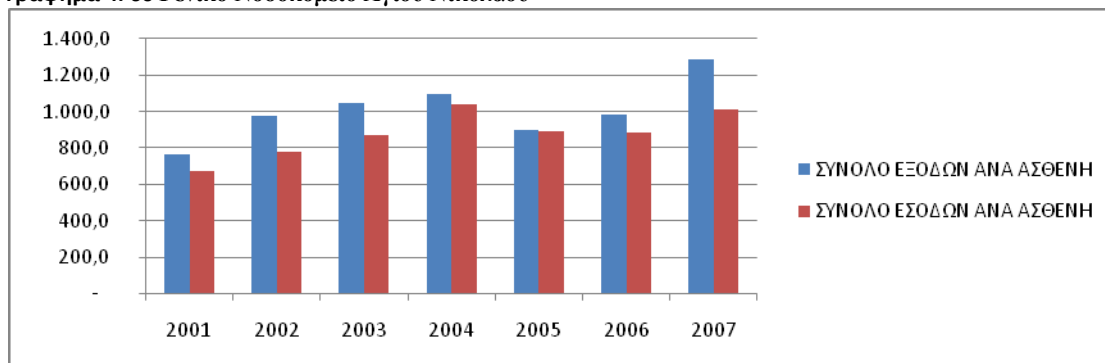
Σύνολο εσόδων = Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα + Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα + Έσοδα από επιχορηγήσεις

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 59 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου



Γράφημα 4. 60 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου



Συνολικά έξοδα = Συνολικό Κόστος Λειτουργίας – Μισθοδοσία

Από τα γράφηματα 4.59, 4.60 βλέπουμε πως τα έξοδα υπερτερούν σημαντικά υπέρ των εσόδων, εκτός του έτος 2005 που ισοβαθούν.

4.2.4. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

Στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας το συνολικό κόστος λειτουργίας (πίνακας 4.26 παραρτήματος) μέσα στην επταετία αυξήθηκε αρκετά με μεταβολή 40%, αποτελούμενη από μικρές μεταβολές από έτος σε έτος (-3% έως 13%). Η μισθοδοσία επίσης διατηρείται σταθερή με μικρές αυξήσεις από 0% έως 11%. Οι συνολικές δαπάνες έχουν τις μεγαλύτερες αυξομειώσεις, μείωση κατά 23% το 2002, το επόμενο έτος αύξηση κατά 26%, ακολουθούν άλλες δύο σχεδόν αμελητέες μειώσεις (2%, 7%) και τα επόμενα έτη αυξάνεται κατά 27% το 2006 και 25% το 2007.

Οι δαπάνες που επηρέασαν περισσότερο τις παραπάνω αυξήσεις φαίνονται στον πίνακα 4. Του παραρτήματος.

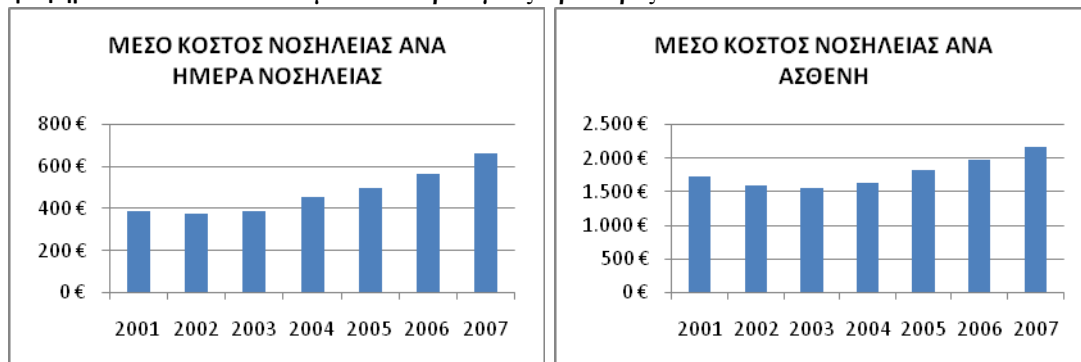
Επίσης, όπως αναφέρεται από τα Πεπραγμένα 2004-2007 του νοσοκομείου έγιναν πολύ σημαντικά έργα υποδομής και αγορές αναγκαίου εξοπλισμού συνολικής αξίας 3.824.023 €.

Από την άλλη πλευρά (πίνακας 4.27 παραρτήματος) τα ίδια βεβαιωθέντα έσοδα έχουν μεταβαλλόμενη τάση αυξήσεων και μειώσεων και τα έτη που παρουσιάζουν μείωση, τα έσοδα από επιχορηγήσεις διατηρούν τα συνολικά έσοδα σε μία αύξουσα διαχρονικά πορεία. Το μεγαλύτερο σύνολο εσόδων το εμφάνισε το 2005 λόγω του μεγαλύτερου μέρους των επιχορηγήσεων για αγορά εξοπλισμού.

Υπολογίσαμε τους δείκτες που μας δείχνουν πόσο στοιχίζει στο νοσοκομείο κάθε ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής σε σχέση με την εκάστοτε δαπάνη και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή (πίνακας 4.28 παραρτήματος) :

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 61 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

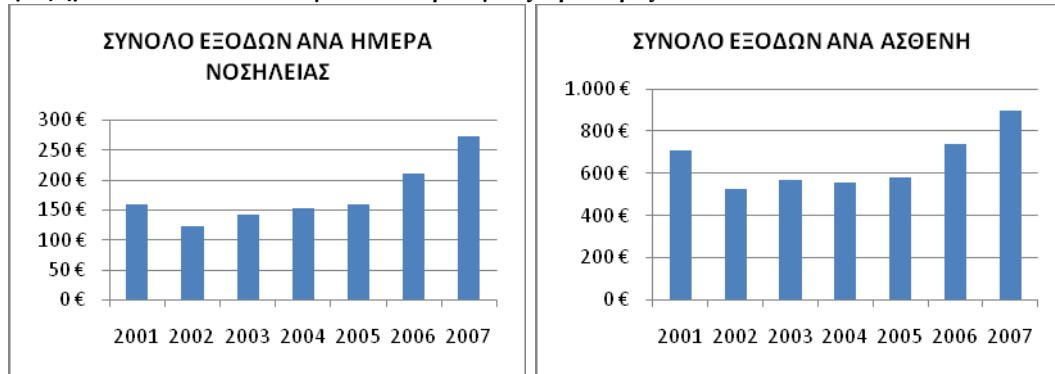


Γράφημα 4. 62

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 63 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

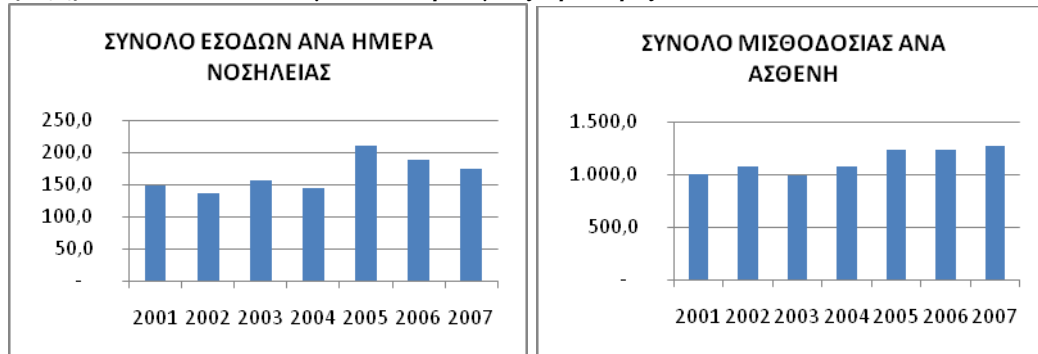


Γράφημα 4. 64

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά

Σύνολο μισθοδοσίας ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 65 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

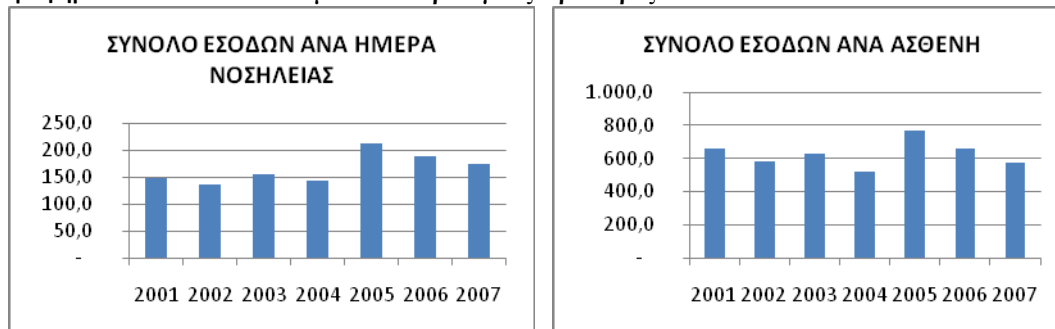


Γράφημα 4. 66

Σύνολο Μισθοδοσίας = Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο Έξτρα Αμοιβών

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 67 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας

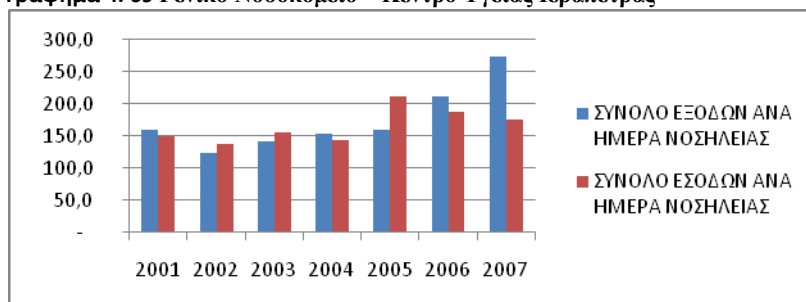


Γράφημα 4. 68

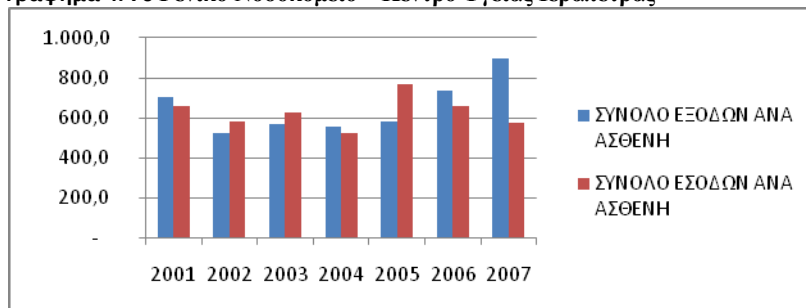
Σύνολο εσόδων = Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα + Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα + Έσοδα από επιχορηγήσεις

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 69 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας



Γράφημα 4. 70 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας



Συνολικά έξοδα = Συνολικό Κόστος Λειτουργίας – Μισθοδοσία

Από τα γράφηματα 4.69, 4.70 βλέπουμε ότι το έσοδα ανα ημ.νοσηλείας/ασθενή το 2002 ,2003 και το 2005 ήταν μεγαλύτερα των εξόδων και αποδεικνύεται μεγαλύτερη αποδοτικότητα στη διαχείριση των οικονομικών του νοσοκομείου για τα συγκεκριμένα έτη.

4.2.5. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

Στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας το συνολικό κόστος λειτουργίας (πίνακας 4.29 παραρτήματος) μέσα στην επταετία αυξάνεται σημαντικά κατά 69% . Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε το έτος 2002 κατά 32% και στην συνέχεια οι αυξομειώσεις του %) μέχρι στο 2007 ήταν μικρού ποσοστού (από -5% μέχρι 12%). Η αύξηση του συνολικού κόστους λειτουργίας δεν φαίνεται να επηρεάζεται πολύ από την μεταβολή της μισθοδοσίας γιατί κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα. Εξαίρεση είναι το έτος 2002 όπου η μισθοδοσία αυξάνεται κατά 38% και επηρεάζει το συνολικό κόστος λειτουργίας καθώς οι δαπάνες λειτουργίας δεν αυξάνονται σημαντικά (15%). Κατά κύριο λόγο οι δαπάνες είναι αυτές που επηρεάζουν περισσότερο την μεταβολή του συνολικού κόστους λειτουργίας, με την μεγαλύτερη αύξηση τους το 2007 κατά 6% σε σχέση με το 2006. Οι δαπάνες που περισσότερο επηρέασαν αυτήν την αύξηση είναι: η αγορά φαρμακευτικού και ορθοπεδικού υλικού και χημικών αντιδραστηρίων και λιγότερο : οι αμοιβές επικουρικών ιατρών και αποζημιώσεις μελών ΔΕΠ και οι δαπάνες για προγράμματα ΨΥΧΑΡΓΩΣ.

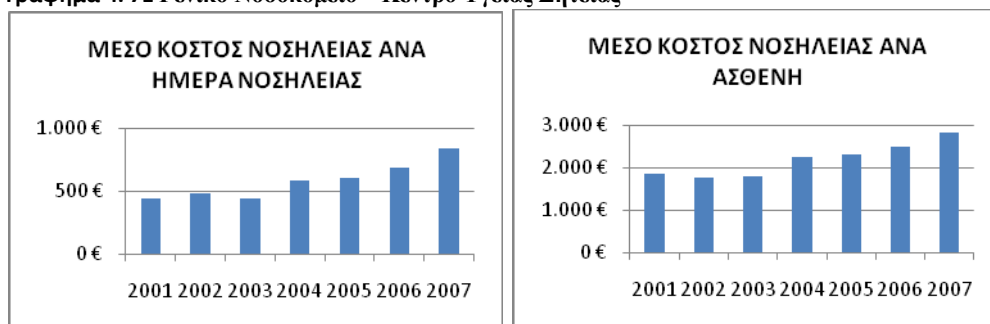
Επίσης, όπως αναφέρεται από τα Πεπραγμένα 2004-2007 του νοσοκομείου έγιναν αγορές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού: υπερηχοτομογράφος έγχρωμος, φορητό σπιρόμετρο, καρδιογράφος αξονικός τομογράφος κ.α. αξίας 543.399,68 € και πραγματοποιήθηκαν επισκευές και συντηρήσεις, καθώς και διάφορες άλλες δαπάνες λειτουργίας των κτιρίων.

Από την άλλη πλευρά (πίνακας 4.30 παραρτήματος) τα ίδια βεβαιωθέντα έσοδα έχουν ανοδική πορεία με εξαίρεση το 2004 που παρουσιάζουν μείωση. Συνολικά από το 2001 στο 2007 έχουμε αύξηση 69%. Τα συνολικά έσοδα από το 2001 έως το 2007 αυξήθηκαν κατά 56%.

Εκτιμούμε τους δείκτες που μας δείχνουν πόσο κοστίζει στο νοσοκομείο κάθε ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή (πίνακας 4.31 παραρτήματος) :

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 71 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

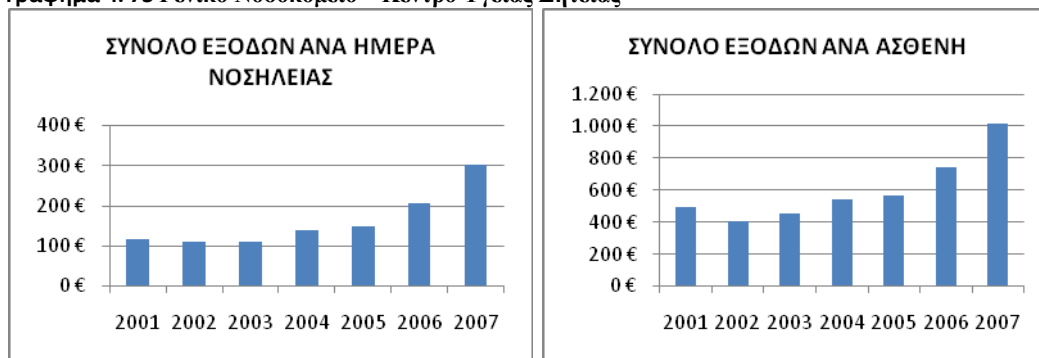


Γράφημα 4. 72

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 73 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

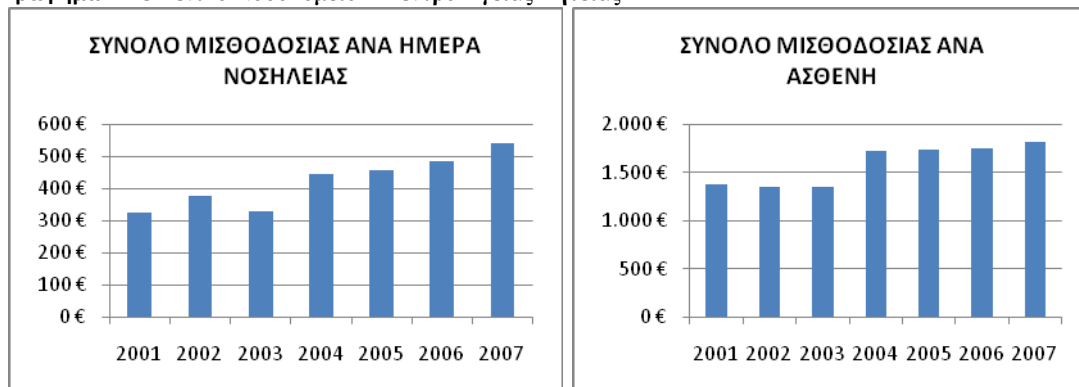


Γράφημα 4. 74

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά.

Σύνολο μισθοδοσίας ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 75 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

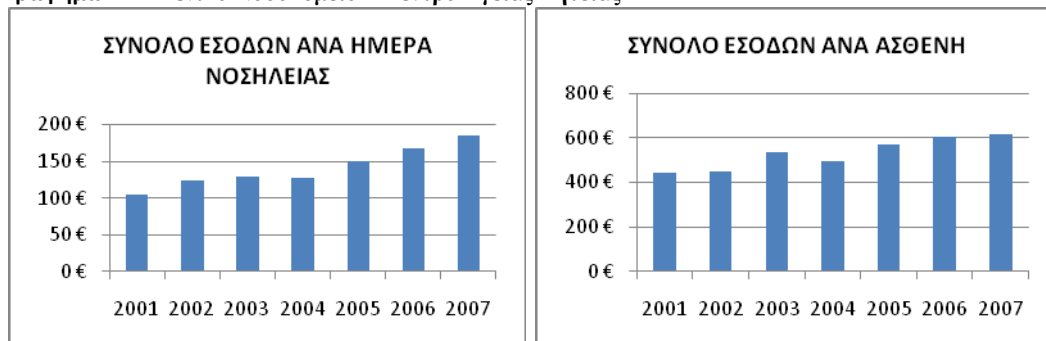


Γράφημα 4. 76

Σύνολο Μισθοδοσίας = Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο Έξτρα Αμοιβών

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 77 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας

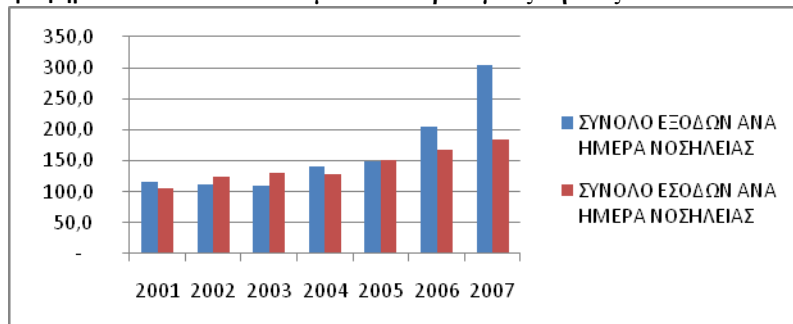


Γράφημα 4. 78

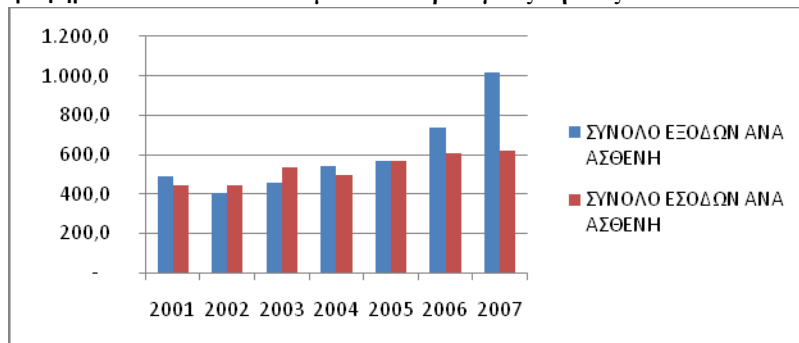
Σύνολο εσόδων = Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα + Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα + Έσοδα από επιχορηγήσεις

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 79 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας



Γράφημα 4. 80 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Σητείας



Συνολικά έξοδα = Συνολικό Κόστος Λειτουργίας – Μισθοδοσία

Από τα ανωτέρω γράφηματα 4.79, 4.80 βλέπουμε ότι το έσοδα ανα ημ.νοσηλείας/ασθενή το 2002 και 2003 υπερταυρούσαν των εξόδων, το 2005 ήταν ακριβώς ίσα ενώ τα υπόλοιπα έτη τα έξοδα ξεπερνούσαν κατά πολύ τα έσοδα.

4.2.6. Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης

Στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης το συνολικό κόστος λειτουργίας (πίνακας 4.32 παραρτήματος) μέσα στην επταετία αυξήθηκε αρκετά με μεταβολή 91%, σχεδόν διπλασιάστηκε. Η μισθοδοσία μεταβάλλεται κατά 86% από το 2001-2007 λόγω αύξησης προσωπικού, ιδιαίτερα το 2005 έγιναν προσλήψεις προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων (Υ.Πε.,Πεπραγμένα 2004-2007). Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η μισθοδοσία αποτελεί κατά μέσο όρο επταετίας το 79% του συνολικού κόστους λειτουργίας [(Σ.σύνολο μισθοδοσίας *100) / Σ.συνολικό κόστος λειτουργίας = 79%]

Το σύνολο των εξόδων αυξάνεται συνεχόμενα, με εξαίρεση το έτος 2005 που μειώθηκε κατά 5%, με ρυθμό μεταβολής κυμαινόμενο από 6% έως 28% και φτάνει το 2007 να έχει υπερδιπλασιαστεί από το σύνολο των εξόδων το 2001 (113%).

Η δαπάνη που επηρέασε περισσότερο τις παραπάνω αυξήσεις είναι η αγορά φαρμακευτικού υλικού, η οποία μέσα στην επταετία εξαπλασιάστηκε (585%), καθώς επίσης και τα έμμεσα λειτουργικά έξοδα που αυξήθηκαν στο σύνολο κατά

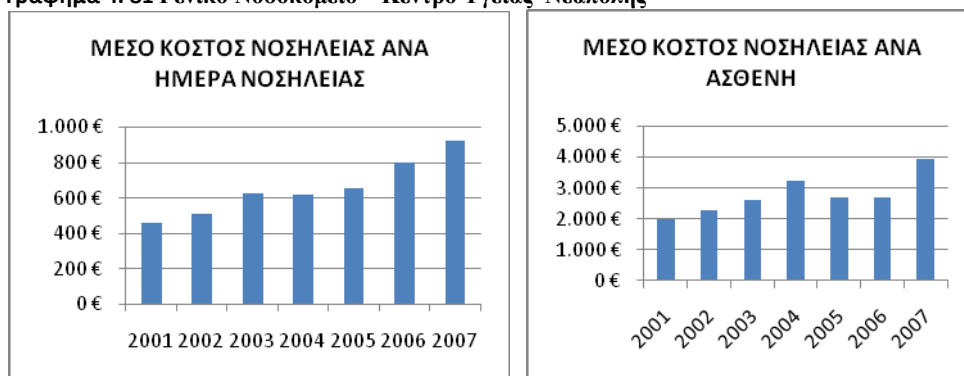
88%. Τα ακριβή ποσά φαίνονται στον πίνακα «κατηγορίες δαπανών Ν.-Κ.Υ.Νεάπολης 2001-2007»

Από την άλλη πλευρά (πίνακας 4.33 παραρτήματος) τα ίδια βεβαιωθέντα έσοδα έχουν μεταβαλλόμενη τάση αυξήσεων και μειώσεων από -33% έως 88% και καταλήγουν το 2007 να είναι λιγότερα από το 2001 κατά 17%. Σημαντική αύξηση παρουσιάζεται το 2002 αλλά χωρίς καμία επιχορήγηση τα συνολικά έσοδα μειώνονται. Στο σύνολο των ετών τα συνολικά έσοδα επίσης μειώνονται κατά 28%.

Υπολογίσαμε τους δείκτες που μας δείχνουν πόσο κοστίζει στο νοσοκομείο κάθε ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή (πίνακας 4.34 παραρτήματος):

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 81 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης

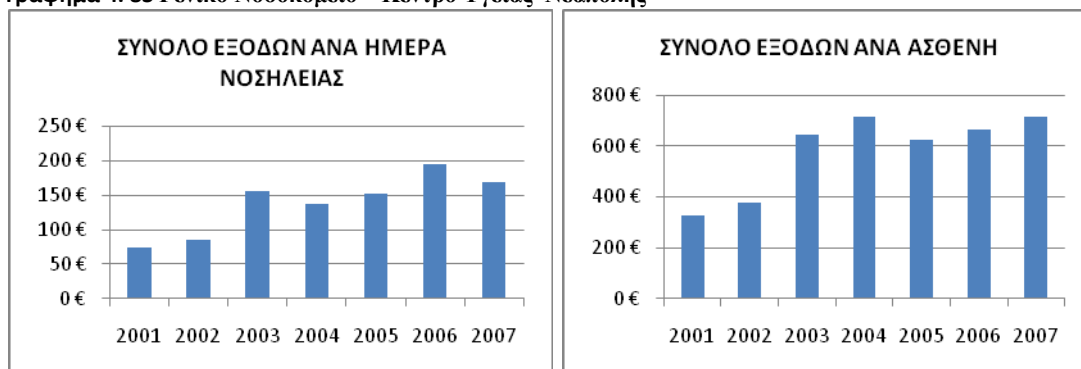


Γράφημα 4. 82

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 83 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης

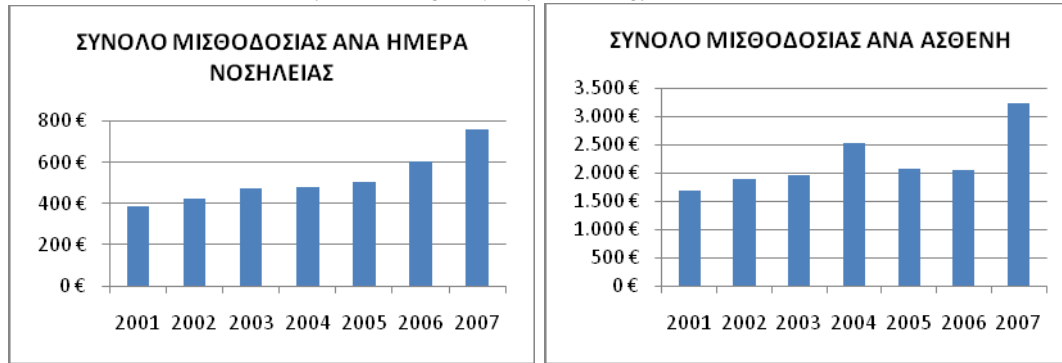


Γράφημα 4. 84

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά.

Σύνολο μισθοδοσίας ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 85 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης

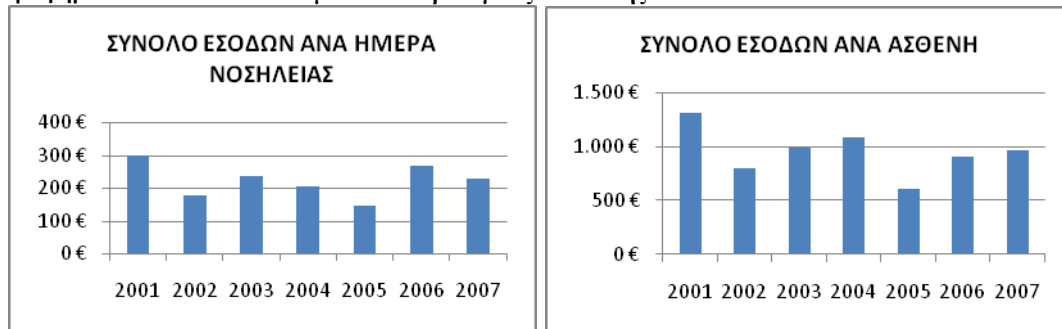


Γράφημα 4. 86

$\text{Σύνολο Μισθοδοσίας} = \text{Τακτική Μισθοδοσία} + \text{Εφημερίες} + \text{Υπερωρίες Προσωπικού} + \text{Νυχτερινά Εξαιρέσιμα} + \text{Σύνολο Έξτρα Αμοιβών}$

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 87 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης

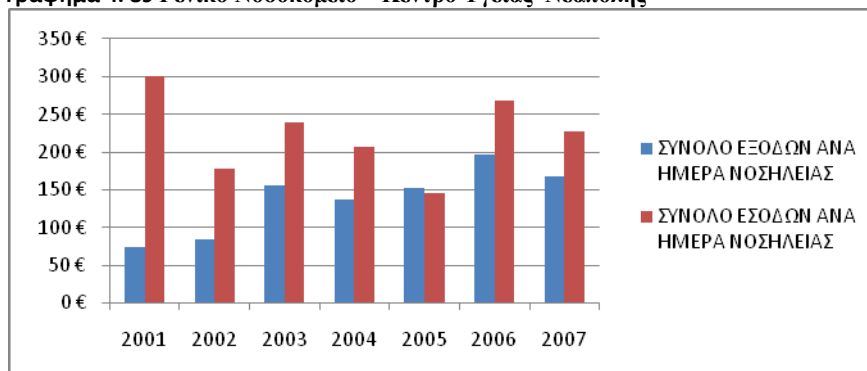


Γράφημα 4. 88

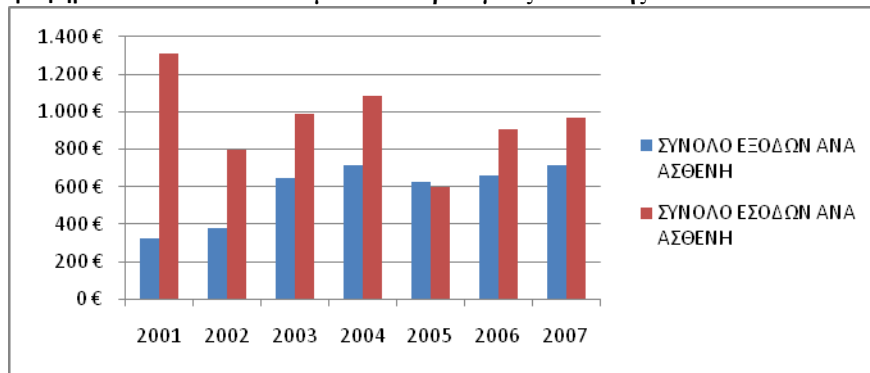
$\text{Σύνολο εσόδων} = \text{Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα} + \text{Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα} + \text{Έσοδα από επιχορηγήσεις}$

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 89 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης



Γράφημα 4. 90 Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νεάπολης



Συνολικά έξοδα = Συνολικό Κόστος Λειτουργίας – Μισθοδοσία

Από τα γράφηματα 4.89, 4.90 βλέπουμε ότι το έσοδα ανα ημ.νοσηλείας/ασθενή υπερταιρούσαν των εξόδων κατά τη διάρκεια όλης της επταετίας. Αυτό πιθανόν να δηλώνει ελλειπή εκμετάλλευση των οικονομικών του πόρων και άρα μη αποδοτική χρησιμοποίησή τους.

4.2.7. Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το συνολικό κόστος λειτουργίας (πίνακας 4.35 παραρτήματος) μεταβλήθηκε κατά 39% από το 2001 έως το 2007. Η πορεία του κατά τη διάρκεια της επταετίας είναι αυξητική από 1% έως 17% με εξαίρεση το 2002 που μειώθηκε κατά 9%, πιθανόν λόγω μείωσης της μισθοδοσίας κατά 15%. Τα επόμενα έτη η μισθοδοσία αυξάνεται με την μεγαλύτερη αύξηση το 2007 καθώς έγιναν προσλήψεις σε ιατρικό προσωπικό (5 άτομα) και σε νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό (101 άτομα) (7^η Υ.Πε. Κρήτης, 2008). Το κόστος των συνολικών δαπανών έχει αυξομειώσεις με μεγαλύτερη αύξηση κατά 17 % το 2003 λόγω αγοράς εξοπλισμού από επιχορηγήσεις, επισκευές και συντηρήσεις, αμοιβές επικουρικών ιατρών και μέλων ΔΕΠ και δαπάνες για προγράμματα ΨΥΧΑΡΓΩ. Επίσης το 2006 είχε αύξηση 13% λόγω αύξησης των έμμεσων λειτουργικών δαπανών που πιθανόν οφείλεται σε ανακαινίσεις, επισκευές και συντηρήσεις κτιρίων που έγιναν μέσα στην τελευταία τριετία (Υ.Πε., Πεπραγμένα 2004-2007)

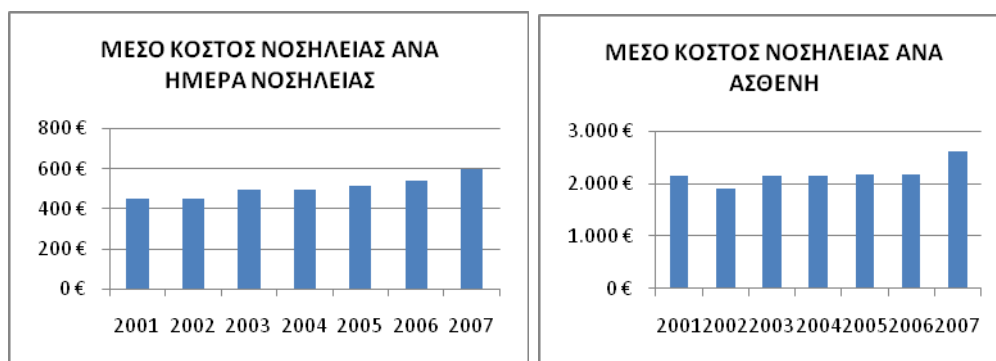
Από την άλλη πλευρά, τα συνολικά έσοδα (πίνακας 4.36 παραρτήματος) από το 2001 μέχρι το 2007 παρουσιάζουν 7% αύξηση. Την μεγαλύτερη αύξηση την εμφανίζουν το 2003 λόγω μεγαλύτερης είσπραξης απαιτήσεων από ασφαλιστικά ταμεία (ίδια βεβαιωθέντα έσοδα) και εσόδων από επιχορηγήσεις.

Έτσι από τα οικονομικά στοιχεία που διαθέτουμε για κάθε έτος μπορούμε να υπολογίσουμε τους δείκτες που μας δείχνουν πόσο κοστίζει στο νοσοκομείο κάθε

ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής σε σχέση με την εκάστοτε δαπάνη και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή (πίνακας 4.37 παραρτήματος):

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 91 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνο

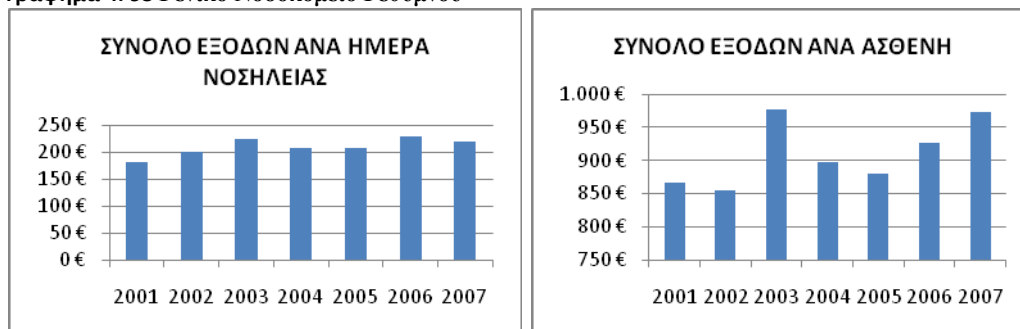


Γράφημα 4. 92

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο Εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 93 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

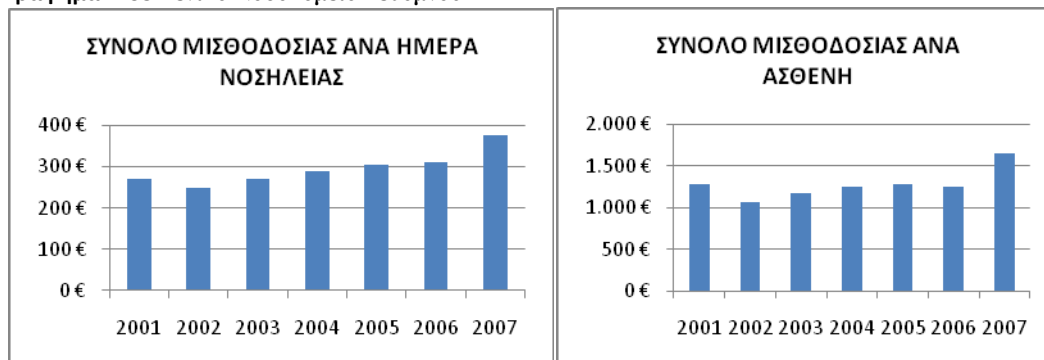


Γράφημα 4. 94

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά

Σύνολο μισθοδοσίας* ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 95 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου



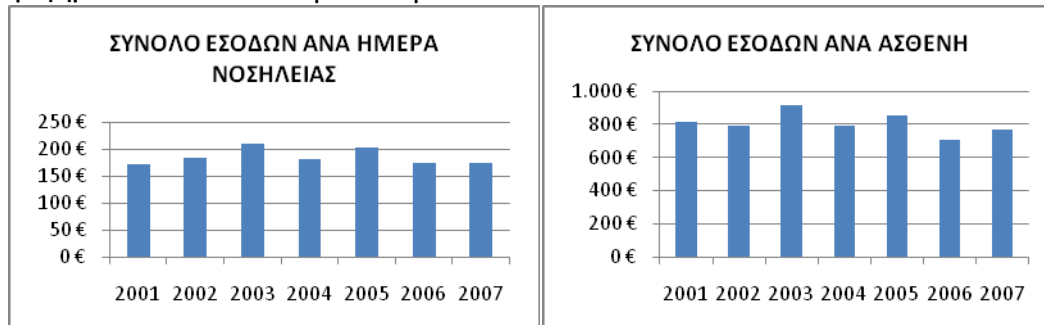
Γράφημα 4. 96

Σύνολο Μισθοδοσίας = Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο Έξτρα Αμοιβών

*Η μισθοδοσία προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 97 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

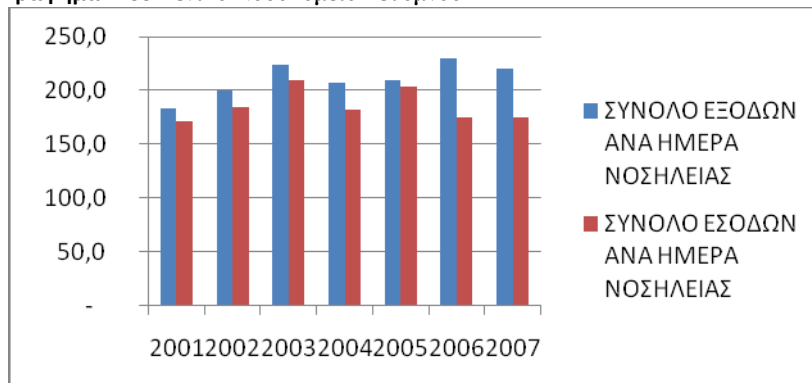


Γράφημα 4. 98

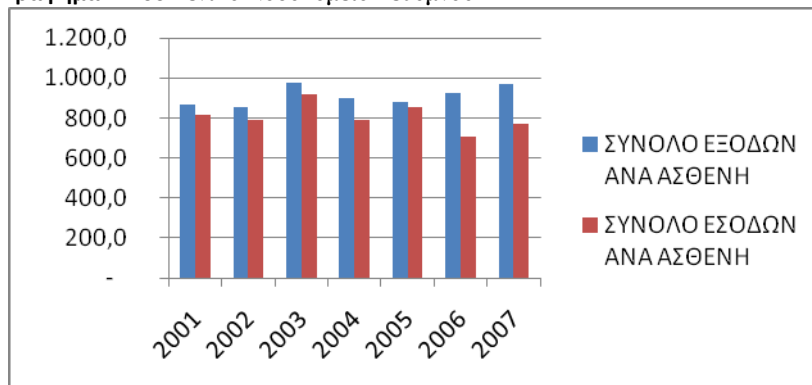
Σύνολο εσόδων = Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα + Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα + Έσοδα από επιχορηγήσεις

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 99 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου



Γράφημα 4. 100 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου



Συνολικά έξοδα = Συνολικό Κόστος Λειτουργίας – Μισθοδοσία

Είναι εμφανές από τα γράφημα 4.99, 4.100 πως τα έσοδα δεν καλύπτουν τα έξοδα. Η διαφορά τους είναι το πραγματικό έλλειμμα και καταστούν την οικονομική διαχείριση λιγότερο αποδοτική ανάλογα με το έλλειμμα.

4.2.8. Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Στο νοσοκομείο Χανίων (πίνακας 4.38 παραρτήματος) το συνολικό κόστος λειτουργίας μεταβλήθηκε κατά 58% από το 2001 έως το 2007. Το 2003 το συνολικό κόστος λειτουργίας αυξάνεται κατά 19% σε σχέση με το 2001. Το επόμενο έτος αυξάνεται κατά 10% και μέχρι το 2007 συνεχίζει να αυξάνεται κατά 20%. Οι κατανομές των μεταβλητών του συνολικού κόστους (σύνολο εξόδων και μισθοδοσίας) αυξομειώνονται συμπληρωματικά με σημαντικές μεταβολές το 2002 όπου το σύνολο των εξόδων μειώνεται κατά 16% λόγω μείωσης των εξόδων αγοράς υγειονομικού υλικού, χημικών αντιδραστηρίων και έμμεσων λειτουργικών δαπανών αλλά κυρίως ορθοπεδικού υλικού. Επίσης το 2006 το σύνολο εξόδων αυξάνεται κατά 16% λόγω μεγάλης αύξησης αγορών φαρμακευτικών και ορθοπεδικών υλικών και έμμεσων λειτουργικών δαπανών.

Από τις δαπάνες λειτουργίας το μεγαλύτερο ποσοστό το έχει η αγορά φαρμακευτικού υλικού, το 2007 που είχε και το υψηλότερο κόστος αποτελούσε το 42,2% των συνολικών δαπανών.

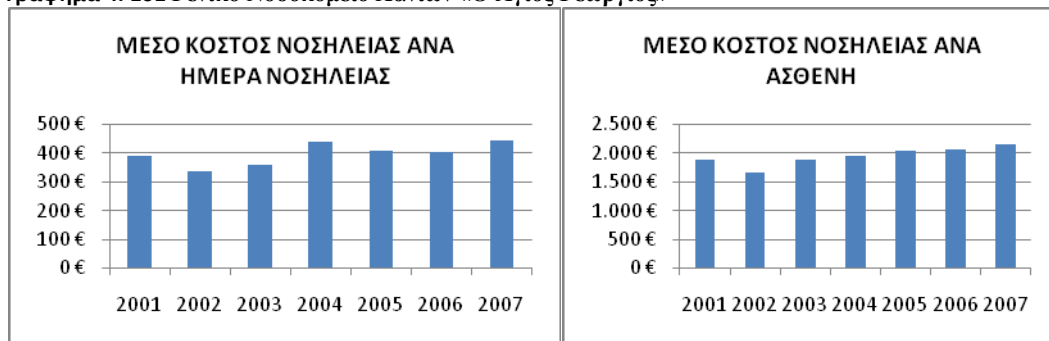
Όπως αναφέρεται στα πεπραγμένα 2004-2007 το νοσοκομείο έγιναν πολύ σημαντικά αναπτυξιακά έργα και δράσεις όπως η λειτουργία: ψυχιατρικής κλινικής, κλινικής ΩΡΛ, νευρολογικών κλινικών, ορθοπεδικής κλινικής, γαστρεντερολογικής κλινικής, μονάδας μεσογειακής αναιμίας, μονάδας εντατικής θεραπείας νεογνών, αναισθησιολογικού τμήματος, οφθαλμολογικής κλινικής, νευροχειρουργικής κλινικής, ΤΕΠ, τμήμα φυσικής αποκατάστασης, ιατροδικαστικό εργαστήριο. Επίσης έγιναν αγορές νέου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού: αγγειογράφου και ψηφιοποιητή εικόνας, μηχάνημα οστικής πυκνότητας, μαστογράφος και υπερηχοκαρδιογράφος.

Από την άλλη πλευρά, τα συνολικά έσοδα (πίνακας 4.39 παραρτήματος) από το 2001 μέχρι το 2007 παρουσιάζουν 100% αύξηση λόγω είσπραξης ενός μεγάλου ποσοστού των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων (ίδια βεβαιωθέντα έσοδα).

Έτσι από τα οικονομικά στοιχεία που διαθέτουμε για κάθε έτος υπολογίσαμε τους δείκτες που μας δείχνουν πόσο κοστίζει στο νοσοκομείο κάθε ημέρα νοσηλείας και κάθε ασθενής σε σχέση με την εκάστοτε δαπάνη και πόσα από τα έσοδα αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή (πίνακας 4.40 παραρτήματος) :

Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα/ασθενή

Γράφημα 4. 101 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

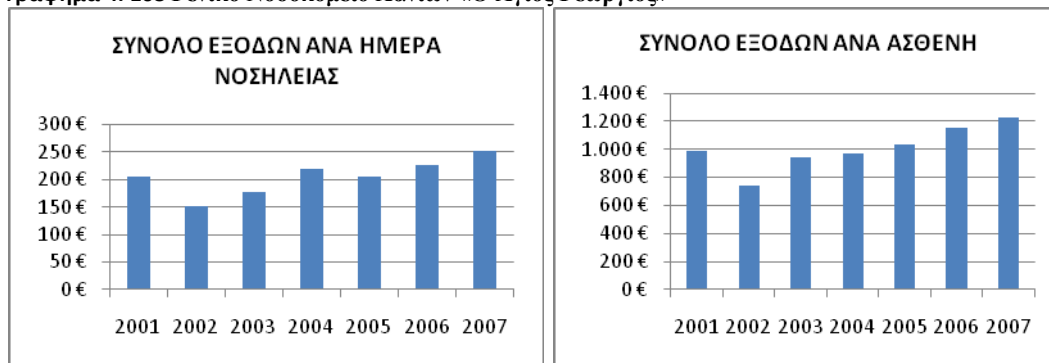


Γράφημα 4. 102

(Συνολικό) Κόστος νοσηλείας = Κόστος Μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

Σύνολο Εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 103 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

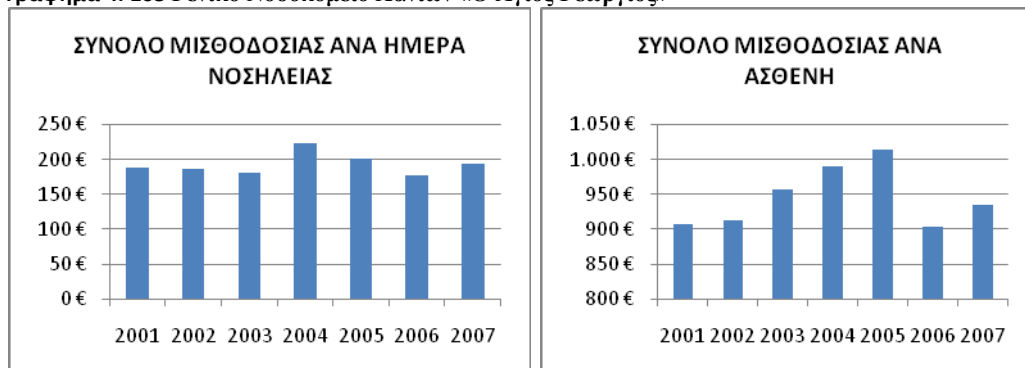


Γράφημα 4. 104

Σύνολο εξόδων = Σύνολο Αγορών+ Έμμεσα λειτουργικά έξοδα + Αμοιβές επικουρικού προσωπικού + Επενδύσεις + Έργα από επιχορηγήσεις + Προγράμματα + Λοιπά

Σύνολο μισθοδοσίας* ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 105 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»



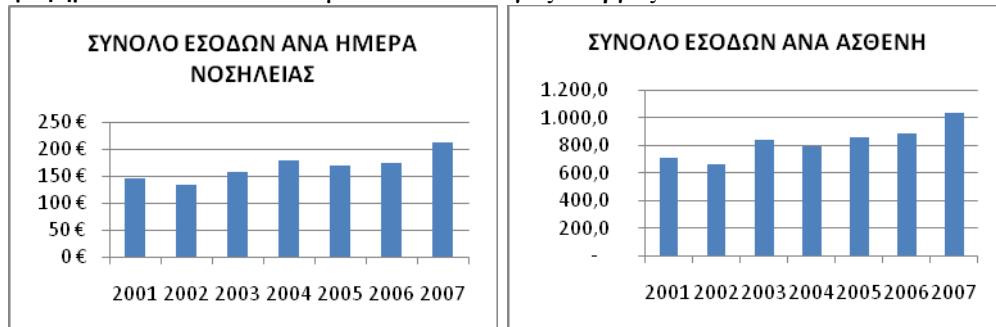
Γράφημα 4. 106

$\text{Σύνολο Μισθοδοσίας} = \text{Τακτική Μισθοδοσία} + \text{Εφημερίες} + \text{Υπερωρίες Προσωπικού} + \text{Νυχτερινά Εξαιρέσιμα} + \text{Σύνολο Έξτρα Αμοιβών}$

*Η μισθοδοσία προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό

Σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 107 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

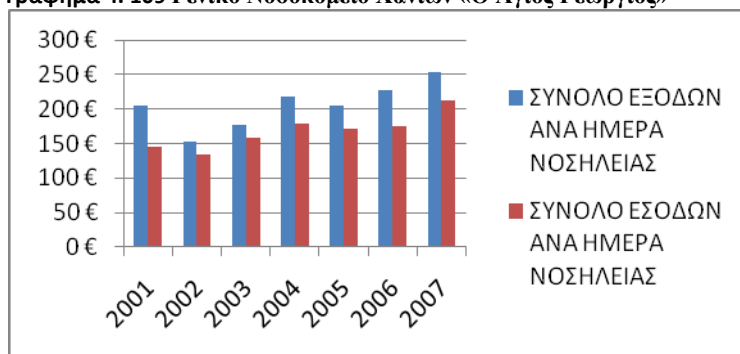


Γράφημα 4. 108

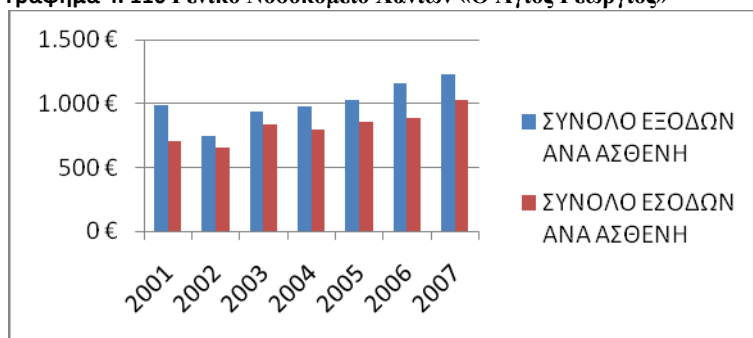
$\text{Σύνολο εσόδων} = \text{Ίδια έσοδα βεβαιωθέντα} + \text{Ίδια έσοδα μη βεβαιωθέντα} + \text{Έσοδα από επιχορηγήσεις}$

Σύγκριση δεικτών : έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή, έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή

Γράφημα 4. 109 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»



Γράφημα 4. 110 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»



$\text{Συνολικά έξοδα} = \text{Συνολικό Κόστος Λειτουργίας} - \text{Μισθοδοσία}$

Είναι εμφανές από τα γραφήματα 4.109, 4.110 πως τα έσοδα δεν καλύπτουν τα έξοδα. Η διαφορά τους είναι το πραγματικό έλλειμμα.

Κλείνοντας αυτό το υποκεφάλαιο παρατηρήσαμε πως όταν αυξάνονται οι νοσηλευθέντες ασθενείς κατ' επέκταση αυξάνουν οι δαπάνες του νοσοκομείου που αφορούν αγορές υποστήριξης της νοσηλευτικής κίνησης και η αύξηση των δαπανών που αφορούν εξοπλισμό, κτίρια, επενδύσεις, λειτουργία νέων κλινικών πιθανόν είναι αιτία αύξησης των νοσηλευθέντων.

Επίσης το ύψος του συνολικού κόστους συνδέεται άρρηκτα με το αντίστοιχο της μισθοδοσίας, που αν ληφθεί υπόψη ότι αποτελεί τη πλειοψηφία του συνολικού κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου, τότε επιβεβαιώνει την άποψη ότι τα νοσοκομεία είναι παραγωγικές μονάδες υψηλής έντασης εργασίας, χωρίς όμως να δίνουν ανάλογη σημασία σε αυτό.

Τα μικρά νοσοκομεία (0-100 κλίνες) παρουσίασαν υψηλό κόστος κυρίως λόγω του κόστους του προσωπικού και της χαμηλής κάλυψης.

4.4. Σύγκριση Νοσοκομείων

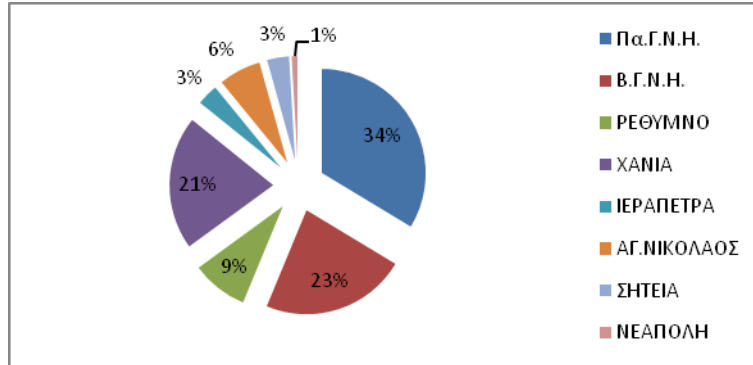
4.4.1. Λειτουργικοί Δείκτες

Για την σύγκριση της λειτουργίας και της οικονομικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων θα χρησιμοποιηθούν οι δείκτες λειτουργικότητας και οικονομικοί δείκτες που υπολογίστηκαν για κάθε νοσοκομείο. Περιορισμός για μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα αξιολόγησης είναι ότι δεν υπάρχουν χρονολογικά δεδομένα για τον αριθμό του προσωπικού (μόνιμου, επικουρικού, εκπαιδευόμενοι, προσλήψεις από προγράμματα stage) για να υπολογιστούν δείκτες παραγωγικότητας των νοσοκομείων. Επίσης μειονέκτημα στην σύγκριση των νοσοκομείων είναι ότι διαφέρουν σε εξωγενείς αιτιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του κάθε νοσοκομείου όπως είναι ο πληθυσμός και η ζήτηση σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, με αποτέλεσμα η σύγκριση να μην είναι ισότιμη. Για αυτό το λόγο η σύγκριση θα χωριστεί σε τρεις κατηγορίες ανάλογα το μέγεθος, τα μεγάλα νοσοκομεία με 400 και άνω κλίνες (Ηράκλειο – Χανιά), τα μεσαία νοσοκομεία με 101-250 κλίνες (Ρέθυμνο – Αγ.Νικόλαος) και τα μικρά μέχρι 100 κλίνες (Ιεράπετρα, Σητεία, Νεάπολη) των οποίων ο πληθυσμός αναφοράς είναι πιο κοντά σε ποσοστό.

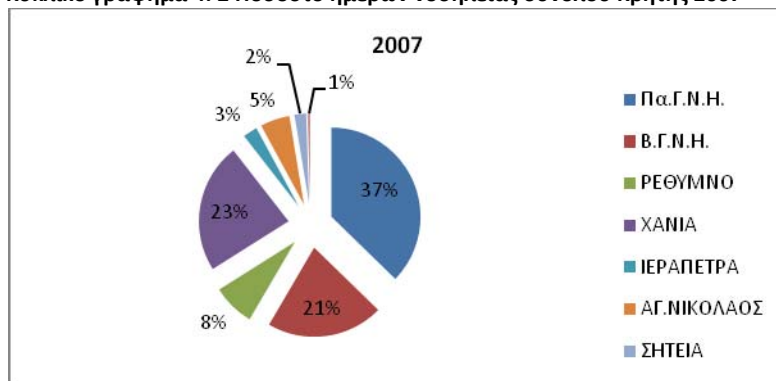
Η σύγκριση θα γίνει για κάθε δείκτη του κάθε νοσοκομείου για τις περιόδους 2001, 2004 και 2007, οι οποίοι παρουσιάζονται σε γραφήματα γιατί αποτελούν εξαιρετικά χρήσιμα εργαλεία ανάγνωσης και κατανόησης των καταγεγραμμένων πληροφοριών, η οποίες συνθέτουν την εικόνα του αντικειμένου της μελέτης (Υφαντόπουλος, Νικολαΐδου, 2008).

Αρχικά θεωρούμε ότι είναι χρήσιμο για την κατανόηση της κατάστασης των νοσοκομείων και την διεξαγωγή συμπερασμάτων από την σύγκριση τους να απεικονίσουμε σε κυκλικό γράφημα το ποσοστό αναλογίας των κλινών, των ημερών νοσηλείας και των νοσηλευθέντων για κάθε νοσοκομείο σε σχέση με το σύνολο της Κρήτης. Η αναλογία των ποσοστών δεν μεταβάλλεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της επταετίας οπότε κρίνεται πως τα στοιχεία για το έτος 2007 είναι αντιπροσωπευτικά της επταετίας.

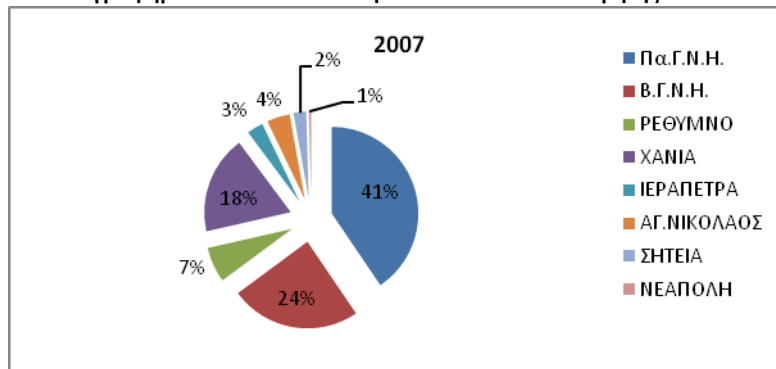
Κυκλικό γράφημα 4. 1 Ποσοστό αναπτυγμένων κλινών συνόλου Κρήτης 2007



Κυκλικό γράφημα 4. 2 Ποσοστό ημερών νοσηλείας συνόλου Κρήτης 2007

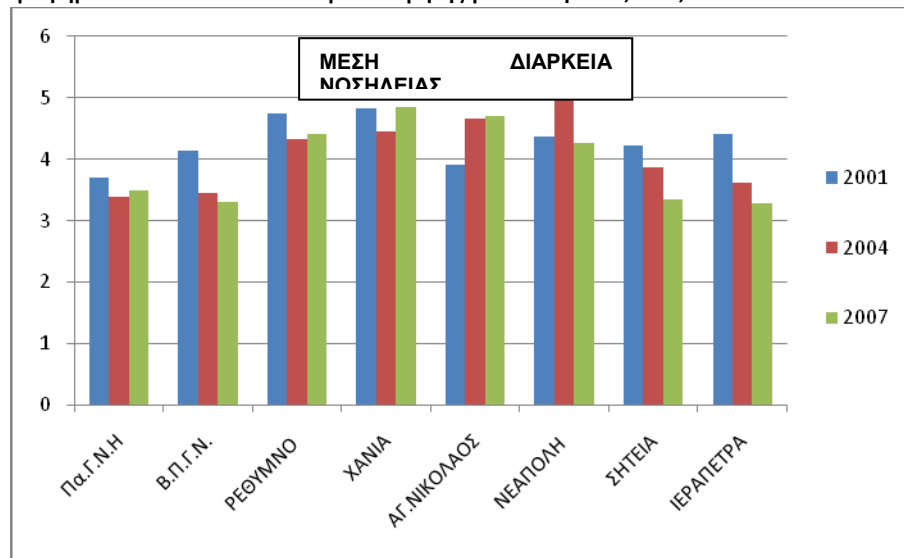


Κυκλικό γράφημα 4. 3 Ποσοστό νοσηλευθέντων συνόλου Κρήτης 2007



Λαμβάνοντας υπόψη μας την δύναμη σε υποδομή (κλίνες) και την νοσηλευτική κίνηση σε ποσοστά του συνόλου ανά νοσοκομείο μπορούμε να συγκρίνουμε τους λειτουργικούς δείκτες των νοσοκομείων, αρχίζοντας από τη μέση διάρκεια νοσηλείας.

Γράφημα 4. 111 Μ.Δ.Ν. Νοσοκομείων Κρήτης για τα έτη 2001,2004,2007



Το 2001 τη μεγαλύτερη Μ.Δ.Ν. από τα μεγάλα νοσοκομεία έχει το νοσοκομείο Χανίων (4,8) και την μικρότερη το Πα.Γ.Ν.Η. (3,7), ενώ από τα μεσαία τη μικρότερη το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (3,9) και από τα μικρά τη μεγαλύτερη το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας (4,4) και τη μικρότερη το νοσοκομείο-κέντρο υγείας Σητείας (4,2)

Το 2004 πρώτο από τα τριτοβάθμια έρχεται το νοσοκομείο Χανίων (4,4) και τελευταίο το Πα.Γ.Ν.Η. (3,38), ενώ από τα μεσαία μεγαλύτερη έχει το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (4,6) και από τα μικρά μεγαλύτερη έχει το νοσοκομείο – Κ.Υ. Νεάπολης (5,2) και αυτό με την μικρότερη Μ.Δ.Ν. είναι της Ιεράπετρας (3,6).

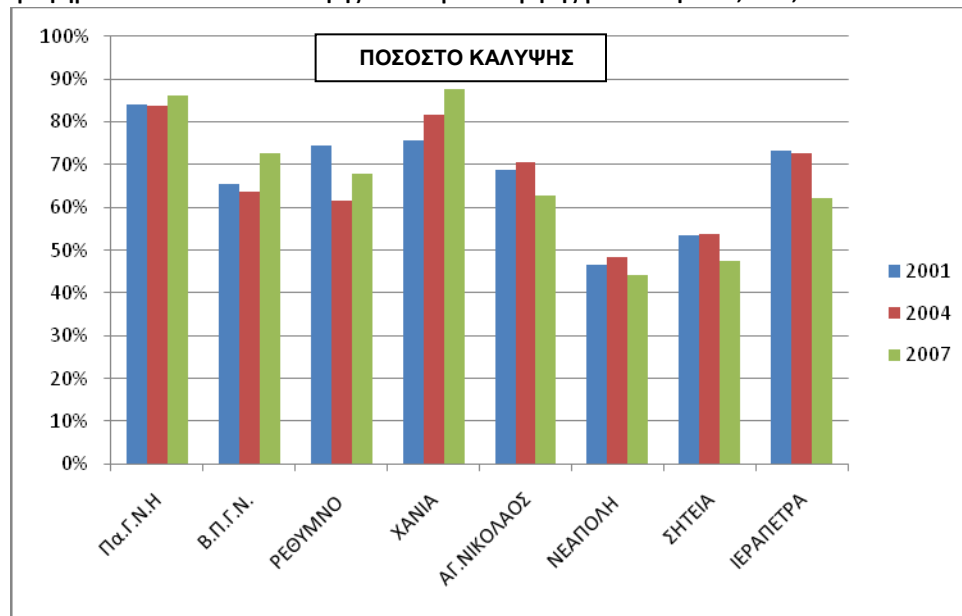
Το 2007 την μεγαλύτερη Μ.Δ.Ν. από τα μεγάλα νοσοκομεία εμφανίζει το νοσοκομείο Χανίων (4,8) και την μικρότερη το Βενιζέλειο (3,3), ενώ στα μεσαία τη μεγαλύτερη το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (4,7) και τη μικρότερη του Ρεθύμνου (4,4) και από τα μικρά τη μικρότερη το νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας (3,3).

Η μείωση της Μ.Δ.Ν. είναι αποτέλεσμα της μείωσης των ημερών νοσηλείας, στην περίπτωση του πληθυσμού βαρέων περιστατικών σημαίνει αποτελεσματικότητα της δομής και του οργανισμού στην έννοια της οργανωτικής συμπεριφοράς.

Κατά συνέπεια τα νοσοκομεία με χαμηλή Μ.Δ.Ν. όπως το Πα.Γ.Ν.Η και το Βενιζέλειο με υψηλό ποσοστό βαρέων περιστατικών αλλά και τα νοσοκομεία της Ιεράπετρας και της Σητείας που μείωσαν την Μ.Δ.Ν. παρόλη την αύξηση των νοσηλευθέντων χαρακτηρίζονται πιο αποδοτικά από τα υπόλοιπα, , όσον αφορά τη ΜΔΝ.

Συνεχίζουμε με το επόμενο δείκτη λειτουργικής αποδοτικότητας, το ποσοστό κάλυψης.

Γράφημα 4. 112 Ποσοστό Κάλυψης νοσοκομείων Κρήτης για τα έτη 2001,2004,2007



Το 2001 από τα μεγάλα το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης το είχε το Πα.Γ.Ν.Η. (84%) και το μικρότερο το νοσοκομείο Βενιζέλειο (65%), ενώ από τα μεσαία το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης το νοσοκομείο Ρεθύμνου (74%) και από τα μικρά το νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας 73%.

Το 2004 από τα μεσαία νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης συνεχίζει να το έχει το Πα.Γ.Ν.Η (83%) και το μικρότερο το Βενιζέλειο (63%), ενώ από τα μεσαία το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης το νοσοκομείο Ιεράπετρας 73% και από τα μικρά το νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας 72%.

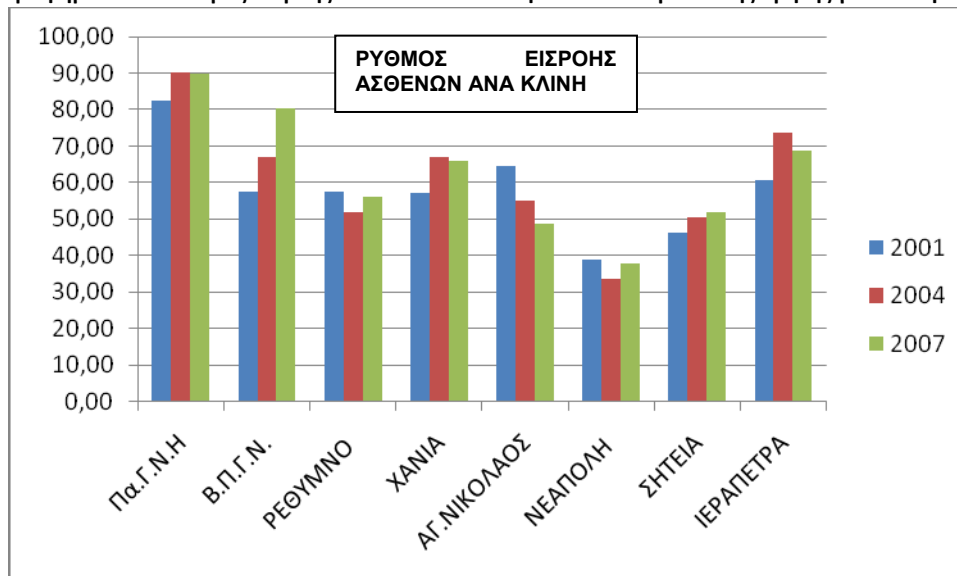
Το 2007 από τα μεγάλα νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης το είχε το νοσοκομείο Χανίων (88%) και το μικρότερο το Βενιζέλειο 73%, ενώ από τα μεσαία το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης το νοσοκομείο Ρεθύμνου (74%) και από τα μικρά το νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας (62%).

Κατά συνέπεια από τα μεγάλα νοσοκομεία το πιο αποδοτικό λόγω μεγαλύτερης χρησιμοποίησης των αναπτυγμένων κλινών του είναι το Πα.Γ.Ν.Η και μετά των Χανίων.

Από τα μεσαία το πιο αποδοτικό φαίνεται του Ρεθύμνου και από τα μικρά το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας.

Ο επόμενος δείκτης σύγκρισης λειτουργικότητας είναι «ο μέσος ετήσιος ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη».

Γράφημα 4. 113 Ρυθμός Εισροής Ασθενών ανά κλίνη των νοσοκομείων της Κρήτης για τα έτη 2001,2004,2007



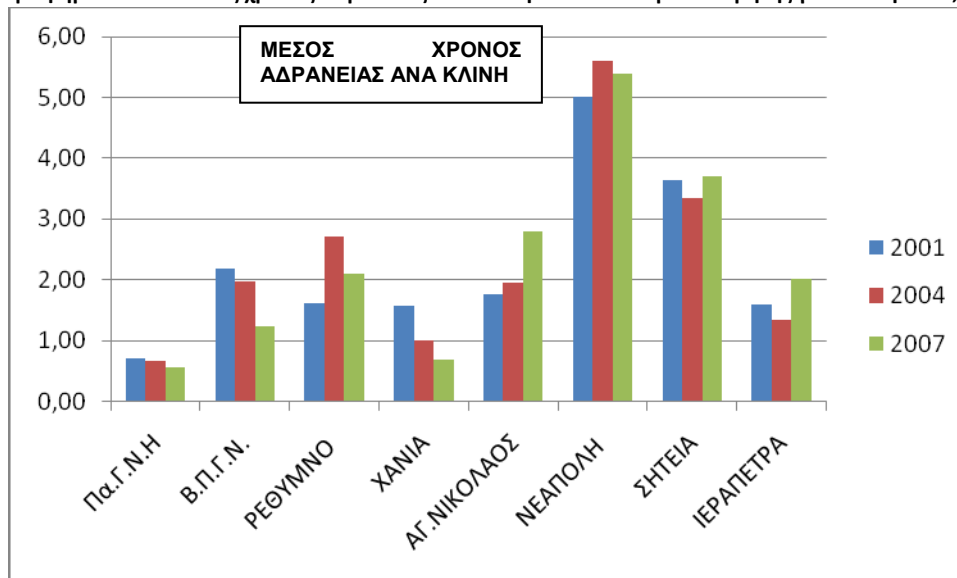
Το 2001 από τα μεγάλα νοσοκομεία το μεγαλύτερο ρυθμό εισροής ασθενών έχει το Πα.Γ.Ν.Η. (82,5) και την μικρότερη το Βενιζέλειο (57,6), ενώ από τα μεσαία το μεγαλύτερο έχει το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (64,5) και από τα μικρά το νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας 60,6.

Το 2004 πρώτο είναι το Πα.Γ.Ν.Η., εμφανίζει 90,1 ρυθμό εισροής ασθενών και τα νοσοκομεία Χανίων και Βενιζέλειο ισοβαθμούν (67,1). Από τα μεσαία το μεγαλύτερο ρυθμό εισροής το εμφανίζει το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (55,1) και από τα μικρά το νοσοκομείο - Κ.Υ. Ιεράπετρας (73,6).

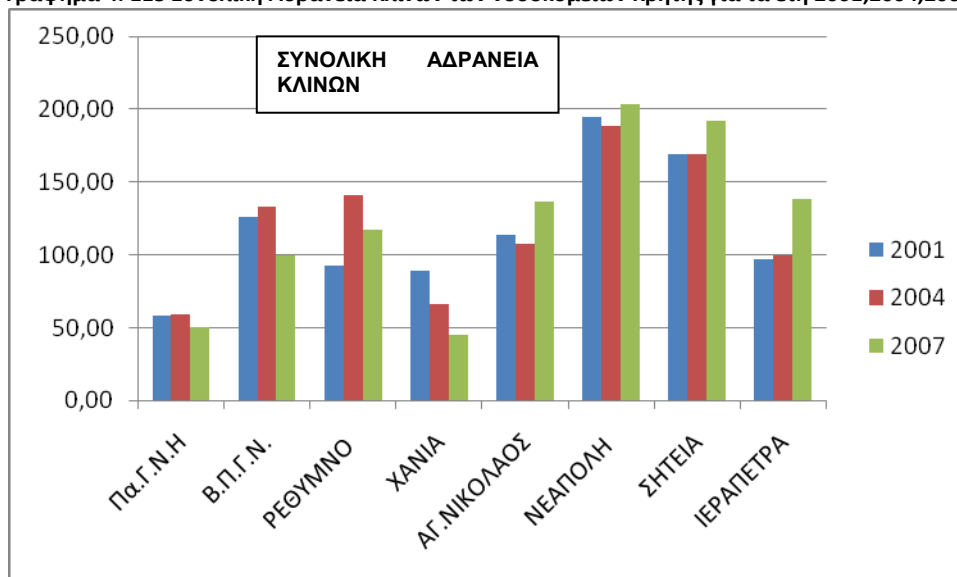
Το 2007 μεγάλο νοσοκομείο με το μεγαλύτερο ρυθμό εισροής ασθενών είναι το Πα.Γ.Ν.Η (89,8) και αυτό με την μικρότερη είναι το νοσοκομείων Χανίων (65,9), ενώ από τα μεσαία νοσοκομεία το μεγαλύτερο ρυθμό εισροής ασθενών τον έχει το νοσοκομείο Ρεθύμνου (56,1) και το μικρότερο το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας (68,8) Συμπερασματικά από τα μεγάλα νοσοκομεία το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου είναι περισσότερο αποδοτικό ως προς την αξιοποίηση της νοσοκομειακής υποδομής και από τα μεσαία πιο αποδοτικό φαίνεται του Αγ.Νικολάου και από τα μικρά πιο αποδοτικό στο σύνολο της επταετίας φαίνεται το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας.

Στη συνέχεια ο δείκτης «μέσος χρόνος αδράνειας ανά κλίνη» εκφραζόμενος σε μέρες δείχνει τον χρόνο που μένει κενή μια κλίνη από τον προηγούμενο ασθενή μέχρι τον επόμενο. Είναι χρήσιμο να μελετηθεί μαζί και ο δείκτης «συνολικής ετήσιας αδράνειας κλινών».

Γράφημα 4. 114 Μέσος χρόνος αδράνειας ανά κλίνη των νοσοκομείων Κρήτης για τα έτη 2001,2004,2007



Γράφημα 4. 115 Συνολική Αδράνεια Κλινών των νοσοκομείων Κρήτης για τα έτη 2001,2004,2007



Το 2001 το μεγάλο νοσοκομείο με μεγαλύτερο χρόνο αδράνειας ήταν το Βενιζέλειο νοσοκομείο με 2,2 ημέρες και συνολική ετήσια αδράνεια 126,1 ημέρες. Αυτό με την μικρότερη και προτιμητέα ήταν το Πα.Γ.Ν.Η. (0,71) και 58,5 ημέρες συνολικής αδράνειας. Από τα μεσαία την μικρότερη τιμή μέσου χρόνου αδράνειας την έχει το νοσοκομείο Ρεθύμνου (1,61) και 92,7 ημέρες συνολικής αδράνειας με όχι σημαντική διαφορά από το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (1,76 μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης- 113,4 ημέρες συνολική αδράνεια έτους). Από τα μικρά την μεγαλύτερη τιμή την παρουσιάζει το νοσοκομείο-Κ.Υ.Νεάπολης με 5 ημέρες μέσο χρόνο αδράνεια κλίνης και 195 ημέρες ετήσια αδράνεια και την μικρότερη το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 1,35 και ετήσια αδράνεια 99,3 ημέρες.

Το 2004 το μεγαλύτερο χρόνο αδράνειας σε μεγάλο νοσοκομείο παρουσιάζει το Βενιζέλειο με 2 ημέρες και συνολική ετήσια αδράνεια 133 ημέρες, ενώ την μικρότερη το Πα.Γ.Ν.Η. με 0,66 δηλαδή 16 ώρες μέσος χρόνος αδράνειας και συνολική ετήσια αδράνεια 60 ημέρες. Από τα μεσαία νοσοκομεία το μικρότερο χρόνο αδράνειας έχει το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου (1,95) και συνολικές ημέρες αδράνειας 107,7. Στην κατηγορία των μικρών το μεγαλύτερο χρόνο αδράνειας έχει το νοσοκομείο-Κ.Υ. Νεάπολης 5,60 ημέρες και ετήσια αδράνεια 189 ημέρες, ενώ την μικρότερη μέσο χρόνο αδράνειας το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 1,35 ημέρες και ετήσια αδράνεια 99 ημέρες.

Το 2007 εξακολουθεί το Βενιζέλειο νοσοκομείο να κατέχει το μεγαλύτερο μέσο χρόνο αδράνειας (1,24 ημέρες) και συνολική ετήσια αδράνεια 99,4 ημέρες, ενώ το μικρότερο τον έχει το νοσοκομείο Χανίων 0,69 = 16,5 ώρες και συνολική ετήσια αδράνεια κλινών 45,5 ημέρες. Από τα μεσαία το νοσοκομείο Ρεθύμνου έχει μικρότερη ετήσια αδράνεια 117 και με μέσο χρόνο αδράνειας (2,1). Στην κατηγορία των μικρών το μεγαλύτερο χρόνο αδράνειας έχει το νοσοκομείο-Κ.Υ. Νεάπολης 5,39 ημέρες και ετήσια αδράνεια 204 ημέρες, ενώ την μικρότερο μέσο χρόνο αδράνειας το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 2 ημέρες και ετήσια αδράνεια 139 ημέρες.

Συμπερασματικά από τα μεγάλα νοσοκομεία τον υψηλότερο χρόνο αδρανείας τον έχει το Βενιζέλειο Νοσοκομείο αλλά βελτιώνεται μέσα στην επταετία ενώ τον μικρότερο τον έχει το Νοσοκομείο Πα.Γ.Ν.Η. με το νοσοκομείο Χανίων να το διαδέχεται το 2007 με καλύτερο χρόνο αδράνειας και άρα αποδοτική χρησιμοποίηση των κλινών, σχετικά με αυτό. Από τα μεσαία νοσοκομεία με μικρή διαφορά πιο αποδοτικό ενδέχεται να είναι το νοσοκομείο Ρεθύμνου.

Όσον αφορά τα μικρά πιο αποδοτικό στη χρησιμοποίηση των κλινών φαίνεται να είναι το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας ενώ το λιγότερο αποδοτικό φαίνεται το νοσοκομείο-Κ.Υ. Νεάπολης με σημαντική διαφορά.

Θεωρητικά το παραπάνω συμπέρασμα ισχύει για το γενικότερο συμπέρασμα της λειτουργικής αποδοτικότητας καθώς ο τελευταίος δείκτης ετήσιας αδράνειας περιλαμβάνει όλους τους παραπάνω δείκτες.

Συνεπώς πρώτο σε λειτουργική αποδοτικότητα είναι το Πα.Γ.Ν.Η., δεύτερο το Ν.Χανίων και με μεγάλη διαφορά τρίτο είναι το Ν.Βενιζέλειο. Από τα μεσαία πρώτο είναι το Ν.Αγ.Νικολάου και δεύτερο το Ν.Ρεθύμνου. Από τα μικρά μεγαλύτερη λειτουργική αποδοτικότητα της αναλυθείσας μορφής έχει το Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας, δεύτερο το Ν.-Κ.Υ.Σητείας και τελευταίο το Ν.-Κ.Υ.Νεάπολης.

.Πίνακας 4.4 2 Ετήσια Αδράνεια κλινών νοσοκομείων Κρήτης από το 2001 έως το 2007 (σε ημέρες)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	M.O.
Πα.Γ.Ν.Η	58,54	52,31	58,41	59,58	59,19	50,82	50,49	55,62
Β.Π.Γ.Ν.	126,15	128,34	119,14	132,84	127,94	132,75	99,47	123,80
Ν.ΧΑΝΙΩΝ	89,22	53,15	31,64	66,67	54,34	52,59	45,50	56,16
Ν.ΡΕΘΥΜΝΟΥ	92,75	151,18	146,81	140,63	150,36	143,00	117,49	134,60
Ν.ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	113,47	118,68	96,04	107,70	125,66	127,90	136,39	117,98
Ν.-Κ.Υ.ΝΕΑΠΟΛΗΣ	194,85	172,40	227,00	188,60	213,55	234,00	203,85	204,89
Ν.-Κ.Υ.ΣΗΤΕΙΑΣ	169,28	131,20	117,48	169,23	169,89	177,11	191,95	160,88
Ν.-Κ.Υ.ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	97,14	96,04	71,81	99,32	126,77	130,51	138,58	108,60

Με κόκκινα γράμματα είναι η χαμηλότερη τιμή του έτους στα μεγάλα νοσοκομεία, με πράσινο για τα μεσαία και με μπλε για τα μικρά.

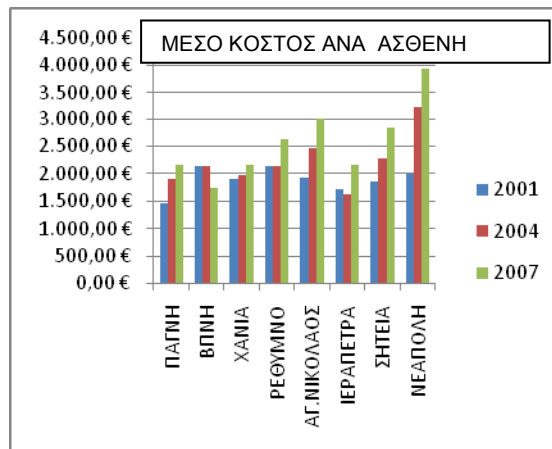
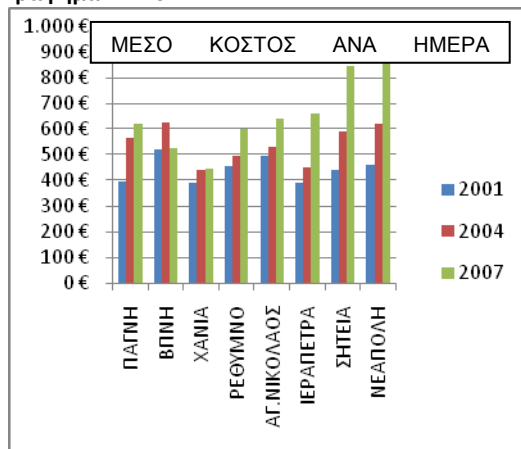
Τα παραπάνω αποτελέσματα του δείκτη «ετήσια αδράνεια κλινών» σε συνδυασμό με τα ποσοστά σε κλίνες, ημέρες νοσηλείας, νοσηλευθέντες (γραφήματα-πίτες) καταλήγουν στο πόρισμα πως η λειτουργική αποδοτικότητα δεν είναι ανάλογη αυτών των ποσοστών.

4.4.2. Οικονομικοί Δείκτες

Ο οικονομικός απολογισμός των νοσοκομείων χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: έξοδα και έσοδα και η σύγκριση αυτών των δύο κατηγοριών μας δείχνει κατά πόσο είναι αποδοτική η διαχείριση του νοσοκομείου. Η κατηγορία των εξόδων (συνολικό κόστος λειτουργίας) περιλαμβάνει το λειτουργικά έξοδα και την μισθοδοσία (από τον προϋπολογισμό του κράτους), ενώ των εσόδων περιλαμβάνει τα «ίδια βεβαιωθέντα έσοδα», τα «ίδια μη βεβαιωθέντα έσοδα» και τα «έσοδα από επιχορηγήσεις».

Ξεκινώντας από το δείκτη «συνολικό κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων ανά ημέρα νοσηλείας» σχηματίζεται στο γράφημα 4.116.

Γράφημα 4. 116



Γράφημα 4. 117

Το 2001 από τα τριτοβάθμια νοσοκομεία τον μεγαλύτερο δείκτη «μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας» τον έχει το νοσοκομείο Βενιζέλειο 518 € κόστος νοσηλείας ανά ημέρα και το μικρότερο δείκτη τον έχει το νοσοκομείο Χανίων 392 €. Από τα μεσαία το μεγαλύτερο τον έχει το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου 496 € και το μικρότερο τον εμφανίζει το νοσοκομείο Ρεθύμνου. Από τα μικρά το μικρότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας το έχει το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 451,7 €.

Το 2004 από τα μεγάλα νοσοκομεία τον μεγαλύτερο δείκτη τον έχει το νοσοκομείο Βενιζέλειο 621€ και το μικρότερο δείκτη τον έχει το νοσοκομείο Χανίων 442€. Από τα μεσαία τον μικρότερο και πιο αποδοτικό τον εμφανίζει το νοσοκομείο Ρεθύμνου 495 €. Και από τα μικρά το μικρότερο δείκτη τον εμφανίζει το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 451 €.

Το 2007 από τα μεγάλα νοσοκομεία τον μεγαλύτερο δείκτη τον έχει το νοσοκομείο Πα.Γ.Ν.Η. 618€ και τον μικρότερο δείκτη τον έχει το νοσοκομείο Χανίων 446€. Από τα μεσαία τον μικρότερο δείκτη τον έχει το νοσοκομείο Ρεθύμνου 597€/ημέρα νοσηλείας και από τα μικρά τον έχει νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 660,3 €.

Για τον δείκτη «μέσο κόστος ανά ασθενή» το 2001 από τα μεγάλα νοσοκομεία την μεγαλύτερη τιμή την παρουσιάζει το Βενιζέλειο νοσοκομείο 2.147 € και την μικρότερη το Πα.Γ.Ν.Η. 1.462€. Από τα μεσαία νοσοκομεία αυτό με το μικρότερο μέσο κόστος ανά ασθενή ήταν το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου 1933 € ενώ από τα μικρά νοσοκομεία αυτό με την μικρότερη ήταν το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 1.716€.

Το 2004 από τα μεγάλα νοσοκομεία την μεγαλύτερη τιμή την παρουσιάζει το Βενιζέλειο νοσοκομείο 2.148€ και την μικρότερη το Πα.Γ.Ν.Η. 1.911€. Από τα

μεσαία τον μικρότερο δείκτη τον εμφανίζει το νοσοκομείο Ρεθύμνου 2.147 € και από τα μικρά τον μικρότερο το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 1.630€.

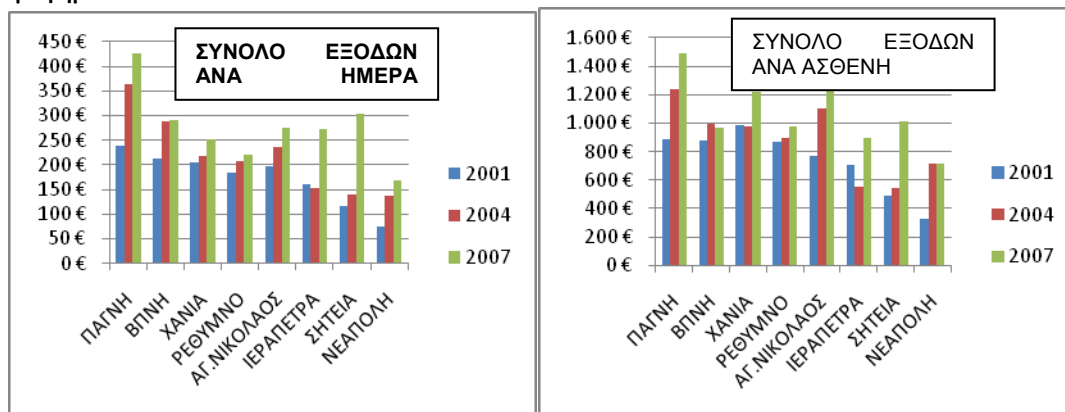
Το 2007 από τα μεγάλα νοσοκομεία την μεγαλύτερη τιμή την παρουσιάζει το Πα.Γ.Ν.Η. 2.163€ και την μικρότερη το Βενιζέλειο νοσοκομείο 1.732 €. Από τα μεσαία τον μικρότερο δείκτη τον εμφανίζει το νοσοκομείο Ρεθύμνου 2.630 € και από τα μικρά τον μικρότερο το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας 2.172€.

Συμπερασματικά όσον αφορά τον δείκτη μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας πιο αποδοτικό φαίνεται από τα τρία μεγάλα νοσοκομεία να είναι το νοσοκομείο Χανίων ενώ όσον αφορά τον δείκτη κόστος ανά ασθενή πιο αποδοτικό από τα τρία είναι το Πα.Γ.Ν.Η. αλλά με μικρές διαφορές από το νοσοκομείο Χανίων. Συνεπώς αυτό των Χανίων λειτουργεί πιο αποδοτικά όσον αφορά την διαχείριση των εξόδων του.

Από τα μεσαία το πιο αποδοτικό φαίνεται το νοσοκομείο Ρεθύμνου. Από τα μικρά νοσοκομεία είναι ξεκάθαρο ότι το πιο αποδοτικό σε όλους τους δείκτες είναι το νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας. Επίσης είναι σημαντικό να επισημανθούν τα λιγότερο αποδοτικά αποτελέσματα για το νοσοκομείο-Κ.Υ.Νεάπολης με συνεχή επιδείνωση τους.

Ο επόμενος δείκτης «σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας/ασθενή :

Γράφημα 4. 118



Γράφημα 4. 119

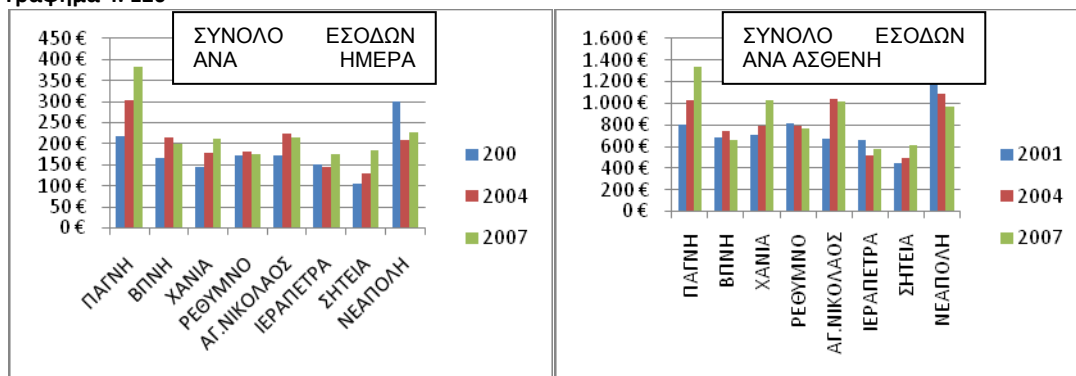
Και για τα τρία χρονικά σημεία αναφοράς (2001,2004,2007) από το γράφημα 4.118 του δείκτη «σύνολο εξόδων ανά ημέρα νοσηλείας» διαπιστώνεται ότι το νοσοκομείο Χανίων αποδίδει περισσότερο, δηλαδή κάνει καλύτερη οικονομική διαχείριση ενώ το Πα.Γ.Ν.Η. την λιγότερο αποδοτική. Το τελευταίο έρχεται σε αντίθεση με τον προηγούμενο δείκτη μέσου κόστους λειτουργίας καθώς έδειχνε το Πα.Γ.Ν.Η. ήταν πιο αποδοτικό από το Βενιζέλειο νοσοκομείο, λόγω της χαμηλότερης μισθοδοσίας ανά ημέρα νοσηλείας. Ενώ για τον δείκτη «σύνολο εξόδων ανά ασθενή» το πιο αποδοτικό νοσοκομείο θεωρείται το Βενιζέλειο νοσοκομείο με μικρή διαφορά από

των Χανίων τα έτη 2001,2004 γιατί το έτος 2007 το Βενιζέλειο νοσοκομείο υπερिशχθεί αρκετά λόγω μεγάλης αύξησης των νοσηλευθέντων του.

Από τα μεσαία νοσοκομεία τον μεγαλύτερο δείκτη από τα γραφήματα 4.118, 4.119 τον έχει το νοσοκομείο Αγ.Νικολάου. Από τα μικρά νοσοκομεία αυτό με τα λιγότερα έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ασθενή φαίνεται να είναι το νοσοκομείο-Κ.Υ. Νεάπολης για όλα τα χρονικά σημεία αναφοράς, η διαφοροποίηση αποδοτικότητας από το δείκτη συνολικό κόστος λειτουργίας ανα ημέρα νοσηλείας/ασθενή αποδίδεται στην αιτιολογία ότι το κόστος μισθοδοσίας είναι κατά αναλογία μεγαλύτερο από το κόστος των δαπανών λειτουργίας. Αυτό το φαινόμενο συμβαίνει σε όλα τα μικρά νοσοκομεία της Περιφέρειας Κρήτης (βλ.πίνακες «συνολικό κόστος λειτουργίας» κάθε νοσοκομείου στο παράρτημα).

Ο επόμενος δείκτης αφορά την σχέση εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ασθενή.

Γράφημα 4. 120



Γράφημα 4. 121

Πίνακας 4. 43 Αναλογία εσόδων / εξόδων νοσοκομείων Κρήτης για τα έτη 2001,2004,2007

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΣΟΔΩΝ / ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ			
	2001	2004	2007
ΠΑΓΝΗ	0,907008	0,827027	0,897724
ΒΠΝΗ	0,780276	0,746214	0,682697
ΧΑΝΙΑ	0,713855	0,81524	0,840346
ΡΕΘΥΜΝΟ	0,939557	0,878102	0,791804
ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΣ	0,875497	0,771916	0,637836
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	0,934772	0,944347	0,64307
ΣΗΤΕΙΑ	0,900847	0,914815	0,608337
ΝΕΑΠΟΛΗ	4,013905	1,517391	1,353557
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΣΟΔΩΝ / ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ			
	2001	2004	2007
ΠΑΓΝΗ	0,91 €	0,83 €	0,90 €
ΒΠΝΗ	0,78 €	0,75 €	0,68 €
ΧΑΝΙΑ	0,71 €	0,82 €	0,84 €
ΡΕΘΥΜΝΟ	0,94 €	0,88 €	0,79 €
ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΣ	0,88 €	0,95 €	0,79 €
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	0,93 €	0,94 €	0,64 €
ΣΗΤΕΙΑ	0,90 €	0,91 €	0,61 €
ΝΕΑΠΟΛΗ	4,01 €	1,52 €	1,35 €

Και για τα τρία χρονικά σημεία αναφοράς (2001,2004,2007) από το γράφημα 4.120 του πρώτου δείκτη «σύνολο εσόδων ανά ημέρα νοσηλείας» για τα μεγάλα νοσοκομεία είναι εμφανές ότι το Πα.Γ.Ν.Η. είναι πιο αποδοτικό αφού αναλογούν για κάθε ημέρα νοσηλείας και για κάθε ασθενή περισσότερα έσοδα. Στα μεσαία νοσοκομεία πιο αποδοτικό φαίνεται το νοσοκομείο Ρεθύμνου. Στα μικρά νοσοκομεία αυτό με τον μεγαλύτερο δείκτη είναι το νοσοκομείο-Κ.Υ. Νεάπολης χωρίς να σημαίνει πως είναι αποδοτικό αφού έχει πολύ μικρό αριθμό νοσηλευθέντων. Την αποδοτική διαχείριση των νοσοκομείων όμως θα την δούμε από την αναλογία εσόδων εξόδων, δηλαδή κατά πόσο τα έσοδα του κάθε νοσοκομείου καλύπτουν τα έξοδα του εκτός της μισθοδοσίας η οποία παρέχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Όσο πιο κοντά είναι στην μονάδα (1) είναι η αναλογία (πίνακας 4.43) τόσο πιο αποδοτική φαίνεται να είναι η διαχείριση εσόδων-εξόδων του νοσοκομείου. Όταν ξεπερνάει την μονάδα και ιδίως κατά πολύ όπως στην περίπτωση του νοσοκομείου-Κ.Υ. Νεάπολης σημαίνει πως υπήρχαν ανεκμετάλλετοι πόροι, εξοπλισμός και υποδομές που δεν χρησιμοποιούταν και ανθρώπινο προσωπικό μη παραγωγικό, οπότε έχουμε χαμηλή αποδοτική διαχείριση.

Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα

5.1. Συμπεράσματα ανάλυσης αποτελεσμάτων έρευνας

Στο **πρώτο κεφάλαιο**, εισαγωγή, θέσαμε τον σκοπό της μελέτης που είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας των 8 δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Κρήτης με τη χρήση δεικτών αξιολόγησης που εκτιμούν την αποδοτικότητα τους. Η αξιολόγηση αφορά τη νοσηλευτική κίνηση, δηλαδή την λειτουργικότητα του νοσοκομείου και την οικονομική αποδοτικότητα του.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** συνδέεται ο σκοπός της μελέτης με τις βιβλιογραφικές αναφορές για την αξιολόγηση. Η διαδικασία της αξιολόγηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας γιατί εντοπίζει τυχόν αδυναμίες, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικής διαχείρισης προς όφελος της υγείας του πληθυσμού ευθύνης του. Μια από τις έννοιες που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε μια υπηρεσία υγείας είναι η αποδοτικότητα της, δηλαδή η σχέση μεταξύ εισροών και εκροών δηλώνοντας με ποιους χρησιμοποιούμενους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα. Το μέτρο της αποδοτικότητας του κάθε νοσοκομείου υπολογίστηκε από την επεξεργασία ποσοτικών στοιχείων σε μικρο επίπεδο νοσοκομείου με τη χρήση δεικτών. Για την αποδοτικότητα της νοσηλευτικής κίνησης χρησιμοποιούνται λειτουργικοί δείκτες και για την αποδοτικότητα της οικονομικής διαχείρισης οικονομικοί δείκτες, στα πλαίσια της πρώτης μορφής οικονομικής αξιολόγησης, της ανάλυσης κόστους, το οποίο κόστος αφορά τις πληρωμές του νοσοκομείου.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** αναλύθηκε η προσέγγιση της μεθοδολογίας που επιλέχθηκε για να διεκπεραιωθεί η πραγματοποίηση αυτής της μελέτης, η οποία είναι η ανάλυση ποσοτικών δεδομένων σε χρονολογικές ταξινομήσεις επτά ετών. Στη συνέχεια αναλύθηκε δημογραφικά ο πληθυσμός της Κρήτης για να καθορίσουμε εναλλακτικά το πληθυσμό αναφοράς του δείγματος μας που ήταν τα 8 δημόσια νοσοκομεία. Κατόπιν, γίνεται παρουσίαση αυτών των νοσοκομείων ώστε να προσδιορισθεί η δυναμικότητα τους στο χώρο της υγείας. Ακολουθεί η ανάλυση και η σύγκριση με την κατάλληλη επιλογή δεικτών, δηλαδή σχηματοποιούνται τα εργαλεία μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος και της αποδοτικότητας του. Η σύγκριση γίνεται μεταξύ όμοιων δεικτών των νοσοκομείων ανά έτος της επταετίας και ανά νοσοκομείο

με σημεία αναφοράς τρία έτη (2001,2004,2007). Η σύγκριση, επίσης, γίνεται με σημεία αναφοράς ορισμένα εξωτερικά ως πρότυπα, όπως αποτελέσματα άλλης μελέτης.

Έγινε συγκριτική προσέγγιση δεικτών, ενδεικτικά για το έτος 2007, όσον αφορά την λειτουργία του κάθε νοσοκομείου. Το **ποσοστό κάλυψης** είναι ένας δείκτης που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την επάρκεια του εξοπλισμού και των νοσοκομειακών δομών να διαχειριστούν περιστατικά που θα προκύψουν. Στα νοσοκομεία της Κρήτης αυτό επιβεβαιώνεται γιατί έχουμε μεγαλύτερη πληρότητα στα μεγάλα νοσοκομεία και μικρότερη στα μεσαία και τα μικρά. Η **M.Δ.N.** παρουσιάζεται χαμηλή στα μεγάλα νοσοκομεία (401+ κλίνες) σε σχέση με τα μεσαία (250- 400 κλίνες) και τα μικρά (0-100 κλίνες) σε αντίθεση με το συμπέρασμα της μελέτης του Ν.Πολύζου (1999) ότι η **M.Δ.N.** έχει θετική συσχέτιση με το μέγεθος του νοσοκομείου. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στους εξής λόγους : καλή οργανωτική διάρθρωση με αποτελεσματικότητα στη νοσηλεία, διαπεριφερειακές ροές βαρέων περιστατικών προς νοσοκομεία της Αθήνας και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών.

Στην συνέχεια έγινε καταγραφή του οικονομικού απολογισμού για το ίδιο έτος (2007) ανά νοσοκομείο, η εκτίμηση του ελλείμματος τους και των αιτιών αυτού.

Η πιο αναλυτική εκτίμηση ήταν αυτή της **παραγωγικότητας** (ως μέτρο αποδοτικότητας του σημαντικότερου παραγωγικού συντελεστή, δηλ. της εργασίας) των γιατρών και των νοσηλευτών εκφρασμένη σε δείκτες «νοσηλευθέντες ανά γιατρό/νοσηλευτικό προσωπικό» και «ημέρες νοσηλείας ανά γιατρό/νοσηλευτικό προσωπικό» για το έτος 2007. Τα αποτελέσματα για το ιατρικό προσωπικό έδειξαν να είναι μικρότερα σε σχέση με τα αποτελέσματα του 1995 σε αντίστοιχη μελέτη του Ν.Πολύζου (1999). Τα μεγάλα νοσοκομεία παρουσίασαν μεγαλύτερη παραγωγικότητα από τα υπόλοιπα και στην περίπτωση που τα μεσαία ή μικρά νοσοκομεία παρουσίαζαν μεγαλύτερη παραγωγικότητα, δεν θεωρείται ενδεικτικό αποτέλεσμα καθώς τα περιστατικά δεν είναι της ίδιας βαρύτητας. Για το νοσηλευτικό προσωπικό τα αποτελέσματα είναι ανάλογα. Επίσης ένας από τους βασικούς λειτουργικούς δείκτες είναι η αναλογία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους από τον πληθυσμό αναφοράς του νομού που υπάγεται το νοσοκομείο. Από τα αποτελέσματα φαίνεται η μεγαλύτερη αναλογία στο νομό Λασιθίου, αφού υπάρχουν τέσσερα γενικά νοσοκομεία για το μικρότερο σύνολο πληθυσμού από τους τέσσερις νομούς της Κρήτης.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** γίνεται η αξιολόγηση των δεικτών λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας διαχρονικά για τα επτά έτη 2001-2007 για όλα τα

νοσοκομεία και στη συνέχεια σύγκριση των δεικτών μεταξύ των νοσοκομείων με χρονικά σημεία αναφοράς σύγκρισης τα έτη 2001, 2004 και 2007. Τα νοσοκομεία χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες ανάλογα το μέγεθος τους (αριθμός κλινών) σε μεγάλα (Ηράκλειο, Χανιά), σε μεσαία (Ρέθυμνο, Αγ.Νικόλαος) και σε μικρά νοσοκομεία (Σητεία, Ιεράπετρα, Νεάπολη).

Όσον αφορά την νοσηλευτική κίνηση οι λειτουργικοί δείκτες δείχνουν τα μεγαλύτερα νοσοκομεία ως πιο αποδοτικά από τα αντίστοιχα μικρότερου μεγέθους. Τα μεγαλύτερα νοσοκομεία φαίνεται να έχουν υψηλότερο ποσοστό κάλυψης (65%-87%) και χαμηλότερη Μ.Δ.Ν. από (3,3-4,1) με εξαίρεση στο νοσοκομείο Χανίων που κυμαίνεται από 4,8 μέχρι 5,2, ο μέσος όρος Κρήτης και για τα επτά έτη και για τα 8 νοσοκομεία είναι 4 ημέρες μέση διάρκεια νοσηλείας. Επίσης έχουν μεγαλύτερους ρυθμούς εισροής ασθενών (57-92 ασθενείς ανά κλίνη) με μέσο όρο Κρήτης για την επταετία 61,05 ασθενείς ανά κλίνη και μικρότερο χρόνο αδράνειας (0,50 έως 2,19) με μέσο όρο Κρήτης για την επταετία 2,28 ημέρες αδράνειας κλινών. Σημαντικός δείκτης που περιλαμβάνει όλους τους προηγούμενους και δηλώνει κατά πόσο είναι αποδοτική η χρησιμοποίηση των κλινών του νοσοκομείου είναι «η ετήσια αδράνεια ανά κλίνη» και για τα μεγάλα νοσοκομεία κυμαίνεται από 31-132 ημέρες αδράνειας ετησίως. Το θετικό είναι πως για τα μεγάλα νοσοκομεία οι τιμές των δεικτών βελτιώνονται μέσα στην επταετία, χωρίς να μπορεί να ειπωθεί το ίδιο για τα μεσαία και μικρά που οι δείκτες μεταβάλλονται κατά περίπτωση. Το μέγεθος του νοσοκομείου ενδεχομένως να συσχετίζεται πιο πολύ με την αποδοτική λειτουργία.

Όσον αφορά την οικονομική αποδοτικότητα, προκύπτει από τη σύγκριση των δεικτών εξόδων και εσόδων ανά νοσοκομείο. Το συνολικό κόστος εξόδων όλων των νοσοκομείων αυξάνεται διαχρονικά και πιθανόν αποδίδεται στις περισσότερες περιπτώσεις στην αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων καθώς και στην αύξηση των τιμών των υλικών αγοράς και κατ' επέκταση στην αύξηση των δαπανών λειτουργίας. Αυτό ενισχύει τα (μεγάλα) ελλείμματα που δεν καλύπτονται και μειώνει την αποδοτικότητα τους διαχρονικά. Τα έξοδα ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ασθενή είναι ανάλογα του μεγέθους του κάθε νοσοκομείου όπως ήταν λογικό αφού ο αριθμός των νοσηλευθέντων που είναι ανάλογος της αύξησης των κλινών είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κόστους. Τα έσοδα σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία μειονεκτούν σε σχέση με τα έξοδα και ιδιαίτερα το 2007 στα μικρά νοσοκομεία καθώς και στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, ενώ στο νοσοκομείο – Κ.Υ.Νεάπολης τα αποτελέσματα δείχνουν την μικρότερη από όλα τα νοσοκομεία και ιδιαίτερα χαμηλή σαν γενική εικόνα αποδοτικής διαχείρισης, γεγονός που πιθανόν δηλώνει

ελλιπή εκμετάλλευση των χρηματικών πόρων. Συνοπτικά η οικονομική αποδοτικότητα δηλώνεται από την σχέση εξόδων/εσόδων και η σύγκριση έγινε μεταξύ νοσοκομείων ίδιας κατηγορίας. Οπότε από τα μεγάλα νοσοκομεία πιο μεγάλη είναι του Πα.Γ.Ν.Η., από τα μεσαία του νοσοκομείου Ρεθύμνου και από τα μικρά του νοσοκομείου-Κ.Υ. Ιεράπετρας.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στο συνολικό κόστος λειτουργίας του νοσοκομείου σημαντικό ρόλο εκτός από τα έξοδα παίζει η μισθοδοσία, η οποία αυξάνεται διαχρονικά καθώς ενισχύεται ο αριθμός του προσωπικού σε όλα τα νοσοκομεία. Επηρεάζει σημαντικά το κόστος αφού σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία η μισθοδοσία είναι το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου κόστους λειτουργίας (πάνω από το 50%) δηλώνοντας ότι τα νοσοκομεία είναι παραγωγικές μονάδες υψηλής έντασης εργασίας, χωρίς όμως να δίνουν ιδιαίτερη σημασία σ' αυτό και ιδιαίτερα τα μικρά νοσοκομεία που η μισθοδοσία ξεπερνά το 70% του συνολικού λειτουργικού κόστους.

Εν κατακλείδι ο κοινωνικός ρόλος των νοσοκομείων υπερτερεί και η αποδοτικότητα τους παραμένει χαμηλή ή πιθανόν λείπουν αποδοτικοί κανόνες λειτουργίας και εσωτερικού ελέγχου.

5.2. Δυσκολίες αντιμετώπισης μη αποδοτικής λειτουργίας των νοσοκομείων

Το ελληνικό σύστημα υγείας με βάση τη χρηματοδότηση του θεωρείται «μεικτό» σύστημα, διότι στηρίζεται τόσο στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης όσο και στο κράτος. Συγκεκριμένα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται από :

- Τον κρατικό προϋπολογισμό
- Τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης
- Την ιδιωτική ασφάλιση
- Τις ιδιωτικές δαπάνες

Οι δημόσιες δαπάνες αναλογούν στο 68% των συνολικών δαπανών και το υπόλοιπο 42% είναι οι ιδιωτικές.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μέσω κρατικού προϋπολογισμού έχει πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα που θα τα αναφέρουμε. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι έχει μικρό διοικητικό κόστος, αλλά κυρίως ότι οι ιατρο-νοσηλευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν λαμβάνουν υπόψη τους το κόστος των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και ταυτόχρονα δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού από τις παροχές, αφού πρόκειται περί λειτουργίας ενός συστήματος που εξυπηρετεί την παραγωγή ενός δημόσιου

αγαθού. Μειονεκτήματα του εν λόγω συστήματος είναι η έλλειψη πλήρους οικονομικής υπευθυνότητας, τόσο από την πλευρά του παραγωγού-προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά του καταναλωτή-ασθενή για τη ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών υγείας με αποτέλεσμα όταν υπερβαίνουν τους προϋπολογισμούς τους λαμβάνουν πρόσθετες επιχορηγήσεις ή συσσωρεύουν ελλείμματα. Οι οικονομικές ζημιές ή τα ελλείμματα μιας χρονιάς σε ένα νοσοκομείο δεν αφορούν μόνο έλλειψη καλού μάνατζμεντ, αλλά και την αστάθεια στη χρηματοδότηση που δημιουργεί αξεπέραστες δυσκολίες στο σχεδιασμό των υπηρεσιών.

Επίσης το δεύτερο μεγάλο κομμάτι της χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων που είναι η κοινωνική ασφάλιση σε περιόδους οικονομικής κρίσης και στασιμότητας, όπως αυτή που διανύουμε τώρα στην Ελλάδα, υποκαθίσταται από τον κρατικό προϋπολογισμό γιατί η οικονομία βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο ανταγωνιστικότητας και οι εργοδότες και εργαζόμενοι αδυνατούν να αυξήσουν τις εισφορές λόγω μεγάλης αύξησης του κόστους των προϊόντων που παράγουν.

Η χρηματοδότηση είναι βασικό συστατικό για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων και υπάρχει ανάγκη για σύγχρονα συστήματα χρηματοδότησης ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα περιφερειακών ανισοτήτων στην κατανομή των πόρων και υπηρεσιών, σε συνδυασμό με την ανάγκη αντιμετώπισης οργανωτικών και λειτουργικών αδυναμιών.

Η αναγκαιότητα αυτή διαμορφώνει τις τρεις αρχές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας:

- Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- Η αρχή της ισότητας στην χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη (Θεόδωρου, Σαρρής, Σούλης, 1996).

Σημαντικότερα προβλήματα των ελληνικών νοσοκομειακών ιδρυμάτων του ΕΣΥ είναι οι περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων και υπηρεσιών, οι μεγάλες λίστες αναμονής λόγω μεγάλης μέσης διάρκειας νοσηλείας των ήδη νοσηλευθέντων, η κακή λειτουργία των χειρουργείων, η έλλειψη για κίνητρα στους εργαζόμενους για αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το ανεπαρκές μάνατζμεντ και η έντονη εξάρτηση από τον κυβερνητικό μηχανισμό τόσο σε όρους συνεργασίας όσο και σε όρους οικονομικής υποστήριξης, η απουσία συστήματος ηλεκτρονικών υπολογιστών και χρηματοοικονομικού έλεγχου, η οποία οδηγεί σε μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία καλείται να καλύψει το κράτος (Τούντας και συν, 2002).

5.3. Προτάσεις αντιμετώπισης δυσκολιών συστήματος και προβλημάτων νοσοκομειακής λειτουργίας

5.3.1. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση του συστήματος υγείας (σε μακρο επίπεδο)

Η οργάνωση και ο έλεγχος του Ε.Σ.Υ. λειτουργεί κυρίως σε κεντρικό επίπεδο, μιας και η ανυπαρξία ρόλου περιφερειακών δομών αλλά και η ισχυρή παρουσία των νομαρχιακών και τοπικών εξουσιών δεν διευκόλυνε τις κατά καιρούς προτεινόμενες αλλαγές. Η συγκεντρωτική δομή της διοίκησης έχει σαν συνέπεια τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και το προσωπικό τους να διοικούνται από μια πολυπληθή ομάδα ανθρώπων εργαζόμενοι του Υπουργείου Υγείας που έχουν μειωμένα κίνητρα για την παραγωγικότητα τους και πιθανόν μειωμένη τεχνογνωσία και δυνατότητα σωστού προγραμματισμού και σχεδιασμού υπηρεσιών, καθώς και συντονισμού των νοσοκομείων (Δερβένης, Πολύζος, 1995).

Προτεινόμενη λύση στη δυσχέρεια του συστήματος υγείας είναι η οργάνωση ενός αποτελεσματικού και περιφερειακά οργανωμένου υγειονομικού συστήματος, στο οποίο η κατανομή των πόρων εκπληρώνει το κριτήριο ισότητας (Κυριόπουλος, Νάκας, 1994). Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας χωρίς πολιτικές αποκεντρωτικής διοίκησης δεν μπορεί να υπάρξει, γιατί δεν μπορούν να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις μια σταθερής αναπτυξιακής πορείας, στα πλαίσια της ανταποκρισιμότητας τους συστήματος υγείας. Με βάση δημοσιευμένες αξιολογήσεις συστημάτων υγείας διαπιστώνουμε ότι η προσβασιμότητα, η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα είναι ανάλογες με τον βαθμό αποκέντρωσης και της αυτοδιαχείρισης σε σχέση με τον κεντρικό στρατηγικό σχεδιασμό (Μπαρδής, 2006).

Με την έννοια «περιφέρεια» νοείται μια γεωγραφική, λειτουργική και ουσιαστική οντότητα διακριτή από τις άλλες, σε όρους πολιτιστικής ιδιαιτερότητας, κοινωνικής πολιτικής κυρίως και δευτερευόντως οικονομικής, σύμφωνα με την σύγχρονη οικονομική λειτουργία (Παπακωνσταντινίδης,2003).

Η προσέγγιση της περιφερειακής ανάπτυξης γίνεται με βάση την Επιστήμη της Περιφερειακής Ανάπτυξης κατά την οποία υπάρχει ένας κεντρικός στόχος : **η βελτίωση της ζωής των ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στην περιφέρεια, την οποιαδήποτε περιφέρεια, σε σχέση με το μητροπολιτικό κέντρο** (Παπακωνσταντινίδης,2003).

Η αυτοδιαχείριση αφορά τη συλλογική άσκηση της διαχειριστικής εξουσίας ενός συστήματος ή οργανισμού, από αυτούς που έχουν άμεσο ενδιαφέρον ή τους παραγωγούς των υπηρεσιών.

Η έννοια της περιφερειακής ανάπτυξης του συστήματος υγείας αποτελεί τον πυρήνα για τη διαμόρφωση σχεδιασμού και την εφαρμογή πολιτικής υγείας των επί μέρους υγειονομικών συστημάτων σε τοπικό-περιφερειακό επίπεδο με κριτήρια α) τη χωρική-γεωγραφική κατανομή των διαθέσιμων πόρων του υγειονομικού τομέα και β) την ισότητα στην πρόσβαση ή στη χρησιμοποίηση και το βαθμό εκπλήρωσης που επιδιώκεται κάθε φορά με την κρατική παρέμβαση σε συνδυασμό με το κριτήριο της αποτελεσματικότητας.

Με τον όρο αποκέντρωση εννοείται η μεταφορά εξουσίας ή ο κατακερματισμός της δύναμης στον προγραμματισμό, στη διοίκηση – διαχείριση και στην λήψη αποφάσεων από το εθνικό σε περιφερειακό επίπεδο. Γενικότερα αποκέντρωση είναι η μεταφορά εξουσίας από την κυβέρνηση σε περιφερειακά και τοπικά επίπεδα διοίκησης (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994).

Για την διευκόλυνση της περιφερειακοποίησης και την δημιουργία αποκεντρωτικών συστημάτων διοίκησης υπηρεσιών υγείας είναι η ύπαρξη Εθνικής πολιτικής, εντός ενός πλαισίου που δίνει την αναγκαία αρμονία μεταξύ περιφερειακού επιπέδου λήψης απόφασης και του κεντρικού κρατικού. Δεν θα αναφερθούμε περεταίρω στις διαδικασίες σχεδιασμού του συστήματος υγείας γιατί δεν αφορούν τον σκοπό αυτής της μελέτης.

Πολλές χώρες όπως η Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία, ο Καναδάς με διαφορετική ανάπτυξη διοικητικών δημοσίων συστημάτων, τόσο στη διαδικασία λήψης απόφασης όσο και στη διαδικασία χρηματοδότηση, έχοντας όμως συγκεκριμένους Εθνικούς στόχους υγείας και ενσωμάτωση τους στην Στρατηγική Περιφερειακής Ανάπτυξης,

έχουν επιτύχει μέσω αποκεντρωτικού διοικητικού συστήματος υπηρεσιών υγείας, να μειώσουν τις περιφερειακές ανισότητες και να αυξήσουν την ανταποκρισιμότητα στον υγειονομικό τους τομέα.

Στην Ελλάδα η τελευταία απόπειρα μεταρρύθμισης και ενίσχυσης της αποκέντρωσης και της περιφερειακής ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα στη χώρα ήταν με τον νόμο 2889/2001, ο οποίος αναλύεται στο παράρτημα «Νομοθετικές Εξελίξεις», καθώς και υπόλοιποι νόμοι που ακολούθησαν. Οι περισσότεροι στόχοι του νόμου 2889/2001 υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο της εν λόγω μεταρρύθμισης, εντούτοις, οι βασικές τομές της δημιουργίας ενιαίου φορέα διαχείρισης των πόρων για την υγεία και ενοποίησης του Ε.Σ.Υ. και των ασφαλιστικών οργανισμών που διαθέτουν υγειονομικές δομές, δεν προχώρησαν σε νομοθετική ρύθμιση και κατ' επέκταση σε εφαρμογή. Η Ελλάδα μειονεκτεί στη συνέπεια της εφαρμογής των αποφάσεων και στην τήρηση των νόμων, καθώς απουσιάζει η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της πολιτικής υγείας, με κριτήρια που θα έχουν αποφασισθεί πριν από την έναρξη της εφαρμογής των μέτρων. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις για διοικητική αποκέντρωση στο ΕΣΥ γίνεται με αργούς ρυθμούς και η περιφερειακοποίηση αντιμετωπίζει ενδογενή και εξωγενή προβλήματα του συστήματος υγείας. Η χάραξη εθνικής πολιτικής για την υγεία αποτελεί προϋπόθεση για την οριοθέτηση του πεδίου της λήψης αποφάσεων, για τον προσδιορισμό των πηγών χρηματοδότησης αλλά και των κριτηρίων κατανομής της σε περιφερειακό επίπεδο, την συστηματική αξιολόγηση των αναγκών και τη μεθοδική αντιμετώπισή τους.

5.3.2. Προτάσεις Βελτίωσης της λειτουργίας των νοσοκομείων (σε μικρό επίπεδο)

Λόγω αρνητικής σχέσης παραγωγικότητας του προσωπικού με τη Μ.Δ.Ν. μελλοντική στόχευση των νοσοκομείων αποτελεί η επιδίωξη της αποδοτικότητας μέσω της ανά γιατρό αύξηση των εισαγωγών και της αντίστοιχης μείωσης της Μ.Δ.Ν.

Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας με γνώμονα τη Μ.Δ.Ν. ως κυρίαρχο δείκτη διαμόρφωσης του νοσοκομειακού προϊόντος ότι η πιο αποδοτική μέτρηση και χρήση των νοσοκομειακών πόρων είναι η βελτίωση της «ικανότητας» ενός νοσοκομειακού συστήματος να δίνει εξιτήριο στον ασθενή που έχει ωφεληθεί τα μέγιστα από τη νοσηλεία, τη στιγμή που η επιμήκυνση της διάρκειας παραμονής του δε θα ωφελήσει περαιτέρω τον ίδιο αλλά και τη κοινωνία συνολικά (Πολύζος, 1999).

Όσον αφορά τις κλίνες σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους οι κλίνες στην Ελλάδα είναι λίγες αλλά σύμφωνα με τα ποσοστά κάλυψης τους μπορεί να είναι αρκετές. Η χαμηλή κάλυψη παρουσιάζεται σε ορισμένες κυρίως ειδικότητες (παιδιατρική, οφθαλμολογία, ΩΡΛ, γυναικολογία-μαιευτική) και δημιουργεί άμεσα την ανάγκη ανακατανομής των κλινών αυτών προς άλλες ειδικότητες εντατικότερης χρησιμοποίησης (π.χ. ορθοπαιδική, ουρολογία, καρδιολογία κ.α.). Συνεπώς επιτακτική ανάγκη για σωστή κατανομή κλινών στο σύνολο του νοσοκομείου.

Όσον αφορά το κόστος, ο νοσοκομείο πρέπει να σχεδιάσει τις υπηρεσίες του με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού και να τις κοστολογήσει με βάση τη καταγραφή των εκροών. Η όποια μελλοντική αλλαγή πολιτικής στη χρηματοδότηση θα πρέπει να καταλήγει στην πρόταση για κλειστό συνολικό νοσήλιο διαφοροποιημένο κατά περίπτωση (cost per case), τουλάχιστον αρχικά στα περιφερειακά νοσοκομεία στα οποία παράγεται μεγαλύτερη ποσότητα νοσοκομειακού προϊόντος και περισσότερο ομογενοποιημένη ανά κλινική. Είναι σημαντικό να υπολογιστεί νοσήλιο ανά νοσηλευτική κατηγορία και να διαφοροποιείται ως προς την Μ.Δ.Ν. και τις πραγματικές απαιτήσεις σε νοσοκομειακούς πόρους. Αυτό θα πραγματοποιηθεί με την καταγραφή των δαπανών ανά κατηγορία και τμήμα και την διαμόρφωση τμηματικών προϋπολογισμών. Επίσης είναι άμεση η αναγκαιότητα για μελλοντική εξέλιξη και εφαρμογή νοσηλίου ανά ασθένεια, αφού πρώτα επιλεγεί ένα ευέλικτο σύστημα κατηγοριοποίησης ασθενών (π.χ. D.R.Gs).

Επίσης παρατηρούμε ότι τα νοσοκομεία μικρής δυναμικότητας κλινών παρουσιάζουν υψηλό κόστος λειτουργίας εξαιτίας κυρίως του υψηλού κόστους προσωπικού και της χαμηλής κάλυψης. Το ύψος του συνολικού κόστους συνδέεται άρρηκτα με το αντίστοιχο της μισθοδοσίας, που αν ληφθεί υπόψη ότι αποτελεί την πλειοψηφία των εξόδων, τότε επιβεβαιώνει την άποψη ότι τα νοσοκομεία είναι παραγωγικές μονάδες υψηλής έντασης εργασίας, χωρίς όμως να δίνουν ανάλογη σημασία σε αυτό. Για τα περισσότερα ίσως δεν συντρέχει λόγος διατήρησης τους στο σημερινό μέγεθος και πρότυπο λειτουργίας. Στα πλαίσια ενός ευρύτερου σχεδιασμού θα έπρεπε να συζητηθεί η συγχώνευση τους.

Η οργανωτική αποδοτικότητα και η διοικητική αποτελεσματικότητα τους συστήματος υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια σε υλικούς πόρους και εξοπλισμό και υποδομή, από την ποιότητα και τέλος την ορθολογική κατανομή τους υγειονομικού προσωπικού. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά περίπου το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κυρίαρχος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών. Παρόλα αυτά στην Ελλάδα ο νοσοκομειακός τομέας είναι υποστελεχομένος και

χρίζει ανάγκης για ενίσχυση σε νοσηλευτικό προσωπικό και στελεχών των λοιπών επαγγελματιών υγείας, ανακατανομής και αποκέντρωσης του προσωπικού. εκπαίδευσης και παρακίνηση του ώστε να αποφευχθεί η χαμηλή παραγωγικότητα και η μειωμένη ικανοποίηση του πληθυσμού.

Τέλος για την υποστήριξη επιστημονικών μελετών με γνωμοδοτικό ρόλο και σκοπό τη λήψη αποφάσεων υπάρχει ανάγκη για τυποποίηση του τρόπου καταγραφής των στοιχείων λειτουργίας και κόστους. Επίσης υπάρχει ανάγκη για μηχανισμούς συλλογής επιδημιολογικών και νοσολογικών δεδομένων ανά νομό και περιφέρεια που θα λειτουργούσε ως εργαλείο στήριξης αποφάσεων (υγειονομικός χάρτης) (Μπαρδής, 2006)

5.3.3. Προτάσεις περαιτέρω έρευνας

Κλείνοντας αυτή τη μελέτη, πρέπει να αναφερθεί ότι προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερος έλεγχος της αξιολόγησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων της Κρήτης απαιτείται να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα στις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- Συλλογή στοιχείων προσωπικού των νοσοκομείων διαχρονικά και ανά τμήμα για την πιο ολοκληρωμένη εικόνα της παραγωγικότητας του προσωπικού και μελέτη αντίστοιχων δεικτών σε νοσοκομεία της Ελλάδας προς σύγκριση με τους αντίστοιχους της Κρήτης.
- Μελέτη δεικτών ανά τομέα-ειδικότητα του κάθε νοσοκομείου ώστε να είναι ξεκάθαρο ποιοι τομείς είναι πιο αποδοτικοί και ποιοι λιγότερο.
- Περαιτέρω μελέτη μορφών αποδοτικότητας με σκοπό τη λήψη αποφάσεων για την βελτιστοποίηση των υπηρεσιών (τεχνική αποδοτικότητα, αποδοτικότητα εκροών).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**Ελληνική Βιβλιογραφία**

Βανδώρου Χ. (2006) Οικονομική Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. Αναφέρεται μέσα στο Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας* (Κεφάλαιο 5), Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. (1995), Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού, *Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996), Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα.

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών (2008), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*, Αθήνα. Αναφέρεται μέσα στο : Τούντας Γ. και συν. (2008), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*, Αθήνα, 2001.

Κοντοδημόπουλος Ν.(2006), *Μέτρηση Αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας, Εφαρμογή στον τομέα της Νεφροπάθειας στην Ελλάδα*. Δημοσιευμένη Διδακτορική Διατριβή στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Κυριόπουλος Ι. και συν. (1996), Υγεία και Υπηρεσίες υγείας στην Περιφέρεια Κρήτης, *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα & Περιφέρεια Κρήτης*, Ηράκλειο. Αναφέρεται στο : Πολύζος Ν (1997) Εμπειρογνομοσύνη: Αξιολόγηση οργάνωσης και χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας Κρήτης – Πρόταση Περιφερειακού Σχεδιασμού, *Περιφέρεια Κρήτης*, Ηράκλειο.

Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ. (1994), *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Ι, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε, Γείτονα Μ.(1999), *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω*. Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα.

Μπαρδής Β. (2002), *Σύγκριση των Συστημάτων Υγείας Ελλάδας και Γαλλίας. Περιγραφή του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (Παράδειγμα Πε.Σ.Υ. Κρήτης, Διάλεξη από Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση υπηρεσιών Υγείας», Β' Εξάμηνο, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*.

Μπαρδής Β. (2006), Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας. Αναφέρεται μέσα στο Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας* (Κεφάλαιο 5), Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Μωραΐτης Ε., *Ιστορική Εξέλιξη Υπηρεσιών Υγείας*, Σημειώσεις του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ΤΕΙ Πειραιά-Πανεπιστημίου Πειραιά, 2004.

N.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος και άλλες διατάξεις».

N.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».

N.3527/2007 (Κεφ.Β') «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές Διατάξεις».

Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., Νιάκας Δ.(2007), Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 24 (1):48-57.

Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ. (2007), Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, *Αρχεία Ελλ. Ιατρική*, 24(1):34-47.

Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ. (2007), Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, *Αρχεία Ελλ. Ιατρική*, 24(1):7 -21.

ΟΟΣΑ (2006) αναφέρεται στο Τούντας Γ. και συνεργάτες (2008), Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, *Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.*

Πα.Γ.Ν.Η. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, *Έκθεση Διοίκησης Λειτουργικά και Οικονομικά Απολογιστικά Στοιχεία, 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, Ηράκλειο.*

Παπακωνσταντινίδης Λ. (2003), *Στρατηγική Οικονομικής & Περιφερειακής Ανάπτυξης*, Τυπωθήτω, Αθήνα

Πολύζος Ν (1997) Εμπειρογνωμοσύνη: Αξιολόγηση οργάνωσης και χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας Κρήτης – Πρόταση Περιφερειακού Σχεδιασμού, *Περιφέρεια Κρήτης*, Ηράκλειο.

Πολύζος Ν. (1999), *Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.Gs)*, Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα.

Πολύζος Ν.,(2007), *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος*, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ. (2006). Οργάνωση και λειτουργία του Περιφερειακού Ιατρείου: διασύνδεσή του με άλλες διοικητικές δομές. Αναφέρεται μέσα στο Τούντας Γ. και συν. (2008), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Τούντας Γ. και συνεργάτες (2008), Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, *Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.*

7^Η Υ.ΠΕ. (2008), *Αναφορά Πεπραγμένων νοσοκομείων της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης τα έτη 2004-2007*, Ηράκλειο

Υ.Υ.Κ.Α. (2005). Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού ΥΥΚΑ. Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα. Αναφέρεται μέσα στο : Τούντας Γ. και συν. (2008), *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

Υφαντόπουλος Γ., Νικολαΐδου Κ., (2008). *Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Φιλαλλήθης και συν.(2000), *Μελέτη Υποδομής και Λειτουργίας των Υπηρεσιών Περίθαλψης και Υγείας στην Περιφέρεια Κρήτης*, Περιφέρεια Κρήτης, ΠΕΠ 1994-1999, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας, Ηράκλειο.

Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας (2003), *Γεωγραφικά και Πληθυσμιακά δεδομένα των δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη*. Σειρά: Στατιστικά Δεδομένα Υγείας και Πρόνοιας, Τεύχος 3.1, Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Κρήτης, Δ/ση Προγραμματισμού & Ανάπτυξης, Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας – Πρόνοιας

Ξένη βιβλιογραφία

Barr N.(1987), *Economics of Welfare State*, London.

Breyer F.and Scheider F. (1992), Political Economy of Hospital Financing, *Health Economics Worldwide*, 3:267-85

Cunningham Sj. (2003) An introduction to economic evaluation of health care. *J Physiother*, 49:85-86

Donaldson C. (1998) Economic evaluation in dentistry: An ethical imperative? *Dent Update*, 25:260-264

Donaldson C. and Gerard K. (1993), *Economics of Health Care Financing*. The Visible Hand, McMillan Press, London.

Drummond M.F. (1980), *Principles of Economic Appraisal in Health Care*, Oxford University Press.

Ellis R & McGuire T. (1990), Optimal Payment Systems for health services reimbursement, *Journal of Health Economics*, 9 (4): 375-96.

Evans R. (1981), *Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health Care Industry*.

Jacobs R. (2001) Alternative methods to examine hospital efficiency: Data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. *Health Care Manag Sci* , 4:103 – 115

McGuire A., Henderson J. And Mooney G., (1988 & 1992), *The economics of health care*. Routledge, London.

Leger Ass, Schnieden H, Wolsworth-Beli JP (1992) . *Evaluating Health Services Effectiveness*. Open University Press, Philadelphia, 1992:1-107

Peacock S, Chan C, Mangolini M, Johansen D. (2001), *Techniques for measuring efficiency in health services*. Productivity Commission Staff Working Paper, July, Australia.

Tountas Y., Karnaki P., Pavi E. (2002), *Reforming the reform: the Greek national health system in transition*”. *Health Policy* 62, pp. 15-29.

Van Vliet R.C.J.A. (1988), *Hospital Utilization, Performance Measures and Health Status*, Offstdrukkerij Kanters B.V., Albasserdam, The Netherlands. Αναφέρεται μέσα στο : Πολύζος Ν. (1999) *Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάσει την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.Gs)*, Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα, 1999

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (2006), *Glossary of frequently encountered terms in health economics*. USA in the site: <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/edu/healthecon/glossary.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΟΛΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟ ΠΗΓΗ ΤΗΣ 7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ (2008)

Πίνακας 3. 3. Νοσηλευτική Κίνηση – Δείκτες Εκροών (Λειτουργικής Αποδοτικότητας) έτους 2007

	Πα.Γ.Ν.Η.	Β.Π.Γ.Ν.Η.	Ν.ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Ν.ΧΑΝΙΩΝ	Ν.ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Ν.-Κ.Υ.ΝΕΑΠΟΛΗΣ	Ν.-Κ.Υ.ΣΗΤΕΙΑΣ	Ν.-Κ.Υ.ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ								
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	231.163	131.435	47.274	145.052	32.920	3.212	12.979	16.302
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΒΑΣΕΙ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	268.275	180.675	69.715	165.710	52.560	7.300	27.375	26.280
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	66.065	39.727	10.733	29.955	7.006	722	3.878	4.957
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ	735	495	191	454	144	20	75	72
ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ								
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	86,17	72,75	67,81	87,53	62,63	44,00	47,41	62,03
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	3,50	3,31	4,40	4,84	4,70	4,45	3,35	3,29
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	89,88	80,26	56,19	65,98	48,65	36,10	51,71	68,85
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	0,56	1,24	2,09	0,69	2,80	5,66	3,71	2,01

Γραφήμα 3. 10 Οικονομικός Απολογισμός έτους 2007

	ΠΑΓΝΗ	Β.Π.Γ.Ν	ΡΕΘΥΜΝΟ	ΧΑΝΙΑ	ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟ	ΝΕΑΠΟΛΗ	ΣΗΤΕΙΑ	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ*	142.915.683,51 €	68.823.675,65 €	28.237.564,03 €	64.663.452,83 €	20.980.748,26 €	2.983.927,42 €	10.120.956,12 €	10.764.646,46 €
ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	67.951.935,07 €	13.242.089,00 €	6.277.000,00 €	21.683.928,93 €	5.145.306,04 €	160.234,59 €	2.183.604,67 €	1.955.012,72 €
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ	88.550.227,87 €	26.208.135,56 €	8.266.225,43 €	25.828.789,12 €	7.096.656,20 €	733.846,78 €	2.394.539,88 €	2.862.312,92 €
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ **	10.320.556,00 €	5.161.620,90 €	1.950.981,04 €	6.187.332,00 €	1.818.250,41 €	198.289,53 €	857.477,45 €	562.992,00 €
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	26.505.680,53 €	10.082.962,55 €	1.811.500,37 €	5.422.890,05 €	1.968.047,61 €	60.488,82 €	474.568,58 €	670.433,19 €
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	38.544.934,95 €	11.101.042,99 €	3.389.830,23 €	15.515.264,09 €	2.653.311,88 €	136.606,91 €	914.544,42 €	767.451,93 €
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ***	44.277.121,87 €	30.434.582,76 €	17.797.827,69 €	27.977.623,67 €	11.955.989,42 €	2.441.765,80 €	7.042.227,09 €	6.313.634,87 €
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	98.638.561,64 €	38.389.092,89 €	10.439.736,34 €	36.685.829,16 €	9.024.758,84 €	542.161,62 €	3.078.729,03 €	4.451.011,59 €

*Κόστος μισθοδοσίας + Κόστος Λειτουργικών Αναγκών

**Επισκευές & Συντηρήσεις, ΟΤΕ, ΔΕΗ, Ύδρευση-Άδρευση, Λοιπές Δαπάνες

***Τακτική Μισθοδοσία + Εφημερίες + Υπερωρίες Προσωπικού + Νυχτερινά Εξαιρέσιμα + Σύνολο έξτρα αμοιβών

Πίνακας 4. 1. Πα.Γ.Ν.Η. Νοσηλευτική Κίνηση & Οικονομικά Στοιχεία

Πα.Γ.Ν.Η.							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	708	708	720	720	732	735	735
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	820	820	820	820	820	820	820
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	216975	221388	220747	219903	223856	230920	231163
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	58470	61052	60306	64885	67525	67663	66065
ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	124.592	135.618	136.514	157.800	162362	164453	169170
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	52.059.512,88	55.808.442,99	65.298.489,78	80.277.466,04	90.185.029,51	97.866.850,97	98.638.561,64
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	33.456.921,61	36.861.793,96	39.637.137,64	43.702.300,15	44.753.340,39	46.593.132,47	44.277.121,87
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	85.516.434,49	92.670.236,95	104.935.627,42	123.979.766,19	134.938.369,90	144.459.983,44	142.915.683,51
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	14.786.105,77	15.061.867,90	17.706.548,14	21.698.211,40	23.581.663,11	27.403.295,47	26.505.680,53
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	18.115.884,66	20.350.028,10	24.237.199,20	27.768.258,57	34.066.141,84	36.850.770,57	38.544.934,95
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	6.158.974,03	6.240.271,27	6.671.540,20	8.131.906,14	9.983.696,81	8.925.482,70	10.320.556,82
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	43.008.584,14	33.974.044,16	58.322.688,32	63.208.242,87	78.341.218,32	80.212.283,16	67.951.935,07
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ	47.218.399,36	47.796.227,46	59.754.560,42	66.391.609,78	82.217.829,46	86.861.606,30	88.550.227,87

Πίνακας 4. 2 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Πα.Γ.Ν.Η.

Πα.Γ.Ν.Η.	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	83,96	85,67	84,00	83,68	83,78	86,08	86,17
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	3,71	3,63	3,66	3,39	3,32	3,41	3,50
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	82,58	86,23	83,76	90,12	92,25	92,06	89,88
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	0,71	0,61	0,70	0,66	0,64	0,55	0,56
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	58,54	52,31	58,41	59,58	59,19	50,82	50,49

Πίνακας 4. 3 Β.Π.Γ.Ν.Η. Νοσηλευτική Κίνηση & Οικονομικά Στοιχεία

BENIZELIO - PANANEIO GENIKO NOZOKOMEIO HRAKLIOY							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	446	465	454	470	470	474	495
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	689	500	500	500	500	500	500
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	106528	110048	111622	109114	111417	110087	131435
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	25684	27490	30590	31533	32514	33341	39727
ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	181.761	211.536	214.954	232.422	229500	229.717	224782
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	22.587.824,30	21.256.870,76	24.441.880,25	31.365.119,24	30.005.565,80	33.185.135,87	38.389.092,82
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	32.555.906,09	30.115.316,88	42.871.922,66	36.375.018,54	34.847.081,28	36.640.278,00	30.434.582,76
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	55.143.730,39	51.372.187,64	67.313.802,91	67.740.137,78	64.852.647,08	69.825.413,87	68.823.675,58
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	5.630.131,01	4.764.849,39	5.537.393,93	6.106.401,93	6.767.720,67	7.117.263,02	10.082.962,55
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	6.607.696,64	7.620.069,43	7.947.817,34	9.129.849,11	9.144.358,71	10.168.220,74	11.101.042,99
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	2.878.946,83	2.503.167,14	3.238.643,72	4.776.870,92	3.734.119,71	4.230.460,52	5.161.621,01
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	10.476.096,24	10.032.535,60	19.367.470,50	19.889.045,38	20.536.618,46	20.977.302,43	13.242.089,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ	17.624.733,38	18.090.688,22	21.074.336,04	23.405.090,17	25.646.784,00	25.219.822,81	26.208.135,56

Πίνακας 4. 4 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Β.Π.Γ.Ν.Η.

B.Π.Γ.Ν.Η.	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	65,44	64,84	67,36	63,60	64,95	63,63	72,75
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	4,15	4,00	3,65	3,46	3,43	3,30	3,31
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	57,59	59,12	67,38	67,09	69,18	70,34	80,26
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	2,19	2,17	1,77	1,98	1,85	1,89	1,24
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	126,15	128,34	119,14	132,84	127,94	132,75	99,47

Πίνακας 4. 5 Γενικό Νοσοκομείο Αγ.Νικολάου Νοσηλευτική Κίνηση και Οικονομικά Στοιχεία

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	118	129	129	144	144	144	144
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	118	165	165	165	165	165	165
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	29681	31775	34696	37051	34465	34143	32920
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	7608	8131	8270	7942	8019	8037	7006
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	5.823.692,37	7.930.529,65	8.643.581,99	8.728.398,44	7.208.134,07	7.913.599,45	9.024.758,84
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	8.884.905,48	9.691.304,32	9.676.784,90	10.820.959,10	11.474.339,87	11.430.158,67	11.955.989,42
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	14.708.597,85	17.621.833,97	18.320.366,89	19.549.357,54	18.682.473,94	19.343.758,12	20.980.748,26
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.846.833,82	1.919.354,43	1.936.899,35	2.034.784,73	1.604.079,26	1.932.007,14	1.968.047,61
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.188.995,52	1.878.700,89	1.996.757,78	2.202.860,07	1.866.251,98	2.310.236,62	2.653.311,88
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	895.903,43	842.147,04	1.242.907,96	1.514.319,16	1.506.528,51	1.884.020,82	1.818.250,41
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	4.513.149,95	4.920.632,55	4.919.078,91	6.826.123,09	5.659.068,30	6.289.498,69	5.145.306,04
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ	5.140.021,85	6.352.965,77	7.201.190,69	8.261.103,68	7.161.457,34	7.105.905,45	7.096.656,20

Πίνακας 4. 6 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Γ.Ν.Αγ.Νικολάου

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	68,91	67,48	73,69	70,49	65,57	64,96	62,63
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	3,90	3,91	4,20	4,67	4,30	4,25	4,70
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	64,47	63,03	64,11	55,15	55,69	55,81	48,65
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	1,76	1,88	1,50	1,95	2,26	2,29	2,80
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	113,4661017	118,6821705	96,03875969	107,7013889	125,6597222	127,8958333	136,3888889

Πίνακας 4. 7 Γενικό Νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας Νοσηλευτική Κίνηση & Οικονομικά στοιχεία

Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	74	74	74	74	74	72	72
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	80	80	80	80	80	80	80
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	19822	19903	21696	19660	17629	16883	16302
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	4486	4682	5420	5448	4850	4841	4957
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	3.167.967,36	2.449.834,67	3.075.684,85	3.015.675,95	2.814.044,46	3.574.586,27	4.451.011,59
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	4.534.207,69	5.038.149,41	5.396.231,21	5.864.801,35	5.999.112,79	5.980.375,33	6.313.634,87
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	7.702.175,05	7.487.984,08	8.471.916,06	8.880.477,30	8.813.157,25	9.554.961,60	10.764.646,46
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	832.369,80	334.562,43	538.591,25	648.393,02	591.140,32	629.764,85	670.433,19
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	550.421,07	718.767,79	859.610,69	746.249,82	692.603,17	806.003,44	767.451,93
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	400.061,63	339.382,79	460.911,27	446.467,16	495.378,63	622.665,53	562.992,00
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	2.263.681,95	1.857.035,38	2.341.904,13	2.305.733,45	2.220.440,74	2.353.139,47	1.955.012,72
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	2.961.327,79	2.729.836,58	3.394.063,11	2.847.845,26	3.733.406,15	3.177.733,85	2.862.312,92

Πίνακας 4. 8 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Γ.Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας

Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	73,39	73,69	80,33	72,79	65,27	64,24	62,03
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	4,42	4,25	4,00	3,61	3,63	3,49	3,29
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	60,62	63,27	73,24	73,62	65,54	67,24	68,85
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	1,60	1,52	0,98	1,35	1,93	1,94	2,01
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	97,13513514	96,04054054	71,81081081	99,32432432	126,7702703	130,5138889	138,5833333

Πίνακας 4. 9 Γενικό Νοσοκομείο – Κ.Υ. Σητείας Νοσηλευτική Κίνηση και Οικονομικά Στοιχεία

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	75	75	75	75	75	75	75
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	60	60	60	60	60	110	110
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	14679	17535	18564	14683	14633	14092	12.979
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	3479	4870	4515	3793	3865	3918	3878
ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	52.445	27.275	105.772	57.359	58934	111746	104.212,00
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	1.705.932,05	1.958.340,05	2.050.784,94	2.055.134,32	2.193.004,16	2.896.274,22	3.936.206,48
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	4.778.145,45	6.592.440,59	6.097.363,62	6.555.988,24	6.725.626,95	6.871.565,21	7.042.227,09
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	6.484.077,50	8.550.780,64	8.148.148,56	8.611.122,56	8.918.631,11	9.767.839,43	10.978.433,57
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	355.217,82	384.759,27	375.708,33	325.888,51	411.805,40	493.869,27	474.568,58
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	408.472,02	570.649,00	608.049,01	572.045,02	651.678,55	747.771,84	914.544,42
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	508.681,71	560.465,14	591.666,73	573.405,79	528.073,22	803.237,82	857.477,45
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	1.295.536,36	1.655.419,83	1.754.882,64	1.666.675,45	1.868.514,04	1.792.486,79	2.183.604,67
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	1.536.783,90	2.173.794,43	2.404.667,92	1.880.067,97	2.195.642,98	2.367.263,21	2.394.539,88

Πίνακας 4. 10 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Γ.Ν.-Κ.Υ. Σητείας

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	53,62	64,05	67,81	53,64	53,45	51,48	47,41
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	4,22	3,60	4,11	3,87	3,79	3,60	3,35
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	46,39	64,93	60,20	50,57	51,53	52,24	51,71
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	3,65	2,02	1,95	3,35	3,30	3,39	3,71
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	169,28	131,2	117,48	169,2266667	169,8933333	177,1066667	191,9466667

Πίνακας 4. 11 Γενικό Νοσοκομείο-Κ.Υ. Ιεράπετρας Νοσηλευτική Κίνηση και Οικονομικά στοιχεία

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	20	20	20	20	20	20	20
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	25	25	25	25	25	25	25
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	3403	3852	2760	3528	3029	2620	3223
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	779	863	665	674	736	775	757
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	254.572,45	324.817,33	429.466,55	481.857,28	460.155,75	513.129,98	542.161,62
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	1.308.448,35	1.637.201,30	1.304.290,20	1.702.073,54	1.521.091,63	1.588.062,66	2.441.765,80
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	1.563.020,80	1.962.018,63	1.733.756,75	2.183.930,82	1.981.247,38	2.101.192,64	2.983.927,42
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	31.070,71	61.096,85	57.444,20	49.311,69	55.550,49	62.040,70	60.488,82
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	19.950,42	35.633,80	49.745,66	116.607,73	73.259,07	95.223,40	136.606,91
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	105.284,90	96.760,07	149.586,52	175.667,34	190.466,18	223.738,70	198.289,53
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	192.034,12	349.880,02	265.985,24	309.742,31	248.654,05	238.900,54	160.234,59
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ	1.021.829,60	684.708,19	659.361,24	731.165,88	442.548,19	703.858,18	733.846,78

Πίνακας 4. 12 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Γ.Ν.-Κ.Υ. Νεάπολης

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	46,62	52,77	37,81	48,33	41,49	35,89	44,15
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	4,37	4,46	4,15	5,23	4,12	3,38	4,26
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	38,95	43,15	33,25	33,70	36,80	38,75	37,85
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	5,00	4,00	6,83	5,60	5,80	6,04	5,39
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	194,85	172,4	227	188,6	213,55	234	203,85

Πίνακας 4. 13 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου Νοσηλευτική Κίνηση και Οικονομικά Στοιχεία

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	165	193	198	198	201	201	191
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	165	230	230	230	230	230	230
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	44922	41267	43201	44425	43143	44621	47274
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	9486	9669	9895	10256	10246	11037	10733
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	8.213.158,35	8.258.773,35	9.673.589,62	9.199.986,02	9.017.162,42	10.233.462,46	10.439.736,34
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	12.102.407,49	10.290.488,18	11.650.805,00	12.822.590,12	13.176.025,07	13.840.275,85	17.797.827,69
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	20.315.565,84	18.549.261,53	21.324.394,62	22.022.576,14	22.193.187,49	24.073.738,31	28.237.564,03
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.110.026,83	2.207.372,29	2.340.191,30	2.245.846,46	2.181.314,17	2.074.245,96	1.811.500,37
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.925.648,51	1.951.140,86	2.441.288,64	2.492.153,79	2.651.002,08	2.980.201,03	3.389.830,23
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	1.933.060,50	1.994.268,30	2.096.803,45	1.542.170,16	1.584.827,63	2.687.880,88	1.950.981,04
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	6.117.508,14	5.842.245,00	7.287.373,55	6.140.000,00	5.857.783,61	6.334.058,16	6.277.000,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	7.716.732,10	7.622.123,98	9.073.514,41	8.078.523,10	8.760.922,00	7.796.554,16	8.266.225,43

Πίνακας 4. 14 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Γ.Ν.Ρεθύμνου

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	74,59	58,58	59,78	61,47	58,81	60,82	67,81
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	4,74	4,27	4,37	4,33	4,21	4,04	4,40
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	57,49	50,10	49,97	51,80	50,98	54,91	56,19
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	1,61	3,02	2,94	2,71	2,95	2,60	2,09
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	92,75	151,18	146,81	140,63	150,36	143,00	117,49

Πίνακας 4. 15 Γενικό Νοσοκομείων Χανίων «Άγιος Γεώργιος» Νοσηλευτική Κίνηση και Οικονομικά Στοιχεία

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ"							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΝ-ΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	378	379	406	406	451	471	454
ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	460	460	460	460	460	460	460
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	104244	118191	135343	121.120	140106	147147	145052
ΝΟΣ-ΝΤΕΣ							
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	21575	24159	25576	27.254	27860	28932	29955
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ (ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	21.297.425,67	17.970.562,13	24.002.766,08	26.521.350,80	28.761.326,24	33.420.748,00	36.685.829,16
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	19.559.868,46	22.045.375,99	24.492.229,88	26.997.959,50	28.260.272,52	26.125.999,51	27.977.693,67
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	40.857.294,13	40.015.938,12	48.494.995,96	53.519.310,30	57.021.598,76	59.546.747,51	64.663.522,83
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	5.762.467,30	3.791.983,72	4.514.937,05	4.889.677,42	4.747.036,40	5.223.494,46	5.422.890,05
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	4.331.612,15	6.222.136,03	8.619.856,68	10.369.570,85	12.200.143,69	14.150.400,26	15.515.264,09
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	2.579.849,26	3.683.664,68	4.585.243,72	4.858.742,93	5.537.068,19	5.849.278,46	6.187.332,15
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΞΟΔΑ	12.927.559,58	9.117.119,68	19.263.818,13	21.213.886,72	21.127.812,45	24.711.034,97	21.683.928,93
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	15.203.276,21	15.923.799,00	21.419.579,70	21.621.261,09	23.942.879,68	25.705.279,04	30.828.789,12

Πίνακας 4. 16 Δείκτες Λειτουργικής Αποδοτικότητας Γ.Ν.Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ"							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	75,56	85,44	91,33	81,73	85,11	85,59	87,53
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Μ.Δ.Ν.)	4,83	4,89	5,29	4,44	5,03	5,09	4,84
ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	57,08	63,74	63,00	67,13	61,77	61,43	65,98
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΑΛΛΑΓΗΣ (Η' ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΛΙΝΗΣ)	1,56	0,83	0,50	0,99	0,88	0,86	0,69
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ)	89,22	53,15	31,64	66,67	54,34	52,59	45,50

Πίνακας 4. 17 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Πα.Γ.Ν.Η.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	14.786.105,77	17,29	21.698.211,40	17,50	26.505.680,53	18,55
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	18115884,66	21,18	27768258,57	22,40	38544934,95	26,97
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	2461109,928	2,88	7385501,88	5,96	9270606,64	6,49
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	6910388,652	8,08	6648461,33	5,36	7144360,75	5,00
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	146772,1409	0,17	124802,37	0,10	171447,3	0,12
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	346651,102	0,41	357182,97	0,29	458183,9	0,32
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	760875,3191	0,89	852466,81	0,69	1093160,41	0,76
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	800611,4864	0,94	712006,7	0,57	734690,76	0,51
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	6158974	7,20	8131906,1	6,56	10320556,8	7,22
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	353326,6735	0,41	1978918,3	1,60	468211,54	0,33
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	1037737,247	1,21	1470500,36	1,19	774639,63	0,54
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	181075,8709	0,21		-		0,00
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00		-		0,00
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ& ΑΠΟΖ.ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	2358556,47	1,90	2796557,38	1,96
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ		0,00		-		0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00	239935,75	0,19	14918,46	0,01
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ		0,00	550756,99	0,44	340612,57	0,24
ΣΥΝΟΛΟ	52.059.512,88 €	60,88	80277466,04	64,75	98638561,64	69,02
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	27251099,05	31,87	36064128,17	29,09	35944710,55	25,15
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	4957209,96	4,00	5642737,33	3,95
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	251631,68	0,20	316239,68	0,22
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	1374759,29	1,11	1172986,76	0,82
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	35807,54	0,03	24694,19	0,02
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	965913,46	0,78	1152161,03	0,81
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	52850,05	0,04	23592,33	0,02
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	6205822,56	7,26		-		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	33456921,61	39,12	43702300,15	35,25	44277121,87	30,98
	2001		2004		2007	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	85.516.434,49 €	100,00	123.979.766,19 €	100,00	142.915.683,51 €	100

Πίνακας 4. 18 Έσοδα Πα.Γ.Ν.Η.

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	43.008.584,14	91,08	63.208.242,87	95,21	67.951.935,07	76,74
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	1.819.515,77	3,85	300.000,00	0,45	19.035.000,00	21,50
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	1.039.276,21	2,20	458.215,22	0,69	830.241,37	0,94
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	583.921,78	1,24	62.460,00	0,09	373.581,76	0,42
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	401.524,46	0,85	1.977.103,00	2,98	348.000,00	0,39
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)		0,00	200.000,00	0,30		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡΓΩ. ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)	365.577,00	0,77	185.588,69	0,28	11.469,67	0,01
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	47.218.399,36	100,00	66.391.609,78	100,00	88.552.234,87	100,00

Πίνακας 4. 19 Οικονομικοί δείκτες Πα.Γ.Ν.Η.

Πα.Γ.Ν.Η.	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	394,13	418,59	475,37	563,79	602,79	625,58	618,25
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.462,57	1.517,89	1.740,05	1.910,76	1.998,35	2.134,99	2.163,26
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	28,38563903	28,18703484	30,22256339	36,97951433	44,59874567	38,65183917	44,64623153
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	105,34	102,21	110,63	125,33	147,85	131,91	156,22
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	68,14658727	68,03380445	80,21195368	98,6717389	105,3430022	118,6700826	114,6622969
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	252,8836287	246,7055608	293,6117159	334,4102859	349,2286281	404,9967555	401,2060929
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	83,49295847	91,92019486	109,796279	126,2750329	152,1788196	159,582412	166,7435314
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	309,8321304	333,3228739	401,9036116	427,96114	504,4967322	544,6221801	583,4395663
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	890,36	914,11	1.082,79	1.237,23	1.335,58	1.446,39	1.493,05
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	239,93	252,08	295,81	365,06	402,87	423,81	426,71
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	572,21	603,78	657,27	673,53	662,77	688,61	670,21
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	154,20	166,50	179,56	198,73	199,92	201,77	191,54
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	807,57	782,88	990,86	1.023,22	1.217,59	1.283,74	1.340,35
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	217,62	215,89	270,69	301,91	367,28	376,15	383,06
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	198,2	153,5	264,2	287,4	350,0	347,4	294,0
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	736	556	967	974	1.160	1.185	1.029

Πίνακας 4. 20 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Βενιζέλιο Νοσοκομείο

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	5.630.131,01	10,21	6.106.401,93	9,01	10.082.962,55	14,65
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	6.607.696,64	11,98	9.129.849,11	13,48	11.101.042,99	16,13
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	2.182.648,58	3,96	2.653.958,00	3,92	3.289.143,19	4,78
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	3.032.821,35	5,50	5.326.558,29	7,86	4.649.659,09	6,76
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	133.491,25	0,24	284.907,11	0,42	259.697,26	0,38
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	134.761,53	0,24	75.253,39	0,11	132.433,92	0,19
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	653.573,94	1,19	504.130,84	0,74	569.411,26	0,83
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	83.300,02	0,15	580.918,49	0,86	682.488,33	0,99
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	2878946,829	5,22	4776870,92	7,05	5161621,01	7,50
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	814.222,02	1,48		-		0,00
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	436.231,13	0,79	1.604.108,43	2,37	709.327,68	1,03
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	0,00	0,00		-	67.000,00	0,10
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00		-	901.687,33	1,31
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ& ΑΠΟΖ. ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	322.162,73	0,48	782.618,21	1,14
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00		-		0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ.Κ.Α.Π)		0,00		-		0,00
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00		-		0,00
ΣΥΝΟΛΟ	22.587.824,30 €	40,96	31.365.119,24	46,30	38.389.092,82	55,78
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	26.953.696,26	48,88	29.351.313,06	43,33	24.015.625,75	34,89
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	4.918.599,87	7,26	4.543.753,23	6,60
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	136.416,50	0,20	158.845,56	0,23
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	832.775,87	1,23	1.021.024,37	1,48
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00		-	18.689,86	0,03
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	1.135.913,24	1,68	664.184,08	0,97
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00		-	12.459,91	0,02
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	5.602.209,83	10,16		-		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	32.555.906,09	59,04	36.375.018,54	53,70	30.434.582,76	44,22
	2001		2004		2007	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	55.143.730,39 €	100,00	67.740.137,78 €	100,00	68.823.675,58 €	100

Πίνακας 4. 21 Έσοδα Βενιζέλιο Νοσοκομείο

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	10.476.096,24	59,44	19.889.045,38	84,98	13.242.089,00	50,52
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	5.335.632,02	30,27	1.700.000,00	7,26	8.770.000,00	33,46
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	31.741,44	0,18	669.327,79	2,86	741.655,35	2,83
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	1.369.728,54	7,77	182.479,77	0,78	958.014,82	3,66
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	411.535,14	2,33	673.977,00	2,88	250.000,00	0,95
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)		0,00	290.260,23	1,24	2.192.276,39	8,36
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΓΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Α.Π)		0,00		0,00	54.100,00	0,21
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	17.624.733,38	100,00	23.405.090,17	100,00	26.210.142,56	100,00

Πίνακας 4. 22 Οικονομικοί Δείκτες Βενιζέλιο Νοσοκομείο

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	517,6	466,8	603,1	620,8	582,1	634,3	523,6
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	2.147,0	1.868,8	2.200,5	2.148,2	1.994,6	2.094,3	1.732,4
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	27,0	22,7	29,0	43,8	33,5	38,4	39,3
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	112,1	91,1	105,9	151,5	114,8	126,9	129,9
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	52,9	43,3	49,6	56,0	60,7	64,7	76,7
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	219,2	173,3	181,0	193,7	208,1	213,5	253,8
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	62,0	69,2	71,2	83,7	82,1	92,4	84,5
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	257,3	277,2	259,8	289,5	281,2	305,0	279,4
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	879,5	773,3	799,0	994,7	922,9	995,3	966,3
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	212,04	193,16	218,97	287,45	269,31	301,44	292,08
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.267,6	1.095,5	1.401,5	1.153,6	1.071,8	1.099,0	766,1
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	305,6	273,7	384,1	333,4	312,8	332,8	231,6
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	686,2	658,1	688,9	742,2	788,8	756,4	659,7
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	165,4	164,4	188,8	214,5	230,2	229,1	199,4
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	98,3	91,2	173,5	182,3	184,3	190,6	100,8
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	407,9	365,0	633,1	630,7	631,6	629,2	333,3

Πίνακας 4. 23 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Γ.Ν.Αγ.Νικολάου

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.846.833,82	12,56	2.034.784,73	10,41	1.968.047,61	9,38
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.188.995,52	8,08	2.202.860,07	11,27	2.653.311,88	12,65
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	308.762,53	2,10	344.033,71	1,76	426.510,90	2,03
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	660.469,79	4,49	896.799,31	4,59	723.277,00	3,45
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	56.738,52	0,39	24.695,04	0,13	35.691,23	0,17
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	61.984,55	0,42	60.882,94	0,31	72.457,02	0,35
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	94.638,86	0,64	157.384,41	0,81	214.668,88	1,02
ΑΓΟΡΑ ΗΛΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	26.156,67	0,18	176.149,41	0,90	250.832,63	1,20
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	895903,4336	6,09	1514319,16	7,75	1818250,41	8,67
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	156.610,23	1,06	44.486,00	0,23	142.550,91	0,68
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	217.675,72	1,48	893.655,48	4,57	134.112,24	0,64
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠ Ο ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	308.922,72	2,10	149.166,16	0,76		0,00
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00	14.160,00	0,07	350.000,00	1,67
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΑΠΟΣ. ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	215.022,02	1,10	213.925,63	1,02
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00		-		0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(Ψ ΥΧΑΡΓ Ω ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00		-		0,00
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00		-	21.122,50	0,10
ΣΥΝΟΛΟ	5.823.692,37 €	39,59	8.728.398,44	44,65	9.024.758,84	43,01
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	7.211.844,33	49,03	8.997.186,68	46,02	9.842.766,97	46,91
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	1.265.234,15	6,47	1.508.956,69	7,19
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	49.278,37	0,25	45.495,95	0,22
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	194.909,59	1,00	249.267,90	1,19
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	6.800,43	0,03	8.126,41	0,04
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	289.525,76	1,48	276.944,03	1,32
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	18.024,12	0,09	24.431,47	0,12
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	1.673.061,15	11,37		-	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	8.884.905,48	60,41	10.820.959,10	55,35	11.955.989,42	56,99
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	14.708.597,85 €	100,00	19.549.357,54 €	100,00	20.980.748,26 €	100

Πίνακας 4. 24 Έσοδα Γ.Ν.Αγ.Νικολάου

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	4.513.149,95	87,80	6.826.123,09	82,63	5.145.306,04	72,48
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	46.754,44	0,91	920.000,00	11,14	1.670.000,00	23,53
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	82.475,92	1,60	141.670,59	1,71	281.350,16	3,96
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	36.143,62	0,70	68.310,00	0,83		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	152.575,20	2,97	305.000,00	3,69		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)		0,00		0,00		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)	308.922,72	6,01		0,00		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	5.140.021,85	100,00	8.261.103,68	100,00	7.098.663,20	100,00

Πίνακας 4. 25 Οικονομικοί Δείκτες Γ.Ν.Αγ.Νικολάου

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	495,6	554,6	528,0	527,6	542,1	566,6	637,3
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.933,3	2.167,2	2.215,3	2.461,5	2.329,8	2.406,8	2.994,7
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	30,2	26,5	35,8	40,9	43,7	55,2	55,2
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	117,8	103,6	150,3	190,7	187,9	234,4	259,5
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	62,2	60,4	55,8	54,9	46,5	56,6	59,8
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	242,7	236,1	234,2	256,2	200,0	240,4	280,9
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	40,1	59,1	57,6	59,5	54,1	67,7	80,6
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	156,3	231,1	241,4	277,4	232,7	287,5	378,7
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	765,5	975,3	1.045,2	1.099,0	898,9	984,6	1.288,1
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	196,2	249,6	249,1	235,6	209,1	231,8	274,1
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.167,8	1.191,9	1.170,1	1.362,5	1.430,9	1.422,2	1.706,5
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	299,3	305,0	278,9	292,1	332,9	334,8	363,2
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	675,6	781,3	870,8	1.040,2	893,1	884,1	1.012,9
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	173,2	199,9	207,6	223,0	207,8	208,1	215,6
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	152,1	154,9	141,8	184,2	164,2	184,2	156,3
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	7.608,0	8.131,0	8.270,0	7.942,0	8.019,0	8.037,0	7.006,0

Πίνακας 4. 26 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Γ.Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	832.369,80	10,81	648.393,02	7,30	670.433,19	6,23
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	550.421,07	7,15	746.249,82	8,40	767.451,93	7,13
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	597.435,25	7,76	461.825,56	5,20	629.269,33	5,85
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	290.661,11	3,77	306.037,07	3,45	447.876,47	4,16
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	29.639,67	0,38	24.318,35	0,27	26.834,27	0,25
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	79.983,37	1,04	86.732,15	0,98	86.686,15	0,81
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	46.904,82	0,61	34.831,01	0,39	32.942,14	0,31
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	400.061,63	5,19	446.467,16	5,03	562.992,00	5,23
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	133.844,28	1,74	15.714,06	0,18	509.559,99	4,73
ΑΓΟΡΕΣ ΠΛΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	50.501,48	0,66	133.857,43	1,51	95.731,31	0,89
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	156.144,87	2,03	23.010,00	0,26	89.033,67	0,83
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00		-	38.365,66	0,36
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ& ΑΠΟΖ.ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	54.060,32	0,61	107.480,33	1,00
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ		0,00	34.180,00	0,38	0,00	0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00		-	386.355,15	3,59
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ		0,00		-	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	3.167.967,36 €	41,13	3.015.675,95	33,96	4.451.011,59	41,35
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	3.755.669,22	48,76	4.805.610,18	54,11	5.066.881,62	47,07
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	808.699,11	9,11	963.228,54	8,95
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	11.352,55	0,13	14.325,42	0,13
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	96.963,64	1,09	126.060,02	1,17
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	1.230,31	0,01	2.410,64	0,02
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	140.575,64	1,58	138.178,91	1,28
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	369,92	0,00	2.549,72	0,02
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	778.538,47	10,11		-	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	4.534.207,69	58,87	5.864.801,35	66,04	6.313.634,87	58,65
	2001		2004		2007	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	7.702.175,05 €	100,00	8.880.477,30 €	100,00	10.764.646,46 €	100

Πίνακας 4. 27 Έσοδα Γ.Ν.-Κ.Υ.Ιεράπετρας

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	2.263.681,95	76,44	2.305.733,45	14,29	1.955.012,72	68,25
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	83.739	2,83	2.305.733,45	14,29	625.030,95	21,82
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	11.766,05	0,40	2.305.733,45	14,29	259.209,25	9,05
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	312.151,83	10,54	2.305.733,45	14,29	23.060,00	0,81
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	133.844	4,52	2.305.733,45	14,29	0,00	0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)	156.145	5,27	2.305.733,45	14,29	0,00	0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00	2.305.733,45	14,29	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	2.961.327,79	100,00	16.140.134,15	100,00	2.864.319,92	100,00

Πίνακας 4. 28 Οικονομικοί Δείκτες Γ.Ν.-Κ.Υ. Ιεράπετρας

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	388,6	376,2	390,5	451,7	499,9	566,0	660,3
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.716,9	1.599,3	1.563,1	1.630,0	1.817,1	1.973,8	2.171,6
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΣ	20,2	17,1	21,2	22,7	28,1	36,9	34,5
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	89,2	72,5	85,0	82,0	102,1	128,6	113,6
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	42,0	16,8	24,8	33,0	33,5	37,3	41,1
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	185,5	71,5	99,4	119,0	121,9	130,1	135,2
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	27,8	36,1	39,6	38,0	39,3	47,7	47,1
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	122,7	153,5	158,6	137,0	142,8	166,5	154,8
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	159,8	123,1	141,8	153,4	159,6	211,7	273,0
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	706,2	523,2	567,5	553,5	580,2	738,4	897,9
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	228,7	253,1	248,7	298,3	340,3	354,2	387,3
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.010,7	1.076,1	995,6	1.076,5	1.236,9	1.235,4	1.273,7
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	660,1	583,0	626,2	522,7	769,8	656,4	577,4
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	149,4	137,2	156,4	144,9	211,8	188,2	175,6
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	114,2	93,3	107,9	117,3	126,0	139,4	119,9
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	4.486,0	4.682,0	5.420,0	5.448,0	4.850,0	4.841,0	4.957,0

Πίνακας 4. 29 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Γ.Ν.-Κ.Υ.Σητείας

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	355.217,82	5,48	325.888,51	3,78	474.568,58	4,69
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	408.472,02	6,30	572.045,02	6,64	914.544,42	9,04
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	42.415,96	0,65	76.315,20	0,89	127.457,47	1,26
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	166.148,91	2,56	171.752,59	1,99	252.049,46	2,49
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	42.410,84	0,65	29.041,26	0,34	32.896,21	0,33
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	79.961,19	1,23	80.737,16	0,94	82.582,51	0,82
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	81.741,92	1,26	67.004,53	0,78	72.580,00	0,72
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	508.681,71	7,85	573.405,79	6,66	857.477,45	8,47
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	0,00	0,00	146.910,00	1,71	50.991,50	0,50
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	20.881,69	0,32	12.034,26	0,14	136.795,10	1,35
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ (ΑΠΟ ΕΠΙΧ. ΣΕΙΣ)	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ.-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00	-	-	0,00	0,00
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΑΠΟΖ. ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	-	-	40.400,33	0,40
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ		0,00	-	-	6.786,00	0,07
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00	-	-	29.600,00	0,29
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΞΟΔΑ		0,00	-	-		0,00
ΣΥΝΟΛΟ	1.705.932,05 €	26,31	2.055.134,32	23,87	3.078.729,03	30,42
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	3.824.244	58,98	5.404.544,43	62,76	5.745.091,30	56,76
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	869.494,53	10,10	1.001.454,43	9,89
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	11.206,60	0,13	14.592,18	0,14
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	77.905,11	0,90	97.327,38	0,96
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	3.401,51	0,04		0,00
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	188.418,52	2,19	183.761,80	1,82
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	1.017,54	0,01		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	953.901,90	14,71		-		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	4.778.145,45	73,69	6.555.988,24	76,13	7.042.227,09	69,58
	2001		2004		2007	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	6.484.077,50 €	100,00	8.611.122,56 €	100,00	10.120.956,12 €	100

Πίνακας 4. 30 Έσοδα Γ.Ν.-Κ.Υ.Σητείας

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ						
ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	1.295.536,36	84,30	2.305.733,45	14,29	1.955.012,72	68,25
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	125.109,16	8,14	2.305.733,45	14,29	625.030,95	21,82
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	17.753	1,16	2.305.733,45	14,29	259.209,25	9,05
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	98.385,21	6,40	2.305.733,45	14,29	23.060,00	0,81
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ		0,00	2.305.733,45	14,29	0,00	0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)		0,00	2.305.733,45	14,29	0,00	0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΓΓ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00	2.305.733,45	14,29	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	1.536.783,90	100,00	16.140.134,15	100,00	2.864.319,92	100,00

Πίνακας 4. 31 Οικονομικοί Δείκτες Γ.Ν.-Κ.Υ.Σητείας

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	441,7	487,6	438,9	586,5	609,5	693,1	845,9
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.863,8	1.755,8	1.804,7	2.270,3	2.307,5	2.493,1	2.831,0
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	34,7	32,0	31,9	39,1	36,1	57,0	66,1
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	146,2	115,1	131,0	151,2	136,6	205,0	221,1
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	24,2	21,9	20,2	22,2	28,1	35,0	36,6
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	102,1	79,0	83,2	85,9	106,5	126,1	122,4
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	27,8	32,5	32,8	39,0	44,5	53,1	70,5
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	117,4	117,2	134,7	150,8	168,6	190,9	235,8
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΔΙΑ ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	2,8	3,4	3,0	3,2	3,1	2,4	1,8
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.373,4	1.353,7	1.350,5	1.728,4	1.740,1	1.753,8	1.815,9
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	325,5	376,0	328,5	446,5	459,6	487,6	542,6
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	441,7	446,4	532,6	495,7	568,1	604,2	617,5
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	104,7	124,0	129,5	128,0	150,0	168,0	184,5
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88,3	94,4	94,5	113,5	127,7	127,2	168,2
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	3.479,0	4.870,0	4.515,0	3.793,0	3.865,0	3.918,0	3.878,0

Πίνακας 4. 32 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Γ.Ν.Κ.Υ.Νεάπολης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	31.070,71	1,99	49.311,69	2,26	60.488,82	2,03
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	19.950,42	1,28	116.607,73	5,34	136.606,91	4,58
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	0,00	0,00	-	-	-	0,00
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	49.524,22	3,17	72.832,27	3,33	86.197,29	2,89
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	0,00	0,00	-	-	-	0,00
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	9.244,56	0,59	8.495,79	0,39	11.317,58	0,38
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	17.958,08	1,15	29.036,20	1,33	30.021,59	1,01
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	11.150,70	0,71	-	-	571,52	0,02
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	105.284,90	6,74	175.667,34	8,04	198.289,53	6,65
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	0,00	0,00	-	-	-	0,00
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	10.388,85	0,66	11.973,94	0,55	18.668,38	0,63
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	-	0,00	-	-	-	0,00
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)	-	0,00	-	-	-	0,00
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ& ΑΠΟΖ.ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ	-	0,00	-	-	-	0,00
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ	-	0,00	-	-	-	0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ.Κ.Λ.Π)	-	0,00	-	-	-	0,00
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ	-	0,00	17.932,32	0,82	-	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	254.572,45 €	16,29	481.857,28	22,06	542.161,62	18,17
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	1.053.286,46	67,39	1.498.153,20	68,60	2.058.916,33	69,00
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	-	0,00	-	-	310.514,26	10,41
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ	-	0,00	-	-	14.397,86	0,48
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	-	0,00	-	-	21.852,16	0,73
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ	-	0,00	-	-	205,50	0,01
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	-	0,00	-	-	35.395,95	1,19
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ	-	0,00	-	-	483,74	0,02
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	255.161,89	16,32	203.920,34	9,34	-	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	1.308.448,35	83,71	1.702.073,54	77,94	2.441.765,80	81,83
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	2001	2004	2007			
	1.563.020,80 €	2.183.930,82 €	2.983.927,42 €	100,00	100,00	100

Πίνακας 4. 33 Έσοδα Γ.Ν.-Κ.Υ.Νεάπολης

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	192.034,12	18,79	309.742,31	42,36	160.234,59	21,78
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ		0,00		0,00	42.345,65	5,75
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	784.014,12	76,73	353.979,59	48,41	474.338,54	64,46
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	45.781,36	4,48	67.443,98	9,22	56.928,00	7,74
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ		0,00		0,00		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)		0,00		0,00		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00		0,00		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	1.021.829,60	100,00	731.165,88	100,00	735.853,78	100,00

Πίνακας 4. 34 Οικονομικοί Πίνακες Γ.Ν.-Κ.Υ.Νεάπολης

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	459,3	509,4	628,2	619,0	654,1	802,0	925,8
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	2.006,4	2.273,5	2.607,2	3.240,3	2.691,9	2.711,2	3.941,8
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	30,9	25,1	54,2	49,8	62,9	85,4	61,5
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	135,2	112,1	224,9	260,6	258,8	288,7	261,9
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	9,1	15,9	20,8	14,0	18,3	23,7	18,8
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	39,9	70,8	86,4	73,2	75,5	80,1	79,9
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	5,9	9,3	18,0	33,1	24,2	36,3	42,4
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	25,6	41,3	74,8	173,0	99,5	122,9	180,5
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.679,7	1.897,1	1.961,3	2.525,3	2.066,7	2.049,1	3.225,6
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	384,5	425,0	472,6	482,4	502,2	606,1	757,6
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	74,8	84,3	155,6	136,6	151,9	195,9	168,2
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	326,8	376,4	645,8	714,9	625,2	662,1	716,2
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.311,7	793,4	991,5	1.084,8	601,3	908,2	969,4
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	300,3	177,8	238,9	207,2	146,1	268,6	227,7
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	56,4	90,8	96,4	87,8	82,1	91,2	49,7
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	779,0	863,0	665,0	674,0	736,0	775,0	757,0

Πίνακας 4. 35 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Γ.Ν.Ρεθύμνου

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.110.026,83	5,46	2.245.846,46	10,20	1.811.500,37	6,42
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	1.925.648,51	9,48	2.492.153,79	11,32	3.389.830,23	12,00
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	371.808,58	1,83	510.595,40	2,32	818.075,89	2,90
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	1.875.192,17	9,23	990.913,00	4,50	912.464,40	3,23
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	0,00	0,00	-	-	22.776,00	0,08
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	150.799,77	0,74	102.426,14	0,47	85.243,91	0,30
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	251.630,87	1,24	259.242,95	1,18	406.769,75	1,44
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	57.528,17	0,28	141.299,88	0,64	125.254,83	0,44
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	1.933.060,50	9,52	1.542.170,16	7,00	1.950.981,04	6,91
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	17.772,56	0,09	159.521,39	0,72	79.718,10	0,28
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	110.204,53	0,54	115.889,65	0,53	298.502,71	1,06
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	409.485,86	2,02	313.137,27	1,42	118.799,39	0,42
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00	142.652,45	0,65	35.462,00	0,13
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΑΠΟΖ. ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	127.903,17	0,58	313.303,68	1,11
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00	-	-	0,00	0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00	56.234,31	0,26	71.054,04	0,25
ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00	-	-	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	8.213.158,35 €	40,43	9.199.986,02	41,78	10.439.736,34	36,97
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	9.616.929,59	47,34	10.302.282,23	46,78	14.160.240,43	50,15
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	1.709.910,01	7,76	2.566.412,37	9,09
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	40.342,31	0,18	35.519,90	0,13
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	419.079,92	1,90	736.161,87	2,61
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	10.934,45	0,05	17.817,40	0,06
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	317.417,20	1,44	274.346,14	0,97
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	22.624,00	0,10	7.329,58	0,03
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	2.485.477,90	12,23	-	-	-	0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	12.102.407,49	59,57	12.822.590,12	58,22	17.797.827,69	63,03
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	2001		2004		2007	
	20.315.565,84 €	100,00	22.022.576,14 €	100,00	28.237.564,03 €	100

Πίνακας 4. 36 Έσοδα Γ.Ν. Ρεθύμνου

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	6.117.508,14	79,28	6.140.000,00	76,00	6.277.000,00	75,92
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	312.142,08	4,05	1.320.000,00	16,34	1.600.000,00	19,35
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	276.101,66	3,58	43.148,46	0,53	92.233,43	1,12
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	378.921,79	4,91	346.483,39	4,29	221.530,00	2,68
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	189.258,98	2,45	228.891,25	2,83		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)	442.799,45	5,74		0,00	75.462,00	0,91
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (ΨΥΧΑΡ ΓΩ ΕΚΠ-ΚΑ Κ.Λ.Π)		0,00		0,00		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	7.716.732,10	100,00	8.078.523,10	100,00	8.268.232,43	100,00

Πίνακας 4. 37 Οικονομικοί Δείκτες Γ.Ν. Ρεθύμνου

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	452,2	449,5	493,6	495,7	514,4	539,5	597,3
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	2.141,6	1.918,4	2.155,1	2.147,3	2.166,0	2.181,2	2.630,9
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	43,0	48,3	48,5	34,7	36,7	60,2	41,3
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	203,8	206,3	211,9	150,4	154,7	243,5	181,8
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	24,7	53,5	54,2	50,6	50,6	46,5	38,3
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	117,0	228,3	236,5	219,0	212,9	187,9	168,8
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	42,9	47,3	56,5	56,1	61,4	66,8	71,7
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	203,0	201,8	246,7	243,0	258,7	270,0	315,8
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	182,8	200,1	223,9	207,1	209,0	229,3	220,8
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	865,8	854,1	977,6	897,0	880,1	927,2	972,7
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.275,8	1.064,3	1.177,4	1.250,3	1.286,0	1.254,0	1.658,2
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	269,4	249,4	269,7	288,6	305,4	310,2	376,5
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	813,5	788,3	917,0	787,7	855,1	706,4	770,2
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	171,8	184,7	210,0	181,8	203,1	174,7	174,9
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	136,2	141,6	168,7	138,2	135,8	142,0	132,8
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	9.486,0	9.669,0	9.895,0	10.256,0	10.246,0	11.037,0	10.733,0

Πίνακας 4. 38 Συνολικό Κόστος Λειτουργίας ανά κατηγορία Γ.Ν.Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	5.762.467,30	14,10	4.889.677,42	9,14	5.422.890,05	8,39
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	4.331.612,15	10,60	10.369.570,85	19,38	15.515.264,09	23,99
ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	4.093.557,09	10,02	1.622.600,65	3,03	3.155.938,72	4,88
ΑΓΟΡΑ ΧΗΜΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	2.472.523,34	6,05	2.080.371,12	3,89	2.837.011,14	4,39
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	867.949,95	2,12	45.910,26	0,09	45.385,41	0,07
ΑΓΟΡΑ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	107.558,99	0,26	118.132,49	0,22	86.941,93	0,13
ΑΓΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΠΟΤΩΝ	647.814,22	1,59	962.709,54	1,80	1.294.403,37	2,00
ΑΓΟΡΑ ΗΚΕΚΤΡΟΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ	245.708,73	0,60	379.491,98	0,71	549.511,23	0,85
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	2.579.849,26	6,31	4.858.742,93	9,08	6.187.332,15	9,57
ΑΓΟΡΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	164.970,76	0,40	22.439,91	0,04	10.965,85	0,02
ΑΓΟΡΕΣ ΠΑΓΙΟΥ ΕΞΟΠΛ. ΑΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΔΑΠ. ΤΟΥ ΝΟΣ.	23.413,89	0,06	43.176,27	0,08	309.018,24	0,48
ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ(ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ)	0,00	0,00	829.371,93	1,55	0,00	0,00
ΚΤΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ (Π.Δ.Ε.)		0,00	6.199,75	0,01	35.200,95	0,05
ΑΜΟΙΒΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ& ΑΠΟΣ.ΜΕΛΩΝ ΔΕΠ		0,00	265.005,70	0,50	1.214.632,66	1,88
ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΚΤΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00		-		0,00
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜ-ΝΑ ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ		0,00	27.950,00	0,05	21.333,37	0,03
ΣΥΝΟΛΟ	21.297.425,67 €	52,13	26.521.350,80	49,55	36.685.829,16	56,73
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	15.500.323	37,94	22.375.552,93	41,81	22.763.655,16	35,20
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	3.442.051,75	6,43	3.784.739,04	5,85
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ		0,00	122.087,86	0,23	213.862,17	0,33
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	492.228,58	0,92	459.539,85	0,71
ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	43.693,92	0,08	26.635,47	0,04
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		0,00	493.499,28	0,92	689.309,78	1,07
ΝΥΧΤΕΡΙΝΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΑ ΙΔ. ΔΙΚΑΙΟΥ		0,00	28.845,18	0,05	39.952,20	0,06
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΤΡΑ ΑΜΟΙΒΩΝ	4.059.545,59	9,94		-		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	19.559.868,46	47,87	26.997.959,50	50,45	27.977.693,67	43,27
	2001		2004		2007	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	40.857.294,13 €	100,00	53.519.310,30 €	100,00	64.663.522,83 €	100

Πίνακας 4. 39 Έσοδα Γ.Ν.Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

ΕΣΟΔΑ	2001	Ποσοστό % του συνόλου	2004	Ποσοστό % του συνόλου	2007	Ποσοστό % του συνόλου
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ	12.927.559,58	85,03	21.213.886,72	98,12	6.277.000,00	75,92
ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ ΜΗ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	601.614,09	3,96	214.300,00	0,99	1.600.000,00	19,35
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	62.926,60	0,41	116.403,82	0,54	92.233,43	1,12
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ						
ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ	1.552.511,23	10,21	76.670,55	0,35	221.530,00	2,68
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΓΟΡΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	58.664,71	0,39		0,00		0,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧ-ΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΤΙΡΙΑ (Π.Δ.Ε)		0,00		0,00	75.462,00	0,91
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ(ΨΥΧΑΡΓΩ ΕΚΠ-		0,00		0,00		0,00
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	15.203.276,21	100,00	21.621.261,09	100,00	8.268.232,43	100,00

Πίνακας 4. 40 Οικονομικοί Δείκτες Γ.Ν.Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	391,9	338,6	358,3	441,9	407,0	404,7	445,8
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	1.893,7	1.656,4	1.896,1	1.963,7	2.046,7	2.058,2	2.158,7
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	24,7	31,2	33,9	40,1	39,5	39,8	42,7
ΕΜΜΕΣΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	119,6	152,5	179,3	178,3	198,7	202,2	206,6
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	55,3	32,1	33,4	40,4	33,9	35,5	37,4
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	267,1	157,0	176,5	179,4	170,4	180,5	181,0
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	41,6	52,6	63,7	85,6	87,1	96,2	107,0
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	200,8	257,5	337,0	380,5	437,9	489,1	518,0
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΔΙΑ ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	0,9	1,2	1,0	1,0	1,0	0,8	0,8
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	906,6	912,5	957,6	990,6	1.014,4	903,0	934,0
ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	187,6	186,5	181,0	222,9	201,7	177,6	192,9
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	987,1	743,8	938,5	973,1	1.032,4	1.155,1	1.224,7
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	204,3	152,0	177,3	219,0	205,3	227,1	252,9
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	704,7	659,1	837,5	793,3	859,4	888,5	1.029,2
ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	145,8	134,7	158,3	178,5	170,9	174,7	212,5
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	124,0	77,1	142,3	175,1	150,8	167,9	149,5
ΙΔΙΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΑ ΕΣΟΔΑ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	21.575,0	24.159,0	25.576,0	27.254,0	27.860,0	28.932,0	29.955,0

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Οι ιστορικοί παράγοντες της περιόδου που μελετάται, περιλαμβάνουν σαφείς και καθοριστικές εξελίξεις.

Το 2001 με τον νόμο **N.2289/2001** πραγματοποιήθηκε μεταρρύθμιση στον τομέα της περιφερειακής συγκρότησης του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Επίσης γίνεται η σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) και τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ορίζονται ως αποκεντρωμένες μονάδες κάθε Πε.Σ.Υ. Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο η Επικράτεια διαιρείται σε 17 Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας περιφέρειας. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Έχουν δικό τους πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η εποπτεία αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, καθώς και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης (Ν. 2889/2001, κεφ. Β', άρθρο 5, παρ.1).

Η σύνταξη του προϋπολογισμού των νοσοκομείων παρακολουθείται από το αντίστοιχο Πε.Σ.Υ. το οποίο μεριμνά για τον έλεγχο της εκτέλεσης του. Επίσης, τα προγράμματα προμηθειών των νοσοκομείων αξιολογούνται και ελέγχονται από το αρμόδιο Πε.Σ.Υ., εγκρίνονται από το Δ.Σ. του και υποβάλλονται στο Υπουργείο Ανάπτυξης για ένταξη στο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών (Ε.Π.Π.), κοινοποιούμενα στο εποπτεύον Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Ν.2889/2001, κεφ.Α', άρθρο 3, παρ.6).

Πιο συγκεκριμένα η μεταρρύθμιση αυτή αποσκοπούσε:

- Στην οργανωτική αναδιάρθρωση του υγειονομικού τομέα σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (στην συνέχεια και Πρόνοιας)
- Στην ενδυνάμωση των νοσοκομείων με την εφαρμογή του μοντέλου διοίκησης που βασίζεται στην στελέχωση τους με επαγγελματία manager.

- Στην δημιουργία νέων τμημάτων, υποστηρικτικών της διοίκησης, π.χ. τμήμα προμηθειών, τμήματα ποιοτικού ελέγχου, τμήματα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, αυτοτελή τμήματα οργάνωσης και πληροφορικής, καθώς και τμήματα υποδοχής ασθενών.
- Στη λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- Στη βέλτιστη χρησιμοποίηση των πόρων
- Στον αποτελεσματικότερο έλεγχο των παραγωγών και των δομών του συστήματος
- Στην αύξηση της αποδοτικότητας

Στη συνέχεια με το Νόμο 3106/2003 θεσμοθέτησε την οργάνωση και λειτουργία των μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Τα Νοσοκομεία δεν είναι πια Ν.Π.Δ.Δ. και αποτελούν υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π.. Η στελέχωση και των δύο πραγματοποιήθηκε με διορισμό τεχνοκρατικών στελεχών μετά από αξιολογική διαδικασία επιλογής και δύναται με νέα δυναμική στο Εθνικό Σύστημα Υγείας με σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και λειτουργίας (Μωραΐτης,2004)

Επόμενη νομοθετική ρύθμιση μετονομάζει τα Πε.Σ.Υ.Π. σε Δ.Υ.ΠΕ. με κάποιες αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης των περιφερειακών δομών. Πρόκειται για τον ισχύοντα νόμο 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». Με το νόμο αυτό οι Πρόεδροι – Γενικοί Διευθυντές των Πε.Σ.Υ.Π. μετονομάστηκαν σε Διοικητές και ιδρύθηκε στο Υπουργείο το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.) για το συντονισμό του έργου των Δ.Υ.ΠΕ. και σε επίπεδο περιφέρειας τα Συμβούλια υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.) ως γνωμοδοτικά όργανα για τον εναρμονισμό των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Παράλληλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ που λειτούργησαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. απέκτησαν και πάλι νομικό χαρακτήρα ως Ν.Π.Δ.Δ. με Διοικητικά Συμβούλια που διορίζει ο Υπουργός.

Η δομή των Δ.Υ.ΠΕ. συμπληρώθηκε πρόσφατα με το Νόμο 3370/2005 με τη μεταφορά από την Περιφέρεια αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας και τη σύσταση της Περιφερειακής Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, διευρύνοντας το εύρος του πεδίου δράσης των αποκεντρωμένων θεσμών στην αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια.

Το 2007 ψηφίζεται ο νόμος Ν.3527/2007 με τον οποίο η επικράτεια διαιρείται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.). Οι δεκαεπτά Δ.Υ.ΠΕ. συγχωνεύονται σε επτά (7) και η περιουσία των υπό συγχώνευση Δ.Υ.ΠΕ. περιέχεται στις Υ.ΠΕ.

**ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ 7^η Υ.Πε. ΚΡΗΤΗΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (Υ.Π.Ε.) ΚΡΗΤΗΣ
Δ/ση ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ταχυδρομική Δ/ση: Σμύρνης, 26,
Τ.Κ. 71201, Ηράκλειο Κρήτης, Τ.Θ. 1285
Πληροφορίες: ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
Τηλέφωνο: 2813-404432
Τηλεο-ομοιοτυπία (fax): 2813-404428
Ηλεκτρονική Δ/ση (e-mail): mmaurogiannaki@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 18/11/2008

Αριθμός Πρωτοκόλλου: 13669

ΠΡΟΣ:
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ – ΔΗΜΟΣΙΑ
ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
Κ. ΑΝ. ΦΙΛΑΛΛΗΘΗ

ΘΕΜΑ: Χορήγηση Άδειας

ΣΧΕΤ.: Υπ' αριθμό 1155/3-11-2008 αίτημα χορήγησης άδειας του Παν. Κρήτης

Κατόπιν του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι εγκρίνουμε τη συνεργασία της μεταπτυχιακής φοιτήτριας **Μωραΐτη Ειρήνης** με τη Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης & Υποστήριξης της 7^{ης} Υ.Π.ε. Κρήτης, προκειμένου να εκπονηθεί εργασία της εν λόγω φοιτήτριας σχετικά με την συγκριτική ανάλυση της απόδοσης των Νοσοκομειακών Μονάδων της 7^{ης} Υ.Π.ε. Κρήτης την περίοδο 2004 – 2007, με τη χρήση οικονομικών δεικτών αξιολόγησης.

Η εργασία παρακαλούμε να κοινοποιηθεί στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Ο Διοικητής 7^{ης} Υ.Π.ε. Κρήτης



Κεραλαγιάννης Νικόλαος



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γραμματεία

Τ. Θ. 2208, Ηράκλειο 71003, Κρήτη
Τηλέφωνο: 2810 39 46 15
Fax: 2810 39 45 69
e-mail: tasseli@med.uoc.gr

Δ/της Μεταπτυχιακών Σπουδών

Αναστάσιος Φιλαλήθης
Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Τηλέφωνο: 2810 39 46 08
e-mail: tassos@med.uoc.gr

Αρ. Πρωτ. 1155

Ηράκλειο, 3 Νοεμβρίου 2008

Προς: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης

Σμύρνης 26,
Τ.Κ 71201, Τ.Θ. 1285,
Ηράκλειο Κρήτης
Τηλ. Κέντρο: 2813-404400

Θέμα : «Χορήγηση άδειας για συνεργασία με την Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης»

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «**Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση μιας μεταπτυχιακής εργασίας υπό την επίβλεψή μου, και την συνεπίβλεψη του Επιστημονικού Συνεργάτη του προγράμματος και υπεύθυνου του Μαθήματος «Οικονομικά της Υγείας» κου Κυριάκου Σουλιώτη.

Η εργασία εκπονείται από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια **κα. Μωραΐτη Ειρήνη**, και σκοπό έχει τη διερεύνηση του θέματος σχετικά με την αξιολόγηση της λειτουργίας των δημόσιων γενικών νοσοκομείων στη περιφέρεια της Κρήτης. Η έρευνα ανήκει στην κατηγορία των μελετών συγκριτικής ανάλυσης. Πρόκειται να χρησιμοποιηθούν οικονομικά και στατιστικά στοιχεία των νοσοκομείων από τα έτη 2004 έως και 2007, τα οποία συλλέχθηκαν από το τμήμα οικονομικής οργάνωσης και υποστήριξης της Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης. Η συγκριτική ανάλυση της απόδοσης των νοσοκομείων θα γίνει διαχρονικά για κάθε νοσοκομείο και μεταξύ των νοσοκομείων με την χρήση οικονομικών δεικτών αξιολόγησης. Η μελέτη θα δημοσιευθεί στη Δ.Υ.Π.Ε. και θα χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω ανάλυση.

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας, παρακαλώ όπως εγκρίνετε την συνεργασία, της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Μωραΐτη Ειρήνης με τη Δ.Υ.Π.Ε., προκειμένου να πραγματοποιήσει την μελέτη της.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Με εκτίμηση,

Τάσος Φιλαλήθης,
Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Δ/της Μεταπτυχιακών Σπουδών